UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MICHELE KAMERS

Da Criança a Matar à Morte da Criança
Reflexões Psicanalíticas Sobre a Medicalização na Infância

São Paulo

2018

MICHELE KAMERS

**Da Criança a Matar à Morte da Criança: Reflexões Psicanalíticas
Sobre a Medicalização na Infância**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer

São Paulo

2018

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA
 TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
 PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

**Catálogo na publicação
 Biblioteca Dante Moreira Leite
 Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
 Dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Kozma, Michele

**Da Criança a Mãe à Morte da Criança: Reflexões Psicanalíticas Sobre a
 Medicalização na Infância / Michele Kozma; orientador Maria Cristina Machado
 Kupfer. – São Paulo, 2018.**

167 f.

**Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
 Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
 2018.**

**1. Escola. 2. Medicalização. 3. Infância. 4. Educação. 5. Psicanálise. I. Kupfer,
 Maria Cristina Machado, orient. II. Título.**

*À Heloisa, por ter acreditado e se aventurado comigo nessa jornada de paixão,
trabalho e amor...*

Aos meus pais, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis...

*Aos meus filhos, Maria Clara e Joaquim Amandio, por terem suportado minha
ausência...*

À vida, por ter sido tão generosa comigo...

AGRADECIMENTOS

A “Vovó Tina”, querida orientadora, pela parceria e aposta na realização desta pesquisa.

A Maria Helena Souza Patto, pela calorosa acolhida, leitura crítica e atenta do texto.

A Rinaldo Voltolini pelas contribuições e debates no exame de qualificação.

A Cristina Lindenmeyer pelo acolhimento em Paris durante o período do Estágio Sanduiche no Exterior realizado na Université Paris VII Denis Diderot.

A Maria Helena Souza Patto, Rinaldo Voltolini, Ângela Vorcaro, Paulo Endo, Miriam Debieux, Mario Eduardo Costa Pereira, Rosa Mariotto, Leda Bernardino e Sandra Francesca Conte de Almeida pelo entusiasmo diante do convite para participar da banca de defesa.

À CAPES que através da concessão da Bolsa do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE), BEX0404/15-2, permitiu aprofundar e discutir a situação da medicalização na França na Université Paris VII Denis Diderot.

RESUMO

A partir da investigação dos determinantes históricos e sociais que transformaram a escola em um dispositivo regulador da inclusão da criança no domínio do saber médico psiquiátrico, busca-se discutir o lugar e a função que a medicalização na infância tem ocupado no laço social, fundamentalmente, para as instituições que se ocupam da criança na atualidade. Para tanto, retoma de que maneira se produziu a constituição de um saber e de discursos psicológicos e psiquiátricos sobre a criança, investigando de que maneira esses discursos produzem obstáculos ao processo educativo e civilizatório, numa lógica em que o mal-estar, quando não reconhecido, retorna ao discurso sob a forma de patologia. Ocasão em que a criança é transformada em objeto de amor eterno ou de pesquisa científica, impedindo a morte da representação narcísica primária do *infans* no laço social que, organizado a partir do discurso da ciência e do capitalismo, sustenta a promessa do encontro entre o ideal e o sujeito numa lógica em que a medicalização sustenta a possibilidade de realização dessa promessa, mesmo às custas da morte do sujeito.

Palavras-chave: Escola; medicalização; infância; Psicanálise

ABSTRACT

From the investigation of historic and social determinants which have transformed the school into a regulator of the inclusion of the child in the medical psychiatric knowledge domain, this work seeks to discuss the place and role that medicalization during the childhood has occupied in the social bond, fundamentally, for the institutions that deal with children nowadays. To do this, it revisits the ways that led to the production of a knowledge constitution as well as the psychological and psychiatric discourses about the child, investigating how these discourses produce obstacles in the educational and civilization process, in a logic in which malaise, when not recognized, returns to the discourse as a pathology. In this occasion, the child is transformed into an object of eternal love or scientific research, preventing the death of the primary narcissistic representation of the *infans* in the social bond which, when organized by the discourse of science and capitalism, sustains the promise of the encounter between the ideal and the subject in a logic in which medicalization sustains the possibility of the realization of this promise, even at the expense of the subject's death.

Key words: School; medicalization; childhood; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	10
 II AS PRÁTICAS DISCIPLINARES NA ESCOLA E SUA RELAÇÃO COM OS DISCURSOS E SABERES PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS ACERCA DA INFÂNCIA	14
2.1 A Escola e a Medicalização na Infância.....	17
2.2 A Clínica Médica com Crianças e o Surgimento da Psiquiatria Infantil.....	19
2.3 Freud e a Impossibilidade da Educação	22
 III OS PARADOXOS DA MEDICALIZAÇÃO NO BRASIL E NA FRANÇA .	26
3.1 A Epidemia do TDAH e o Consumo do Metilfenidato no Brasil	27
3.2 O TDAH e o Uso do Metilfenidato na França	30
3.3 A Falsa Epidemia do TDAH e o Uso da Metodologia DSM na Infância	40
3.4 A Pré-história da Psiquiatria infantil: As Experiências médico-pedagógicas	47
3.5 As Explicações Anatômicas e Fisiológicas a partir da Descoberta da Eletricidade e o Frankenstein de Mary Shelley	50
3.6 Jean Itard e o Início da Pedopsiquiatria.....	52
3.7 O Campo da Pedopsiquiatria: A Contribuição dos Precursores	55
3.8 A Constituição do Campo da Infância Inadaptada	61
 IV A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: DA AUTORIDADE DO PAI À AUTORIDADE DA MEDICINA	69
4.1A Criação dos Primeiros Hospícios e a Psiquiatria Infantil Brasileira.....	73
4.2 A LBHM e as Propostas de Profilaxia Social através do Eugenismo	82
4.3 As Origens da Eugenia	83
4.4. As Propostas Psiquiátricas Brasileiras e a Eugenia no Campo da Infância Inadaptada.....	86
 V A AGRESSIVIDADE EM PSICANÁLISE.....	92
5.1 A Agressividade Negada	94

5.2 A Violência Materna e o Traumático na Infância	97
5.3 Parentalidade, Trauma e Violência.....	103
5.4 A Mãe Soberana e os Usos e Abusos de seu Poder.....	105
5.5 A Agressividade e o Corte dos Ligamentos que ainda Ligavam o Sujeito à Vida.....	105
5.6 O Diagnóstico e a Medicação como Objetaliação do Sujeito.....	106
5.7 A Amamentação “Eterna”	108
5.8 O Insuportável da Morte: A Criança a Matar e a Criança Morta	112

VI CRISE DA AUTORIDADE, RENÚNCIA EDUCATIVA E MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

6.1 A “Outra Cena” da Fantasia Neurótica.....	118
6.2 O Patriarca de Outrora e a Mãe Incestuosa	121
6.3 Função Simbólica e Parentalidade.....	126
6.4 A Medicalização como Resposta a <i>Isso</i> que Não é Reconhecido pelo Ideal Social e Parental	130
6.5 Transmissão, Autoridade e Laço Social	134
6.6 A medicalização na Infância: Recusa do Sujeito e Massificação Social.....	139
6.7 Sobre os efeitos do Diagnóstico e da Medicalização na Infância.....	147

VII REFERÊNCIAS

154

I INTRODUÇÃO

Desde nossa trajetória como psicanalista e pesquisadora, vimos desenvolvendo pesquisas na área da infância. Trata-se de um percurso iniciado ainda na graduação, quando desenvolvemos em 2000, através do CNPq, a pesquisa “Institucionalização Precoce: Os Efeitos da Separação Mãe-Filho no Primeiro Ano de Vida” (Bernardino e Kamers, 2003) e no ano seguinte a pesquisa “Psiquismo Parental e Prematuridade” (Kamers e Baratto, 2004). Essas pesquisas foram fruto de nossa atuação na UTI Neonatal do Hospital Santo Antônio de Blumenau, experiência testemunhada no artigo “Do Encantamento Necessário à Realidade de uma Construção” (Kamers, 2003). Foi a partir das questões surgidas nesses trabalhos que investigamos em nossa dissertação de mestrado intitulada “Do Universal da Maternagem ao Singular da Função Materna” (Kamers, 2005) o estatuto simbólico das funções parentais.

A partir deste percurso e já na condição de professora universitária desde 2004, elaboramos e propomos no ano de 2008 à clínica-escola de Psicologia da Universidade Regional de Blumenau – FURB – um serviço de psicologia no qual realizamos, durante quatro anos, conjuntamente com uma equipe composta por vários profissionais, um trabalho de escuta na modalidade de grupo de pais, de crianças e de adolescentes, a partir das demandas para atendimento da criança e do adolescente endereçadas à referida clínica. Modalidade esta que também foi realizada em outra instituição no período de 2011 a 2015 sob a forma de um projeto de extensão na clínica-escola do curso de Psicologia da Faculdade Ibes-Sociesc em Blumenau em que realizamos um trabalho de escuta dos pais, das crianças e dos adolescentes.

No período de 2015 a 2016, graças ao Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE – CAPES) tivemos a oportunidade de investigar na França, país até então com um dos menores índices de medicalização do mundo, a problemática do diagnóstico e do uso de psicofármacos na Infância.

Atualmente, vimos realizando, desde o início de 2017, um trabalho de escuta de professores em diversas escolas da região do Vale do Itajaí promovido e financiado pelo COOPERJOVEM - programa educativo desenvolvido pela Cooperativa de Crédito do Vale do Itajaí (VIACREDI) – em que, a partir da demanda da escola, realizamos

encontros regulares de escuta e discussão acerca do mal-estar educativo e das problemáticas escolares em relação às crianças e adolescentes.

Deste modo, foi a partir destes eixos de trabalho, paralelos à nossa clínica privada, que surgiram as questões relativas ao tema desta pesquisa.

O trabalho cotidiano nestes campos de atuação permitiu perceber que os encaminhamentos realizados para a clínica-escola são oriundos, em sua grande maioria, das escolas e do conselho tutelar, incidindo, fundamentalmente, sobre as crianças em idade escolar e de classes menos favorecidas. Circunstância necessária para depreender que a família vem “obrigada” pela escola, que ameaça denunciá-la ao conselho tutelar, caso não compareça ao tratamento. É deste modo que as crianças chegam à clínica-escola: Pais desautorizados e destituídos de qualquer forma de saber sobre seus filhos, que já vêm, em sua grande maioria, medicados, e a ida à clínica se constituindo apenas como cumprimento das exigências realizadas pela escola ou pelo conselho tutelar, sob o risco de serem denunciados à promotoria pública.

A lógica circunscrita em torno dos encaminhamentos que chegam à clínica-escola permite-nos depreender o ciclo repetitivo que se instaura: a escola, confrontada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança ou do adolescente, demanda à família uma intervenção. Diante da “dita” insuficiência da intervenção parental, a escola encaminha a criança ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar.

Em nossa experiência no consultório privado, em que atendemos uma clientela de nível sócio econômico mais favorecido, a situação não é muito diferente, com exceção de um aspecto: a vulnerabilidade frente à tutela e vigilância do Estado. Nesse caso, as crianças são encaminhadas pela escola ao psicólogo, que por sua vez encaminha a criança ao neuropediatra, que prescreve a medicação, geralmente Ritalina, Concerta ou Risperidona. Em outras ocasiões, a escola nem chega a encaminhar ao psicólogo, mas, diretamente ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, que geralmente identifica na criança um quadro de TDAH ou de Transtorno Opositivo, prescrevendo o tratamento farmacológico.

As situações acima descritas nos permitem efetuar as seguintes considerações: 1) A escola se converteu no dispositivo¹ regulador da inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico psiquiátrico. 2) O saber e a intervenção médica e farmacológica são assegurados pelos dispositivos sociais disciplinares, tais como as escolas, as unidades de saúde e as clínicas privadas. 3) A medicação tornou-se a principal forma de tratamento utilizado pela medicina para responder às demandas sociais realizadas, fundamentalmente, pelas instituições de assistência à infância (Kamers, 2013).

Neste contexto surge a questão central desta tese de doutorado, formulada em torno de duas perguntas inseparáveis uma da outra, posto a estreita relação que as une: Quais foram os determinantes históricos e sociais que transformaram a escola em um dispositivo regulador da inclusão da criança no domínio do saber médico psiquiátrico? E, paralelamente, qual a função que a medicalização² da criança, entendida como dispositivo médico-disciplinar passou a cumprir para as instituições de assistência à infância na atualidade?

Isto nos conduziu a investigar de que maneira as instituições de assistência à infância agenciam a instância médico-psiquiátrica como *dispositivo* disciplinar da criança e da família, refletindo sobre a função que a medicalização tem cumprido no laço social na Atualidade. Reflexão que nos levou a pesquisar de que maneira os discursos da assistência (psicológica, pedagógica, social e jurídica) e o da intervenção médico-psiquiátrica se entrecruzam e se retroalimentam, formando uma rede na qual, a partir do

¹ O conceito de dispositivo é decisivo no pensamento de Foucault, sobretudo nos anos 70 quando ele começa a se ocupar do governo das condutas. Para tanto, o define como um conjunto decididamente heterogêneo que comporta discursos, instituições, adaptações arquiteturais, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas; resumindo, do dito ao não dito (Agamben, 2014). Apesar do termo dispositivo não ser um conceito propriamente psicanalítico, não impede que se possa fazer um uso criterioso do mesmo. Até porque esse termo aparece diversas vezes não apenas na obra freudiana, fundamentalmente no projeto, quando Freud se refere ao aparelho mental como dispositivo, mas na obra de Lacan (Checchia, 2010) que utiliza o termo algumas vezes como sinônimo de mecanismo ordenador e uma única vez para se referir ao discurso analítico como “dispositivo pelo qual o real toca no real, ou seja, daquilo que articulei com o discurso analítico” (Lacan, 1972, p.545). Nesse sentido, podemos designar o termo dispositivo como agenciador ou ordenador de um discurso. O que Lacan trabalhará em sua teoria dos discursos, mas que não aprofundaremos nesse trabalho.

² O termo medicalização se refere ao processo pelo qual problemas sociais e subjetivos passam a ser definidos como problemas médicos em termos de doenças e transtornos. Nesse contexto, a ação medicalizante ultrapassa a medicina, na medida em que o próprio uso da linguagem médica para descrever experiências constitui um dispositivo medicalizante. A medicalização consiste, portanto, na impossibilidade de descrever experiências que não passem, necessariamente, pelo discurso da medicina (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA JÚNIOR, 2014).

momento em que a criança e sua família são capturadas, não conseguem mais sair, reduzindo a criança a uma linhagem médica alheia, que não contempla seus laços sociais e familiares, colocando em risco as condições necessárias para sua constituição psíquica e seu desenvolvimento.

II AS PRÁTICAS DISCIPLINARES NA ESCOLA E SUA RELAÇÃO COM OS DISCURSOS E SABERES PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS ACERCA DA INFÂNCIA

Nos últimos anos, a reflexão acerca das práticas disciplinares nas escolas e a constituição de discursos e saberes psicológicos e psiquiátricos acerca da infância tem sido tema de vários estudos no Brasil (Patto, 2000; Ribeiro, 2006; Costa, 1999; Carrijo, 2007; Meira, 2012; Calazans e Lustoza, 2008; Guarido, 2008; Moysés e Collares, 2008; Diniz, 2009; Pereira, 2010; kamers, 2013, entre outros).

De acordo com Carrijo (2007) trata-se de uma temática que implica na investigação dos dispositivos que produzem novos saberes e modalidades de intervenção sobre a infância, efetivando-se como processos em que a criança é capturada por uma trama discursiva ditada pelo contexto histórico-social em questão.

A saúde mental infantil enquanto campo de estudos, cuidado e intervenção somente se consolidou no século XIX na tentativa de encontrar a gênese da loucura do adulto na criança. O que culminou na construção de dispositivos higienistas de vigilância e controle sobre a família e preceitos de cuidado sobre a criança. Através da análise dos distúrbios de conduta, a psicometria, a psiquiatria, o juizado de menores e o movimento de higiene mental constituíram-se em marcos iniciais de um longo trajeto que transformou o século XX no século da criança (Ribeiro, 2006).

Segundo Vorcaro (2011) e Kamers (2013) a infância se tornou objeto de disputa de poderes e de confronto entre o público e o privado, gerando novos saberes e modalidades de controle. O cuidado com a criança ultrapassou os limites da família e da escola, sendo abarcado pelo discurso médico sobre a infância. Trata-se de uma vigilância exercida em torno da criança que não se adapta às imposições escolares e que se converte em exercício de poder e de produção de um saber sobre a criança, motivo pela qual se aperfeiçoam as técnicas de observação, classificação e análise dos comportamentos.

Para Costa (1999) a família e a criança foram o alvo privilegiado das técnicas normalizadoras, na medida em que, para defender os interesses do Estado, era necessário controlar a população a fim de prevenir as consequências da miséria e da exclusão. Para tanto, criaram-se dois tipos de intervenções normativas, que em nome da defesa da saúde

física e moral das famílias, executavam as políticas do Estado. A primeira se deu através da medicina doméstica no interior da burguesia e a segunda dirigiu-se às famílias pobres sob a forma de campanhas de moralização e higiene. Sendo então, sob a justificativa do “cuidado” e da “proteção da criança” que operavam os dispositivos de exclusão. O que mostra como a “cultura do cuidado” constitui a base fundamental para a medicalização na infância (Carrijo, 2007). Dito de outro modo, são as instituições de assistência à infância que agenciam a instância médico psiquiátrica como dispositivo disciplinar sobre a família e sobre a criança. É, portanto, em nome da inclusão e dos direitos da criança e do adolescente que se produz a exclusão dos mesmos da instituição escolar.

Para Moysés e Collares (2008) o discurso higienista, inclusive escolar, historicamente, tem se mostrado impregnado de ideias eugenistas e racistas. “Após Darwin, Spencer e Comte, o racismo é cientificizado, maquiado por teorias genéticas e sociológicas, aparentadas ao reducionismo biológico e ao darwinismo social” (p.10). Desta forma, em sintonia com o reducionismo biológico e com o darwinismo social a neurologia passou a reivindicar a aprendizagem e o comportamento como objetos de estudo. Foi assim que em 1918, Strauss, neurologista americano, propôs a lesão cerebral mínima como explicativa dos comportamentos desviantes e da não-aprendizagem na escola. A lesão cerebral mínima foi substituída pela disfunção cerebral mínima que deu lugar ao que se chama hoje distúrbios por déficit de atenção e hiperatividade”.

A Medicina, ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar introduzindo normativas de comportamento e de aprendizagem, não apenas medicaliza a educação, mas transforma problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas e médicas, e para elas, propõe a solução. “Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e consequentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente” (Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2010, p.01).

Ao avaliar a trajetória histórica da constituição das bases discursivas das instâncias sociais encarregadas de produzir um saber sobre a infância, Diniz (2009) afirma que o discurso da ciência, fundamentalmente da medicina, foi o que forneceu os fundamentos necessários para a instauração da lógica disciplinar sobre a criança e sua família com base em argumentos “ditos científicos”. Foi a partir da introdução do discurso

médico na escola que se passou a buscar nas disfunções neurológicas as explicações para o fracasso escolar, produzindo o que Guarido (2008) denominou como psiquiatrização do discurso escolar. Logo, o discurso médico irá sustentar a incapacidade de as crianças aprenderem, a menos que submetidas a uma intervenção especial, nesse caso, médico-psiquiátrica (Moysés e Collares, 2008).

Segundo Patto (2008) a escola se converteu em um dispositivo de produção de patologias na infância. Encaminhar para diagnóstico os alunos que não correspondem às expectativas de rendimento e de comportamento é um anseio de professores, técnicos e administradores. Formados no interior de concepções tradicionais acerca do fracasso escolar, todo mal-estar no campo educativo é interpretado por eles como deficiências biopsicológicas individuais, impelindo à escola uma visão medicalizada dos problemas escolares. O que de acordo com Calazans e Lustoza (2008) consiste em estratégias de evitação do mal-estar e da busca de técnicas para eliminá-lo através da redução do sujeito ao funcionamento cerebral.

Nesse contexto, podemos compreender a psiquiatrização e a consequente medicalização dos problemas escolares como o processo que converte os problemas de ordem histórica, política e social em problemas médicos. Um dispositivo que transforma questões coletivas em problemas individuais e de ordem biológica (Manifesto de lançamento do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, 2010).

Para Guarido (2009) um dos efeitos da psiquiatrização do discurso escolar consiste na desresponsabilização da escola, da criança e dos adultos. O discurso biológico, ao reduzir as problemáticas escolares ao funcionamento cerebral das crianças, exclui o sujeito e o laço social, esvaziando o ato educativo e as possibilidades da experiência humana. Nesse sentido, ao serem desresponsabilizados sobre o que lhes acontece, pais, professores e crianças se tornam ainda mais impotentes para atuar sobre seus sofrimentos. A impotência é mais um efeito desse discurso biológico. Só é visto como potente o especialista que saberia o que fazer diante do diagnóstico que profere (Guarido, 2009). Des-responsabilização que não apenas aprisiona, mas imobiliza pais, professores, sociedade e governantes frente a suas responsabilidades com relação à criança. Estes, impotentes, renunciam à intervenção educativa cedendo lugar ao diagnóstico e ao remédio (Pereira, 2010).

O

fato é que a práxis médico psiquiátrica na atualidade não apenas prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre seus filhos como localiza o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente, a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização. Entretanto, como salienta Lindenmeyer (2012) o corpo não se faz presente apenas a partir de sua função biológica, mas, pela ação do sexual nas manifestações corporais que ele engendra, sendo a base fundamental para a construção do aparelho psíquico.

2.1 A Escola e a Medicalização na Infância

Um estudo divulgado em 2012 pela Associação Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mostrou que entre 2009 e 2011 o consumo do metilfenidato, conhecido como a “droga da obediência” e comercializado no Brasil com os nomes Ritalina e Concerta, aumentou 75% entre crianças e adolescentes na faixa dos 06 aos 16 anos. A pesquisa detectou ainda uma variação importante no consumo do remédio: aumenta no segundo semestre letivo e diminui no período das férias escolares (Mota e Oliveira, 2012).

Segundo Jerusalinsky (2011), antes do TDAH estas mesmas crianças eram situadas na categoria da Disfunção Cerebral Mínima. Mas, a partir de 1994, com a modificação do DSM –III e a publicação do DSM-IV houve um deslocamento do campo dos problemas psíquicos para o dos transtornos, declarados neste manual como tendo, fundamentalmente, uma etiologia genética e bioquímica, na qual o sofrimento psíquico da criança é interpretado como um transtorno neurobiológico com signos inespecíficos, constituindo uma perigosa transformação do campo da psicopatologia na infância: o apagamento do sujeito em sua dimensão psíquica, histórica e social - em que a medicina se eleva à condição de expressão divina.

De acordo com Graeff e Vaz (2008) o TDAH (Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), o Transtorno Opositivo Desafiador e o Transtorno de Conduta lideram a lista dos transtornos mais diagnosticados por neuropediatras e psiquiatras infantis na atualidade, sendo a prevalência destes estimada em 3 a 6 % da população infantil e,

dependendo do critério utilizado, podendo chegar a 26 % da população infantil, constituindo uma estimativa alarmante. Sendo justamente esta a porcentagem apresentada pelo estudo publicado pela ANVISA: 26,8% das crianças brasileiras foram diagnosticadas e portando, estão sendo medicadas.

A lógica implícita no DSM-IV leva a uma verdadeira inversão do procedimento psiquiátrico: É a produção dos medicamentos que determina a fabricação de diagnósticos. “Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno” (Guarido, 2007, p.154), constituindo um verdadeiro dispositivo de fabricação da loucura.

A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado. Não deixa de ser surpreendente que o que foi apresentado como avanço na capacidade de curar tenha levado a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de doentes mentais (Jerusalinky e Fendrik, 2011, p.06).

Segundo os autores, a aplicação do DSM-IV tem produzido ao menos três falsas epidemias: o Transtorno Bipolar, o Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade e o Autismo Infantil. O que constitui um grave problema com consequências assustadoras, na medida em que este dispositivo não apenas informa sobre a doença, mas, de forma mais fundamental, ele a produz, conduzindo a um inevitável processo de patologização da infância e medicalização da criança na atualidade. Trata-se de uma clínica dogmaticamente reducionista que se transforma cada vez mais numa neurobiologia. Ao reduzir suas causalidades ao metabolismo das catecolaminas, a clínica vai se limitar ao arsenal químico, também reduzido, “apesar da proliferação de novos nomes sempre lançados com a mesma pirotecnia mercadológica com que se lançam novos sabonetes ou pastas dentífricas” (Infante, 2011, p. 64).

Por serem deliberadamente ateóricos, os manuais diagnósticos se voltam para uma descrição que seja partilhada pela maioria dos psiquiatras do mundo. Deste modo, qualquer hipótese etiopatogênica é excluída, constituindo uma nosografia sem sujeito (Quinet, 2009). O que podemos definir como um processo de desaparecimento da psicopatologia – o que implica uma teoria sobre o sofrimento psíquico e uma hipótese etiológica – produzido pelo advento do DSM.

Segundo Scheinkman (1993) a introdução do tratamento farmacológico na psiquiatria obrigou os médicos e psiquiatras a retomarem os modelos biológicos, circunscritos em torno de uma causalidade biológica, genética e neuroquímica do transtorno. O que na história da psiquiatria poderia ser pensado como uma negação da tese kraepeliniana, em que “o quadro psicopatológico não pode em nenhum caso ser concebido como uma expressão direta de um processo mórbido de natureza biológica” (Pereira, 2009, p.163.) e a retomada do espírito inaugurado por Bayle, que introduziu na tradição francesa a concepção biológica no campo da psiquiatria (Idem, 2009).

Atualmente, a medicação tem sido utilizada não apenas como a principal forma de “tratamento da criança”, mas, como um dispositivo de vigilância e de controle das instâncias tutelares sobre a família e a criança na atualidade. Nesse contexto, partimos da hipótese de que são precisamente os dispositivos assistenciais e tutelares que demandam, autorizam, asseguram e legitimam a intervenção médico psiquiátrica sobre a criança. Para Foucault (1961) não foi a medicina que definiu os limites entre a razão e a loucura, mas, desde o século XIX, os médicos foram encarregados de vigiar a fronteira e de guardá-la. A necessidade social imperiosa de separar os desviantes da esfera social exigiu a entrada em cena de um saber especializado, o do médico, responsável pelo estabelecimento dos limites entre a razão e a loucura. É neste ponto preciso que a tutelarização do “desviante” pelo poder jurídico do Estado passou às mãos da medicina (Castell, 1978).

Desta forma, partimos da premissa de que atualmente é precisamente a escola que ao demandar o saber médico-psiquiátrico instaura e legitima a medicalização como norma disciplinar específica sobre a infância e seus problemas nos dias atuais.

2.2 A Clínica Médica com Crianças e o Surgimento da Psiquiatria Infantil

A clínica médica com crianças iniciou a partir de uma reflexão sobre a deficiência mental, primordialmente, a partir do surgimento das primeiras instituições para deficientes na Europa. Seus precursores foram médicos-pedagogos ou reeducadores das insuficiências sensoriais e dos retardamentos (Pessotti, 1984) estando claramente vinculada ao campo da educação especial, mais especificamente, da medicina moral.

Neste campo, a deficiência foi concebida como um problema médico para o qual caberia alterar hábitos através de uma ortopedia mental ou ortofrenia.

Segundo Ajuriaguerra (1972) a psiquiatria infantil tem uma história recente. Até o século XX não havia nada que pudesse ser nomeado como psiquiatria infantil, apesar de suas raízes encontrarem-se nas experiências pedagógicas realizadas com deficientes mentais e sensoriais. Para Bercherie (2001), embora a clínica com a criança com seus conceitos específicos só tenha se estabelecido a partir de 1930, seu campo de investigação é tão antigo quanto o da psiquiatria de adultos.

A partir de clássicos como Ariès (1981), Badinter (1985), Donzelot (1986) e Postman (1999) sabemos que a noção de infância, enquanto idade da vida em que se reconhecem particularidades que permitem diferenciar adultos e crianças é tributária de um processo de moralização promovido pelos reformadores da Igreja e do Estado, que instituiu a escolarização como dispositivo de inclusão/exclusão da criança na vida societária. Nesse contexto, família e escola se converteram em principais lócus de vigilância da criança a partir da Modernidade.

Para esses reformadores, a educação da criança não poderia ser deixada à mercê e arbítrio dos pais. Em nome do bem-estar da criança, vem tomar lugar, sob diversas figuras, um terceiro social, representado pelos especialistas encarregados de dizer sobre como se deve educar a criança. Nesse contexto, enquanto a conjugalidade tornou-se cada vez mais privada e discreta, a parentalidade passou ao domínio público (Julien, 2000), transformando a criança em objeto de disputa de diversos saberes e poderes, instituindo a infância em uma zona limítrofe entre o público e o privado, em que a criança e sua família se tornaram objetos privilegiados de vigilância e controle por parte do Estado.

Nesse contexto, a autoridade paterna foi usurpada pelo discurso técnico-especializado. Entretanto, os especialistas encarregados de reeducar terapeuticamente a família dão-se conta de que a desestruturação familiar é um fato social, mas raramente percebem que as terapêuticas educativas são componentes ativos na fabricação deste fato (Costa, 1999).

O território da intimidade familiar constituiu-se como um refúgio de proteção da criança frente às exigências sociais. O que segundo Lebrun (2010) produziu uma fratura entre o funcionamento social e o funcionamento da família, quando esta última assume uma posição de antagonismo ao social, na medida em que os pais, estando identificados

com a criança, tentam livrá-la e “livrar-se” dos constrangimentos impostos pelo processo civilizatório. Nesse sentido, se pais e filhos encontram-se em uma posição de igualdade no interior da família, nos parece inevitável que um terceiro “social” seja convocado a introduzir algum tipo de ordenamento nesta “fratria” familiar.

Desta forma, a educação e a escolarização passaram a ser instituídas como as principais garantias da ordem pública, determinando que a criança fosse elevada à condição de objeto privilegiado de vigilância e de escolarização por parte do Estado (Ariès, 1981; Bercherie, 1988; Postman, 1991) em que trabalho e escola se converteram em dispositivos de inclusão/exclusão do sujeito na ordem societária.

Enquanto que na psiquiatria de adultos a noção de doença mental só se tornou possível a partir da noção de liberdade individual, na qual os indivíduos passaram a ser um empecilho para a ordem social e moral vigente, (Ey, Bernard e Brisset, s.d), a psiquiatria infantil se constituiu como campo e lócus privilegiado de busca da etiologia da loucura do adulto na criança a partir da publicação dos primeiros tratados de psiquiatria na segunda metade do século XIX. Trata-se de um período marcado pelas concepções de Falret e Morel, que estabeleceram a diferença entre doença mental hereditária e adquirida. Para Bercherie (2001) os conceitos de Morel vão dirigir a atenção para a infância dos alienados, introduzindo a necessidade de buscar na criança a causa da loucura do adulto. De acordo com Ajuriaguerra (1972) a preocupação com a infância determinou o surgimento dos primeiros centros de reeducação para delinquentes juvenis e foram criadas as primeiras instituições para crianças em perigo moral. A família, mais do que a criança, tornou-se o verdadeiro lugar da doença e a medicina foi convocada a reeducar terapeuticamente a família e a responder sobre o mal-estar na infância.

Donzelot (1986) denomina de polícia das famílias, os dispositivos de controle da normalidade social e familiar delegados à medicina. Para ele, enquanto os textos do século XVIII se limitavam aos conselhos educativos visando a prática dos hospícios de menores abandonados, o da criança cuidada por amas de leite e da educação das crianças ricas, os textos médicos do século XIX mudaram de tom e se tornaram imperativos. O médico assumiu o lugar de agente tutelar das famílias, principalmente das classes menos favorecidas.

No interior dessas camadas sociais eles visam um alvo privilegiado, a patologia da infância na sua dupla forma: a infância em perigo, aquela que não se beneficiou de todos os cuidados da criação e da educação

almejados, e a infância perigosa, a da delinquência (Donzelot, 1986, p.92).

Nesse contexto, o discurso médico psiquiátrico, através de seus dispositivos disciplinares, é convocado a detectar e responder a qualquer entrave que a criança possa representar ao projeto social. “Assim, ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecido pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnostica” (Vorcaro, 2011, p, 221).

Segundo Donzelot (1986) o saber psiquiátrico busca recobrir e neutralizar todo tipo de desadaptação da criança através de uma estrutura de prevenção assumida pelos especialistas. Entretanto, “como continuar a pretender que a prevenção nada mais tem a ver com o exercício de um poder repressivo, quando ela é mandatada judicialmente para penetrar no santuário familiar, podendo mobilizar, se necessário a força policial?” (Donzelot, 1986, p. 93).

A partir de Vorcaro (2011) podemos compreender que o diagnóstico psiquiátrico visa responder a “*isso*” que não é reconhecível pelo ideal parental e social, e indicar terapêuticas que sustentem a promessa de reconduzir a criança à “normalidade” ou que, adaptando-a, possam aliviar o *mal-estar* que a infância produz ao projeto social e assim sustentá-lo. Na medida em que a criança hoje é portadora dos ideais sociais do adulto, podemos pensar que o que está em cena é justamente um apagamento da infância e a tentativa de transformação de um real infantil num modo ideal de existência adulta. Nesse contexto, a resposta não esperada, bem como aquela esperada, mas dada fora de tempo, são consideradas como expressão de uma patologia na criança.

2.3 Freud e a Impossibilidade da Educação

No clássico *Mal-Estar na Civilização*, Freud (1930) é categórico ao afirmar que “Nunca dominaremos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização” (p.105) indicando três fontes de mal-estar: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação às regras que procuram ajustar os relacionamentos humanos na família, na sociedade e no

Estado. Nesse sentido, a impossibilidade apontada por Freud nos permite afirmar que se o mal-estar é próprio da condição humana, trata-se de refletir de que modo, em cada momento histórico, a civilização lida com o mesmo.

Atualmente, o discurso médico psiquiátrico, instaurado pela demanda de normalização da infância efetuada pelas escolas, sustenta a promessa de que o mal-estar poderia ser codificado em doença e para cada doença haveria um medicamento específico. O que no caso da infância poderia ser pensado como a tentativa de apagar a condição perversa polimorfa da criança. Ora, se num outro momento da história a educação consistia no processo de regulação da instância pulsional da criança desde o processo civilizatório, nos parece que atualmente, diante da impossibilidade de reconhecer esse resto que Lacan (1964) chama de impossível, esse real rechaçado retorna sob a forma de patologia. Sendo nesse sentido que reside a impossibilidade de aplicar a psicanálise à educação, o que impede qualquer tentativa de construção de uma educação psicanalítica ou de uma psicanálise pedagógica (Kupfer, 2010). O que já havia sido assinalado por Freud no “Prefácio a Juventude Desorientada de Aichhorn” (1925) e retomado em “Análise Terminável e Interminável” (1937) quando se refere aos três ofícios impossíveis: curar, educar e governar. Entretanto ele adverte:

Nenhuma das aplicações da psicanálise excitou tanto o interesse e despertou tantas esperanças, e nenhuma, por conseguinte, atraiu tantos colaboradores capazes, quanto seu emprego na teoria e prática da educação. É fácil compreender por quê, de vez que as crianças se tornaram o tema principal da pesquisa psicanalítica e substituíram, assim, em importância, os neuróticos com os quais ela iniciou seus estudos (p.341).

Essa lógica instaurada na Modernidade, a ilusão de controle daquilo que Freud chama de impossibilidade e Lacan de impossível nos parece ser o mecanismo que torna o uso da medicação como a grande promessa do século XXI. Trata-se de um dispositivo de nomeação do mal-estar, de sua classificação e de apresentação do fármaco específico para combatê-lo. Contexto em que o aumento assustador de crianças diagnosticadas com transtornos das mais variadas formas, assim como a psiquiatrização do discurso familiar e escolar nos permitem assinalar que “A diferença entre adultos e crianças aparece nublada com a aplicação do paradigma da psiquiatria biológica. No campo do orgânico, as diferenças entre adultos e crianças praticamente inexistem, já que neste a dimensão histórica está ausente” (Guarido, 2007, p.156).

Essa tentativa de apagamento do real, desse resto implicado em todo ato educativo (Lajonquière, 1999) poderia ser pensado como a substituição do significante loucura, enquanto representante da representação da relação do homem com seus fantasmas e com seu impossível pelo significante doença mental, o que para Foucault (2010) consiste em uma forma de neutralização e apagamento da dimensão da loucura, da dimensão pulsional do sujeito a fim de que a sociedade possa prever para cada sujeito um modo de neutralização que lhe convém. Diante do exposto, Foucault (2010) salienta que não restará nada mais do que as técnicas da medicina, explicando que o suporte técnico dessa mutação consiste na promessa da medicina de dominar a doença mental como uma afecção orgânica, no controle farmacológico do sujeito e no apagamento de seus sintomas na definição rigorosa dos “desvios de comportamento” a fim de que a sociedade possa neutralizar o sujeito, das quais nenhuma suprimirá a doença mental, mas terá como consequência apagar de nossa cultura a face da loucura. Entretanto, Foucault (2010) adverte que os progressos da medicina poderão de fato fazer desaparecer a doença mental, assim como a lepra e a tuberculose, mas uma coisa permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas e com seu impossível.

Sobre este aspecto Roudinesco (2000) salienta que ao tentar banir de seu horizonte a realidade do infortúnio, da morte e da violência, a sociedade democrática elegeu o fármaco como princípio fundamental de apaziguamento do mal-estar próprio à condição humana. “Não surpreende, portanto, que a infelicidade que fingimos exorcizar retorne de maneira fulminante no campo das relações sociais e afetivas (...)” (p.17) havendo apenas uma substituição das camisas de força pela redoma medicamentosa.

Desta forma, o que a Psicanálise pode introduzir consiste em uma outra ética capaz de renovar as ações que predominam hoje no campo da educação. Segundo Kupfer (2010) ações que podem colocar de outro modo a ideia de diferença e de singularidade em oposição ao ideal coletivo e homogeneizante próprio da atualidade.

Em resposta a esse fenômeno de massa, a escola de nossos dias busca ser inclusiva supondo que bastará incluir ou pôr para dentro de seus muros uma ou outra criança diferente, quando se trata, ao contrário, de produzir profundas e estruturais mudanças, que permitam a introdução da noção de diferença em seu fundamento educativo (Kupfer, 2010, p.273).

Caso contrário, não resta outra opção ao sujeito, se não, ficar capturado nessa trama discursiva, na posição de objeto de gozo do Outro.

Sendo assim, ao não reconhecer a desorganização da criança como proveniente de sua própria renúncia educativa, pais e professores recorrem ao “Outro-especialista”, leia-se, Outro Ciência, representado pelo médico, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicopedagogo, buscando um saber sobre o que se passa com seu filho. Ocasão em que a criança se torna objeto de amor eterno ou de pesquisa científica, objeto da pedagogia, da neurologia e da psiquiatria (Kamers, 2013).

Deste modo, ao delegar ao discurso médico psiquiátrico a regulação do normal e do patológico, as instituições de assistência – a família, a escola, o conselho tutelar, as clínicas privadas, as unidades de saúde, o judiciário – não apenas demandam à medicina uma intervenção medicamentosa sobre a criança, mas agenciam, asseguram e legitimam a inclusão da criança no discurso médico psiquiátrico.

III OS PARADOXOS DA MEDICALIZAÇÃO NO BRASIL E NA FRANÇA

O aumento do número de diagnósticos de Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na infância e a consequente medicalização da criança em idade escolar tem tomado proporções tais, que podemos defini-la como uma verdadeira epidemia. Como vimos, o cuidado com a criança ultrapassou os limites da família e da escola, sendo abarcado pelo discurso médico sobre a infância. Este, dá lugar a uma vigilância sem precedentes e a projetos de prevenção cada vez mais ousados que não apenas patologizam a agressividade e as oposições próprias da condição infantil, mas, as colocam como preditivas de uma delinquência anunciada. Estamos confrontados com o poder de um dispositivo que atualmente não apenas tem silenciado a condição “perversa polimorfa” da criança, mas tem colocado em risco as condições necessárias para sua humanização.

Apesar do crescimento vertiginoso desse processo em escala mundial, algumas particularidades merecem ser analisadas. Conforme estudo já mencionado realizado por Graeff e Vaz (2008) o TDAH, o Transtorno Opositivo Desafiador e o Transtorno de Conduta lideram a lista dos transtornos mais diagnosticados por neuropediatras e psiquiatras infantis na atualidade. Entretanto, os índices são radicalmente discrepantes dependendo dos critérios diagnósticos adotados. Enquanto em 2011 países como o Brasil e os EUA, que utilizam o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) como critério diagnóstico apresentavam índices alarmantes, a França, ao tomar como referência a *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA) como critério diagnóstico apresentava um índice inferior a 1% de suas crianças diagnosticadas com TDAH e medicadas com metilfenidato.

Para os defensores da existência do transtorno, este é apenas um sinal de que o TDAH era sub-diagnosticado no França. Para outros, a constatação de que o uso de outros critérios diagnósticos e de outras modalidades de assistência podem constituir uma barreira contra esse processo medicalizante.

O fato é que depois de dois anos intensos de debates, a Alta Autoridade de Saúde na França (HAS) publicou, em 12 de fevereiro de 2015, um documento em que não apenas reconhece oficialmente o TDAH no país, como visa auxiliar médicos de primeiro recurso a realizarem uma detecção o mais precoce possível deste transtorno. O que nos coloca

frente à pergunta: quais os determinantes históricos, políticos e sociais envolvidos nesta tomada de decisão pela mais alta autoridade de saúde na França que tende a produzir uma epidemia de TDAH no país colocando em risco o processo de constituição psíquica e desenvolvimento das crianças diagnosticadas?

3.1 A Epidemia do TDAH e o Consumo do Metilfenidato no Brasil

As estimativas de prevalência desse transtorno no Brasil variam amplamente e os estudos epidemiológicos relatam que essa variação se encontra entre 3% e 16%, sendo as diferenças atribuídas aos critérios metodológicos e diagnósticos utilizados, assim como devido ao perfil da amostra pesquisada (BRATS, 2014).

Assim, após alcançar um dos mais altos índices de diagnóstico do TDAH e se tornar o segundo mercado consumidor do mundo, o Brasil, com cerca de 2 milhões de caixas vendidas apenas em 2010, com um aumento de 775% do consumo nos últimos 10 anos (BRATS, 2014), publicou em outubro de 2015 um documento produzido na 26ª Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) pelas Coordenações Gerais de Saúde da Criança e Aleitamento materno; Saúde do Adolescente e do Jovem e Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas intitulado *“Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”* (BRASIL, Ministério da saúde, RAADH, 2015), com o intuito de prevenir a excessiva medicalização através da adoção de estratégias de cuidado não medicalizantes.

Os argumentos e fundamentos apresentados no referido documento, assim como pela Portaria n. 986/2014 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em conjunto com diferentes entidades, são claros ao afirmarem que o aumento do diagnóstico médico e a consequente prescrição do metilfenidato para crianças e adolescentes vem tomando proporções tais constituindo um problema de saúde pública (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014).

Assim, ancorados em evidências acumuladas ao longo de mais de três décadas de experiência no tratamento do TDAH com o uso do metilfenidato, os documentos

publicados por essas entidades visam criar parâmetros para tentar frear essa epidemia do TDAH, que, devido ao uso indiscriminado atestado pelos elevados índices medicalizantes, tem provocado riscos para a saúde e contribuído para a patologização do processo de constituição psíquica e desenvolvimento da criança e do adolescente.

Segundo o documento produzido na Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) em 2015, somente no período de dezembro de 2004 a junho de 2013 o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo avaliou 553 notificações de reações adversas associadas ao uso do metilfenidato. E a análise destas notificações indicou: uso indevido em crianças menores de 06 anos; prescrição indiscriminada e não criteriosa; associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de reações adversas graves, especialmente cardiovasculares; associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de transtornos psiquiátricos; associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de distúrbios do sistema neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias; na faixa etária dos 14 aos 64 anos os eventos graves envolveram acidente vascular encefálico, instabilidade emocional, depressão, pânico, hemiplegia, espasmos, psicose e tentativa de suicídio; além das reações mencionadas, o uso do metilfenidato pode ter contribuído para o óbito de cinco pacientes (Brasil, Ministério da saúde, RAADH, 2015).

Além destas reações adversas produzidas pelo metilfenidato, os referidos documentos denunciam inúmeras inconsistências metodológicas presentes nas pesquisas e publicações acerca da efetividade e dos riscos associados ao tratamento do TDAH com Metilfenidato, apontando os critérios do DSM e os interesses da indústria farmacêutica como fundamento deste processo medicalizante.

Em metanálise publicada em 2011 pelo departamento de saúde dos EUA (Agency for Healthcare Research and Quality), que avalia as principais publicações acerca do tratamento do TDAH em 30 anos no período de 1980 a 2010, a maioria das publicações foi descartada, por apresentar inconsistências ou método de estudos inadequados (Brasil, Ministério da saúde, RAADH, 2015)

Ao realizar uma pesquisa sistematizada avaliando os estudos publicados nas bases de dados a partir do ano 2000 até 2014, o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS (2014) apontou que os estudos sobre o tratamento do TDAH com metilfenidato apresentam

baixa qualidade metodológica, com índices superestimados, viés de publicação, tempo de acompanhamento muito curto, número significativo de estudos financiados ou com seus investigadores filiados à indústria farmacêutica e baixa generalização. As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização (Brasil, Ministério da saúde, RAADH, 2015).

Nesse contexto, a Portaria 986/2014 publicada no Diário Oficial da Secretaria de Saúde de São Paulo em 12 de junho de 2014, além de apontar a inconsistência do diagnóstico de TDAH, afirma que

Os problemas relacionados à escolaridade necessitam ser muito bem fundamentados, uma vez que podem estar associados ao tratamento psicotrópico com metilfenidato, que além de produzir vários efeitos adversos, causa também efeitos subjetivos de consequências difíceis de mensurar sobre a autoestima da criança, pois relaciona-se a ela a principal causa de seus problemas de aprendizado escolar (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014).

Ainda sobre essa Portaria, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) aponta que

Sem dificuldades, poderíamos ampliar com inúmeras outras referências científicas a revisão bibliográfica proposta na Portaria n. 986/2014 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, mas duas referências merecem destaque. A primeira é de Allen Frances³, um dos psiquiatras americanos mais reconhecidos mundialmente, que foi o responsável-chefe da edição do DSM-IV. É ele mesmo quem diz que o diagnóstico TDAH cria uma falsa epidemia: “o DSM-IV contribuiu para três falsas epidemias em psiquiatria – o excesso de diagnósticos de déficit de atenção, autismo e transtorno bipolar”. A segunda citação é a do renomado neurocientista estadunidense, Bruce D Perry⁴, em uma recente declaração feita em encontros com autoridades sanitárias na Inglaterra. Publicadas pelo The Guardian e The Observer, eis alguns trechos: “a hiperatividade das crianças não é uma doença real”; o

³Allen Frances. *Saving Normal. A revolta de um insider contra a falta de controle do diagnóstico psiquiátrico DSM-5, a Indústria Farmacêutica e a Medicalização da Vida Cotidiana*. USA: William Morrow, Harper Collin Publishers, 2013.

⁴Bruce D. Perry, in Daniel Boffey, *Children's hyperactivity 'is not a real disease', says US expert*. The Observer, Sunday 30 march, 2014. Artigo consultado em 21/7/2014 (<http://www.theguardian.com/society/2014/mar/30/children-hyperactivity-not-real-disease-neuroscientist-adhd>)

diagnóstico TDAH não passa de uma “descrição a delinear uma ampla gama de sintomas”; “se observarmos como se chega a esse rótulo, qualquer um de nós a qualquer momento se encaixaria em ao menos um par desses critérios”. Perry acrescentou que os clínicos estão muito rapidamente prescrevendo psicoestimulantes a crianças, “quando as evidências apontam não existir qualquer benefício a longo prazo (Nota da ABRASME, 2014).

Não obstante, mesmo diante da trágica experiência do Brasil como segundo maior consumidor de metilfenidato do mundo, atualmente, talvez o maior, e do alerta realizado pelas autoridades através dos referidos documentos oficiais, ainda é possível encontrar estudos afirmando que o TDAH é subdiagnosticado e subtratado no Brasil (Mattos, Rohde e Polanczy, 2012) em que os autores - psiquiatras brasileiros financiados⁵ por companhias farmacêuticas - afirmam que dos 19,9% dos indivíduos afetados pelo TDAH no Brasil apenas 16,2% estão sendo tratados com metilfenidato. Sendo esta uma pequena amostra da complexidade da questão e da dimensão do conflito entre os interesses da indústria farmacêutica que, graças à fusão da racionalidade biomédica com a lógica liberal capitalista, consegue ainda, frente à epidemia do TDAH no Brasil, apresentar estatísticas que visam o aumento dos diagnósticos, das prescrições e, portanto, do consumo, num país em que os últimos documentos oficiais e pesquisas realizadas pelos órgãos oficiais (BRATS e ANVISA) apontam que este se transformou num problema de saúde pública.

3.2 O TDAH e o Uso do Metilfenidato na França

Em contrapartida, a França, até então conhecida mundialmente como o país em que o TDAH era praticamente inexistente devido à adoção de outros critérios diagnósticos, atualmente, parece estar seguindo o mesmo caminho já trilhado pelos Estados Unidos e pelo Brasil, líderes mundiais no diagnóstico de TDAH e no consumo do Metilfenidato.

Depois de intensos debates, a Alta Autoridade de Saúde na França (HAS) publicou em 12 de fevereiro de 2015 um documento intitulado “*Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d’avoir un trouble déficit*

⁵ A referência às companhias farmacêuticas como fonte de financiamento foi afirmada pelos próprios autores no referido artigo.

de l'attention avec ou sans hyperactivité” com o objetivo de ajudar os médicos de primeiro recurso a identificar o TDAH e realizar uma detecção o mais precoce do mesmo. Segundo o documento, o TDAH consiste em um transtorno ou síndrome que acomete 3,5% das crianças em idade escolar na França⁶, sendo que destes 45,5% sofrem de déficit de atenção, 35,9% de hiperatividade e impulsividade e 17,6% das crianças acometidas apresentam os três sintomas associados (HAS, 2015).

Como se pode imaginar, a posição adotada pela Alta Autoridade de Saúde na França (HAS) causou uma inquietação geral entre os profissionais de saúde e educação, fundamentalmente, a preocupação com uma medicalização excessiva na infância e na adolescência já apresentada e testemunhada pelas experiências vivenciadas no Brasil e nos EUA.

A partir de outros estudos já realizados (Kamers, 2013 e 2015), sabemos que foi o uso do DSM como referência diagnóstica que provocou um crescimento epidêmico do TDAH e das prescrições de psicoestimulantes⁷ nos EUA e no mundo. O que até agora era muito diferente na França, já que além de uma formação profissional sustentada por uma tradição clínica psicopatológica e psicanalítica, os critérios de referência utilizados eram fundamentalmente baseados na “*Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent*”. Além disso, a autorização para a prescrição do metilfenidato estava reservada aos centros hospitalares mediante avaliações e consultas prévias, o que dificultava o acesso ao medicamento. Entretanto, o documento publicado pela HAS visando estabelecer um diagnóstico o mais precoce possível, não apenas coloca a ênfase no diagnóstico realizado por profissionais generalistas da área médica, em detrimento de profissionais de outras áreas da infância, mas aponta o Metilfenidato, vendido na França com os nomes comerciais Ritalina, Concerta e Quasym, como *único* medicamento autorizado a ser prescrito no tratamento do TDAH. O que consiste em um paradoxo, já que este mesmo documento afirma que o diagnóstico é complexo na medida em que “*não há sinais neurológicos ou físicos próprios ao transtorno*” (HAS, 2015).

⁶De acordo com as recomendações publicadas pela HAS a avaliação da prevalência do TDAH na França varia conforme os critérios diagnósticos utilizados. O curioso é que esta estimativa apresentada no referido documento publicado pela HAS foi obtida através de uma enquete telefônica realizada no ano de 2011.

⁷ De acordo com os dados apresentados no *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* no ano de 2007 os EUA apresentavam um índice de 9,5% das crianças americanas (5,4 milhões) com idade escolar entre 4 a 17 anos medicadas, enquanto que no ano de 2011 este índice já era superior a 11% (Landman, 2015).

Nesse contexto, além do alerta acerca das reações adversas, as pesquisas sobre o tema têm apontado para os riscos do uso a longo prazo do medicamento. Há mais de 35 anos pesquisando o assunto, o neurocientista François Gonon (2015) afirma que até o presente momento nenhum marcador biológico foi encontrado para justificar o diagnóstico de TDAH. Não há nenhum teste genético ou de imagem cerebral que tenha alguma utilidade diagnóstica. Os medicamentos hoje disponíveis no campo da psiquiatria são moléculas descobertas completamente ao acaso nos anos 50 e 60. Ao contrário do que aponta a mídia, nenhum novo alvo terapêutico foi descoberto nos últimos 40 anos. Enquanto a psiquiatria do século XIX e XX sustentava a hipótese de que os transtornos mentais possuíam uma origem genética, a multiplicação dos estudos genéticos cada vez mais precisos colocaram uma outra evidência: a contribuição dos fatores genéticos na etiologia do TDAH é insignificante.

Nesse sentido, Sharpe (2014) em um importante artigo publicado na revista “*Nature*”, afirma que o diagnóstico de TDAH tem aumentado vertiginosamente em todo o mundo impulsionado, sobretudo, pelas demandas relativas as dificuldades da criança na escola. Para a autora, o metilfenidato acalma rapidamente a criança e aumenta sua capacidade de concentração. Entretanto, as vantagens param por aí. Ela demonstra que as melhoras observadas não se traduzem em melhora no sucesso escolar nem na adaptação social da criança a longo prazo, retomando diversos estudos que apontam que sujeitos medicados na infância não apresentaram nenhuma redução nos comportamentos antissociais, na toxicomania ou nas taxas de detenção (prisões) na vida adulta. De acordo com a autora, nos anos 1970 dois pesquisadores, Russell Barkley e Charles Cunningham, notaram que a suposta melhora do desempenho escolar do aluno promovida pelo uso do metilfenidato era, na realidade, apenas uma percepção dos pais e professores, na medida em que, de fato, o desempenho escolar objetivo não tinha aumentado. Assim, o que parecia ser um sucesso no rendimento escolar, na realidade, era apenas um aumento da “docilidade” da criança em sala de aula. A autora salienta ainda que o medicamento ajuda na realização de numerosas tarefas na escola, mas não naquelas em que a flexibilidade do pensamento é necessária, alertando que o tratamento não confere nenhuma vantagem durável em termos de qualidades, de resultados de testes ou de adaptação social da criança. Assim, afirma que não é o medicamento, mas numerosos fatores *não médicos* que têm um importante papel no desempenho escolar: crianças com melhores competências cognitivas e sociais, provenientes de uma família com uma boa organização

familiar, uma educação parental mais elevada, com menos problemas psicossociais ou um status socioeconômico mais elevado estão suscetíveis a fazer grandes progressos escolares e de os manter, independente do uso do medicamento. O que não parece ser o caso das crianças provenientes das classes sociais menos favorecidas, justamente aquelas que são foco das políticas públicas de assistência e de saúde.

Nesse contexto, nos parece paradoxal que a mais alta autoridade de saúde na França, mesmo advertida de que o diagnóstico do TDAH e o uso do Metilfenidato não protegem a criança do fracasso escolar, da delinquência e dos riscos de toxicomania (Sharpe, 2014) proponha uma detecção precoce do TDAH como uma estratégia de prevenção dos mesmos. O que, inevitavelmente, conduzirá ao desvio das práticas de cuidado em direção a fins normativos e de controle social através da medicalização e da psiquiatrização das manifestações de mal-estar da criança e do adolescente.

De acordo com Golse (2006), enquanto nos anos 1960-70 a demanda social endereçada à psiquiatria na França estava centrada, sobretudo, em torno da questão do sujeito, de seu sofrimento e de suas condições de cuidado, longe de ter sido levada a termo, a setorização⁸, no momento atual, parece não ter mais os mesmos objetivos, nem os mesmos ideais, mas, antes, seu contrário. Atualmente, fala-se cada vez menos do sujeito, de seu sofrimento e das condições de cuidado. Em contrapartida, fala-se cada vez mais de sintomas e de transtornos, principalmente daqueles colocados em foco pelos holofotes midiáticos de acordo com os interesses comerciais e políticos em jogo, o que inevitavelmente constitui um determinante fundamental para a fabricação dos transtornos da moda: transtornos popularizados pela mídia que criam não apenas demandas de apelo na população em geral, mas, a necessidade de uma resposta imediata em que o diagnóstico e a oferta de fármacos e/ou tratamentos adaptativos e rápidos sustentam a promessa de alívio rápido dos sintomas. Contexto em que os transtornos opositivos, os transtornos de conduta e o TDAH lideram a lista do que Golse (2006) denomina “le TOP du TOP” (p.73).

⁸A setorização consistiu num movimento de abertura para “fora dos muros do hospício” produzido através da criação de serviços substitutivos (Centro Médico-psicológico, hospital dia, centro terapêutico, etc) constituídos por uma equipe multidisciplinar cujo objetivo era não apenas a prevenção, mas a readaptação social. A setorização foi prevista na França por uma circular em 1960 e legalizada somente em 1985 (Biarez, 2002).

Foi nesse contexto, que sete anos após seu primeiro relatório em que tinha inventado a ideia falaciosa da identificação desde a creche de bebês agitados para prevenir a delinquência, Jacques-Alain Benisti⁹ reincide em um segundo relatório sobre a prevenção da delinquência dos jovens. Infelizmente, os mesmos pressupostos errôneos persistem, afirmando a importância de focalizar a política de prevenção da delinquência sobre a prevenção precoce. Assim, desde a publicação da Expertise INSERM sobre “O Transtorno de Conduta da criança e do Adolescente” em outubro de 2005, o governo francês confirma sua vontade de colocar em prática a lógica de pensamento e de política de prevenção preconizada neste relatório que consiste em uma repressão antecipatória de uma delinquência anunciada (Giampino, Dugnat e Suesser, 2011).

Para tanto, em novembro de 1997 o governo francês lançou um plano de prevenção e luta contra a violência escolar a fim de avaliar os fenômenos de violência seguido de uma série de medidas de prevenção da mesma. Nesse contexto, visando conhecer os atos de violência para melhor preveni-los, um instrumento de recenseamento foi lançado nos colégios e liceus públicos no período de 2001-2002 denominado enquête SIGNA com o objetivo de recensear de maneira exaustiva os atos de violência considerados “graves”. Os resultados dessa enquête foram categorizados e analisados segundo o sexo, a idade (12 a 20 anos), a composição familiar e o nível de escolaridade dos pais. Como resultado, apontou que as condutas de violação de regras são mais frequentes entre os jovens de famílias em situação de vulnerabilidade social (miséria crônica, inserção profissional instável ou nula, história de separações, alcoolismo, violência, etc.), sendo que nas famílias recompostas é mais comum o comportamento de fuga e nas famílias monoparentais o absenteísmo escolar (Expertise Collective Inserm, 2005). Em conclusão, a enquête apontou que as condutas de agressão, roubo, destruição de bens, absenteísmo escolar e fuga adolescente variam de acordo com a idade, o sexo, a escolaridade e o estatuto familiar. Segundo o documento, o resultado é semelhante ao encontrado em outros países, sendo que a frequência dos comportamentos aumenta dos 12 aos 16 anos e diminui até os 20 anos, o que demonstra serem condutas próprias ao processo adolescente.

O estudo aponta que as agressões físicas são mais frequentes entre os meninos alertando que “se o gênero é um fator de risco importante, duas características familiares

⁹Deputado que redigiu o projeto de lei sobre a prevenção da delinquência na França.

o são igualmente: as famílias em situação de vulnerabilidade social, particularmente as famílias recompostas, e as famílias cujos pais têm uma baixa escolaridade” (p.408). Para finalizar, o documento conclui que este estudo exhibe um retrato transversal da situação dos adolescentes na França e a necessidade de compreender as mudanças de comportamento em curso e os riscos associados (Expertise Collective Inserm, 2005, P.408).

Como podemos verificar, de fato, não há nenhuma novidade nos dados levantados nas pesquisas apresentadas neste relatório, na medida em que as questões psíquicas que entram em jogo na adolescência são próprias ao processo, mas podem se tornar mais problemáticas quando associadas a fatores como miséria, exclusão e vulnerabilidade social. Desta forma, qual seria então a novidade apresentada pelo documento? A criação de um programa de prevenção de um problema social, a delinquência, a partir da promoção de um diagnóstico, o Transtorno de Conduta, preconizando uma detecção o mais precoce possível, subordinando, assim, a proteção e o cuidado na infância à lógica da prevenção policial da delinquência.

Foi esse contexto que deu origem a um importante movimento intitulado “*Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans*” que, de maneira contundente, se posiciona frente aos perigos apresentados por essa proposta de detecção precoce da delinquência antes dos três anos de idade da criança, fundamentalmente, o de colocar em risco o processo de constituição psíquica e desenvolvimento da mesma. O manifesto, realizado por profissionais, pais e pessoas ligadas às áreas da saúde, da infância e da educação se coloca da seguinte maneira:

Nós nos posicionamos contra os riscos de desvios das práticas de cuidado, fundamentalmente psíquicos, em direção a fins normativos e de controle social; nós recusamos a medicalização ou a psiquiatrização de toda manifestação de mal-estar social; nós nos engajamos em preservar nas nossas práticas profissionais e sociais a pluralidade de abordagens dos domínios médico, psicológico, social, educativo... frente às dificuldades das crianças levando em conta a singularidade de cada uma de acordo com seu meio; nós chamamos para um debate democrático sobre a prevenção, a proteção e os cuidados prestados às crianças, num espírito de transparência quanto às funções dos diversos atores do campo social (saúde, educação, justiça...) e quanto às inter-relações entre esses atores (Le Collectif “*Pas de 0 de conduite*”, P.13-16, 2006).

Assim, ao discutir cada item do relatório de 428 páginas produzido pela expertise coletiva Inserm sobre os “Transtornos de Conduta na criança e no adolescente” Bernard Gibello (2016) aponta que o mesmo ignora completamente a consistente produção realizada sobre o tema por numerosos clínicos importantes. Além disso, ressalta que nenhum dos médicos ou psicólogos que participaram da expertise pertencem ao *Centro Nacional de Formação e de Estudos da Proteção Judiciária do Jovem* do Ministério da Justiça nem aos *Serviços Psiquiátricos de Segurança* muito menos aos *Serviços de Orientação Educativa*. Alerta ainda que “nenhum juiz foi consultado, nenhum educador especializado, nenhum método de tratamento foi evocado fora da perspectiva comportamentalista” (Gibello, 2016, p.21). O autor lembra ainda, que nos capítulos dedicados aos transtornos cognitivos o relatório ignora completamente os trabalhos de autores franceses sobre o tema, apresentando, por outro lado, 40 páginas dedicadas aos fatores genéticos e 20 páginas dedicadas às condutas agressivas apresentadas em animais de laboratório. No plano teórico somente duas teorias explicativas foram levadas em consideração neste relatório: as teorias de aprendizagem pavloviana e skineriana e a teoria do apego de Bowlby que no documento foi reduzida a considerações comportamentais. Por último, salienta que esta expertise, curiosamente, cita 1126 referências bibliográficas no relatório, sendo apenas 55 delas (5%) francesas, negligenciando *tendenciosamente* a importante e vasta produção de autores franceses sobre o tema (Gibello, 2016).

Desta forma, mesmo diante da ausência de fundamentos consistentes e realizando uma leitura tendenciosa da agressividade e das condutas opositivas, o relatório apresenta o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Opositivo com Provocação (TOP) e os Transtornos de Conduta como “preditivos” de uma futura delinquência. Nesse contexto, a agressividade e as condutas opositivas das crianças e dos adolescentes são apresentadas como transtornos que devem ser erradicados não apenas através de uma reeducação comportamental, mas de um tratamento medicamentoso.

Sobre isto, Lenoble, Bergès-Bounes, Calmettes e Forget (2006) destacam que, ao se basear no DSM-IV, esta expertise Inserm defende uma escolha única de leitura clínica baseada na definição estatística do que seria uma conduta “normal” e um “comportamento patológico”, não levando em conta nem a dimensão singular nem o valor subjetivo presente em cada ato ou conduta adotada por uma criança ou por um adolescente. O que produz um risco para as práticas de cuidado e tratamento, na medida que orienta as

mesmas para fins normativos. O que coloca um problema grave, interroga o lugar que nós reservamos às nossas crianças e adolescentes na sociedade, anulando ainda o propósito e a visada “científica” de um trabalho de *expertise* realizado sob a autoridade de um Instituto Nacional de Saúde (Idem, 2006).

De acordo com a referida expertise Inserm (2005), o TDAH está na origem dos transtornos de conduta em crianças e adolescentes, afirmando que a evolução de um transtorno para o outro depende de fatores genéticos ou ambientais, apontando a vulnerabilidade dos sujeitos afetados para o consumo de drogas e para a delinquência. Entretanto, mais uma vez estamos frente a um paradoxo, na medida em que a literatura não apenas aponta para a iatrogenia presente no diagnóstico do TDAH, a saber, a medicalização da criança e do adolescente, como também aponta os riscos associados ao uso prolongado do metilfenidato. O que nos coloca frente a uma constatação, no mínimo, desconcertante: a premissa de que é preciso administrar drogas na infância para prevenir o consumo de drogas e a delinquência na adolescência.

Indagado sobre a posição adotada pela HAS em relação ao reconhecimento do TDAH na França, o médico psiquiatra e psicanalista Patrick Landman, um dos fundadores do coletivo “Por uma clínica do Sujeito: STOP DSM” e autor do livro “*Tous Hyperactifs? L’incroyable épidémie de troubles de l’attention*” (2015) se posiciona afirmando que o TDAH não existe cientificamente: nada foi descoberto, nem em genética, nem em bioquímica, nem em exames de imagens que poderia sustentar essa tese. A própria Associação Americana de Psiquiatria afirma no DSM que nenhum exame neurológico, assim como, nenhuma avaliação da atenção pode ter valor diagnóstico. Posição que, como vimos, também é sustentada pela HAS. No entanto, o TDAH existe como uma construção social que surgiu com a entrada da molécula do metilfenidato no mercado. O DSM e seu método dominam a psiquiatria mundial há mais de 30 anos. A classificação das doenças psiquiátricas está no cerne de imensos jogos econômicos e políticos por diferentes razões:

- 1) porque uma classificação psiquiátrica é uma ferramenta que serve à epidemiologia com o intuito de determinar a prevalência das doenças e orientar as políticas de saúde pública
- 2) porque essa mesma classificação pode ser utilizada para definir prioridades na administração dos recursos destinados à saúde
- 3) as classificações também servem à pesquisa farmacológica, e nesse sentido, jogos econômicos importantes participam de sua formulação e estão intimamente ligados ao poder da indústria farmacêutica.

Desta forma, na medida em que essa classificação não é e nem pode se pretender científica, ela se baseia, fundamentalmente, sobre critérios estatísticos. O que, segundo Landman (2015) possui inúmeras consequências, a saber: a desvalorização do caso clínico, em que desaparece a dimensão singular do sujeito e o triunfo da médico-economia e da política de avaliação em psiquiatria. Nesta, a subjetividade é reduzida a pequenas unidades comportamentais denominadas “transtornos” que são reagrupáveis em síndromes a partir de uma abordagem estatística e de uma pesquisa administrativa de gestão de custos. A sinergia entre o método do DSM e os objetivos da médico-economia favoreceu a dominação das burocracias sanitárias de avaliação e administração em detrimento da dimensão do cuidado (Idem, 2015).

Por último, o autor (2015) aponta para o advento da neuromania como uma nova forma de naturalização definida pela crença de que o estudo do funcionamento do cérebro, das funções cognitivas e de suas aplicações técnicas poderiam vir a revelar todos os aspectos da condição humana. O que não é sem efeitos, já que procura explicar e justificar as desigualdades sociais a partir de desigualdades cerebrais, assim como as diferenças subjetivas a partir de desajustes no funcionamento neuronal.

Deste modo, além da criação de novos transtornos e do alargamento dos critérios diagnósticos, a indústria farmacêutica trabalha de maneira impressionante, não na venda do medicamento – o Metilfenidato - mas, na promoção da doença - o TDAH. Segundo Landman (2015), as apelações estão cada vez mais modernas. É necessário, de maneira não explícita, gerar angústia nos pais e tocar seu sentimento de culpabilidade tomando o cuidado para não estigmatizar a criança e dar aos pais a impressão de não estarem sendo negligentes a partir da ilusão de que estão “tratando” a doença do filho, nesse caso, através da administração do medicamento. O que torna evidente que

O interesse das companhias farmacêuticas parece ser de que não se encontre marcadores biológicos das doenças mentais a fim de que elas permaneçam numa dimensão conceitual; mas, ao mesmo tempo, é necessário assegurar cientificamente essas doenças. De onde o interesse de permanecer em uma zona encoberta suficientemente científica para dar a impressão de seriedade que possa convencer tanto os médicos prescritores quanto o público, todos à espera de confirmação, a fim de permitir uma flexibilidade no marketing (Landman, 2015, p.145).

Entretanto, para que a “*disease mongering*” (a mercantilização da doença) possa ser bem-sucedida é fundamental a participação dos usuários, o que no caso do TDAH

consiste em conquistar a simpatia e a confiança dos pais. Para isso, é necessário “cuidar” da imagem do diagnóstico na medida em que ele se tornou não apenas uma identidade, mas também uma “causa” na vida dos pais. Assim, para promover a doença, nesse caso, o TDAH, é muito importante a parceria com os usuários e com as associações de pais – CHADD (Chadd Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nos EUA, os HyperSupers TDAH na França e a ABDA (Associação brasileira do Déficit de Atenção) no Brasil que, em parceria com a medicina e com a indústria farmacêutica, defendem que o TDAH é um transtorno neurobiológico de causas genéticas caracterizado por sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade. Esses pais, organizados em associações, cumprem um importante papel na divulgação e promoção do TDAH, na identificação e acolhimento de novos “pacientes” assim como na administração de conselhos para seus membros e para a comunidade em geral, tendo ainda, um relevante protagonismo nas políticas de saúde sobre o tema.

São associações que, subsidiadas pelas companhias farmacêuticas - como é o caso dos HyperSupers na França subvencionada pelo laboratório Shire France SA -, militam para que as crianças possam ser avaliadas, diagnosticadas e tomadas em tratamento ainda mais facilmente. Elas desejam que o acesso ao tratamento medicamentoso seja facilitado. O que segundo Landman (2015) teve um peso importantíssimo na tomada de decisão do reconhecimento do TDAH pela mais alta autoridade de saúde na França (HAS).

Além do importante papel desempenhado por essas associações no reconhecimento do TDAH na França, o autor destaca a influência que tiveram vários membros eminentes da HAS que exerceram a função de consultantes de grandes laboratórios paralelamente as suas atividades na HAS e não o declararam. O que, para Landman (2015), deixa claro que a HAS agiu sob demanda não apenas das associações de pacientes, mas sob demanda de vários de seus membros que tinham fortes laços com a indústria farmacêutica e que defendem que o TDAH é subdiagnosticado e subtratado na França.

Desta forma, o reconhecimento do TDAH como transtorno pela HAS consiste não apenas num movimento político e econômico de promoção da doença, mas representa uma visada que busca transformar as problemáticas psíquicas, sociais, familiares e educativas em transtornos a serem medicalizados.

O TDAH tem vocação de ser superdiagnosticado porque ele suscita uma crescente demanda social centrada sobre os sintomas atacando os comportamentos das crianças e dos adolescentes que incomodam as famílias e as instituições escolares. Ele permite assim que esses últimos não se coloquem em questão graças à psiquiatrização da criança ou do adolescente. Ele contribui para psiquiatrizar problemas sociais, pedagógicos e educativos. Ele oferece também uma visibilidade tranquilizadora, uma pseudo-identidade médica e um tratamento *ready made* para esses comportamentos, o que lhe rende apoios numerosos entre certos usuários” (Landman, 2015, p.216)

Entretanto, ao justificar as problemáticas sociais, subjetivas, políticas, econômicas, familiares, pedagógicas e educativas como transtornos a serem medicados e preditivos de uma futura delinquência, encobrimos não somente a dimensão do sofrimento e do mal-estar, mas impedimos a possibilidade de uma séria reflexão acerca das problemáticas presentes nas relações familiares, parentais e educativas que assumem um contorno específico em cada momento da história.

3.3 A Falsa Epidemia do TDAH e os Impasses do Uso da Metodologia DSM na Infância

Depois da publicação de “Tristesse Businesses, Le scandale du DSM 5” em que discute as problemáticas advindas da publicação do DSM 5 a partir do exame das consequências políticas produzidas pela incidência deste manual na psiquiatria mundial, o psiquiatra e psicanalista Patrick Landman - fundador do coletivo “STOP DSM” que desde outubro de 2010 vem produzindo uma série de críticas em relação ao DSM sobretudo em relação aos efeitos que este manual vem produzindo na clínica: o apagamento do debate e da pluralidade de referências no âmbito da psiquiatria – apresenta seu mais recente livro “Tous Hyperactifs? L’incroyable épidémie de troubles de l’attention” lançado na França no ano de 2015.

Prefaciado por Allen Frances, que dirigiu a equipe de redação do DSM IV e que em seu livro *Saving Normal* (inédito no Brasil) denuncia a inflação diagnóstica produzida pelo DSM e seus efeitos iatrogênicos, especialmente no âmbito da psiquiatria infantil, o livro de Landman realiza uma importante análise dos fatores que conduziram ao sucesso do diagnóstico de “Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade” (TDAH). Seu livro assume uma importância capital, fundamentalmente num momento

em que a mais alta autoridade de saúde da França (HAS) não apenas reconhece oficialmente o TDAH no país a partir da referência do DSM visando uma detecção o mais precoce do mesmo, mas negligencia os fundamentos e diretrizes apresentados pela “*Classification Française des Troubles Mentaux de l’enfant et de l’adolescent*”, instrumento de referência diagnóstica amplamente utilizado na França. Como vimos, a posição adotada pela HAS não é casual nem fortuita, na medida em que suas recomendações reduzem a ampla e diversificada oferta de tratamentos, assim como privilegiam aquelas ligadas ao campo da psiquiatria biológica: a terapia cognitivo comportamental e a prescrição do metilfenidato¹⁰.

O livro de Patrick Landman se inscreve dentro do contexto de movimentos, atos e publicações que visam frear os abusos cometidos em nome do DSM e da psiquiatria biológica que, ao ampliar os critérios diagnósticos, conduz ao apagamento do sujeito promovido por uma trágica patologização e medicalização da vida, como alerta Allen Frances, que no prefácio do livro analisa os elevados índices norte americanos tentando explicar a desconcertante explosão de diagnósticos do TDAH nos EUA. Para Frances, o TDAH consiste em um diagnóstico duvidoso que transformou a imaturidade banal da criança em um transtorno psiquiátrico a ser medicado. Segundo o mesmo, 3 causas justificam a epidemia desse transtorno nos EUA: 1) A colocação da molécula do Metilfenidato no mercado; 2) A autorização da venda da droga nos EUA que conduziu a inúmeras campanhas de popularização do TDAH como causa das problemáticas escolares e comportamentais com o intuito de promover a venda do Metilfenidato; 3) A difusão de estudos sugerindo que o tratamento medicamentoso traria resultados superiores a outros métodos de tratamento.

Nesse contexto, Allen Frances situa o sucesso do TDAH no mesmo movimento já realizado em relação à epidemia de depressão produzida na década de 80 com o advento do DSM III que, ao rebaixar os critérios de inclusão, fez com que reações próprias à condição humana fossem diagnosticadas como signos do transtorno, a ponto de qualificarmos a depressão como doença do século. Para Frances, o mesmo aconteceu em relação ao transtorno bipolar e nesse momento em relação ao TDAH, apontando a urgência de compreendermos esses fenômenos de moda em que participam diferentes

¹⁰ Essa mesma posição foi adotada pelo governo francês em relação ao autismo através da *Recommandation de Bonne Pratique (2012)* e do *3^e Plan Autisme (2013)* que não apenas negligencia a pluralidade de abordagens, mas privilegia a TCC no tratamento do autismo.

atores: profissionais, pacientes, familiares, médicos, indústria farmacêutica, autoridades de saúde, entre outros. Contexto em que Frances se pergunta: Poderia o livro de Patrick Landman contribuir para proteger a França da tentação de seguir o exemplo americano de amplificação excessiva dos diagnósticos do TDAH e da negligência irresponsável em relação às avaliações e ao tratamento medicamentoso?

O livro de Landman, dividido em 10 capítulos, se inscreve num contexto de resistência contra a patologização e medicalização¹¹ promovida por um manual que se pretendendo um instrumento de renovação e de modernização do processo diagnóstico em saúde mental, produziu não apenas uma epidemia de transtornos psiquiátricos, como contribuiu para destruir as bases da clínica tradicional em nome de uma esperança produzida pela descoberta de marcadores biológicos que na realidade nunca foram encontrados. O que tem promovido um reducionismo científico sem precedentes na história a partir do privilegio dado ao modelo biomédico em detrimento das determinações históricas, sociais e da realidade psíquica do sujeito. Sua posição, fundada sobre uma jogada forçada comportamental dos transtornos mentais, obscurece as fronteiras do normal e do patológico levando ao desaparecimento da psicopatologia e à produção de falsas epidemias, em particular, na infância.

No início do livro, Landman faz uma importante retomada das teorizações acerca da agitação infantil que tem sido objeto de investigação por parte de pesquisadores, psicólogos, clínicos e psiquiatras nos últimos 30 anos com uma convergência que se transformou em medida de discussão: a existência do TDAH.

Segundo o autor, o sucesso desse diagnóstico reside na associação entre atenção e agitação, sobretudo dando à atenção um papel especial, já que a agitação no adulto vem sendo historicamente atribuída à doenças neurológicas. Mas quando se coloca o acento sobre a atenção o problema muda, já que a agitação no sentido motor, dita hipercinética em linguagem médica, é rara no adulto, o que não ocorre em relação à atenção. Assim,

¹¹ Alguns movimentos têm protagonizado os esforços de resistência contra a patologização, medicalização e apagamento da diversidade de tratamentos na França: A iniciativa STOP DSM, o coletivo *Pas de Ode à la conduite pour les enfants de 3 ans* que foi criado para fazer frente à Expertise INSERM lançada na França e que visava detectar “transtornos comportamentais” o mais precoce possível em crianças menores de 3 anos visando prevenir a delinquência. Nesse contexto, temos ainda diversas cartas endereçadas ao presidente da Haute Autorité de Santé (HAS) como a produzida pelos membros da *Association lacanienne internationale* (A.L.I) além dos vários movimentos produzidos pela mobilização de psicanalistas contra a Expertise Inserm que desqualificou a psicanálise como um método válido para o tratamento do autismo.

com esta associação «atenção-hiperatividade» a criança agitada e o adulto distraído passam a estar suscetíveis de entrar no quadro do TDAH. Desta forma, o adolescente pode ser agitado à maneira de uma criança ou distraído à maneira de um adulto, ou os dois juntos. O fato é que foi necessário convencer a comunidade científica da existência do TDAH, o que não foi uma tarefa fácil já que a psiquiatria é um ramo da medicina. Esta última, somente se tornou científica no século XIX com a descoberta do agente causal da doença a partir de Pasteur. Com a psiquiatria foi diferente, já que a vigilância e a guarda dos alienados foram a ela confiadas não por razões médicas e científicas, mas por razões de ordem pública e social. Para o autor, esta é a marca fundadora da psiquiatria e os psiquiatras vão se sentir desvalorizados em relação aos médicos que os acusam de praticar uma medicina não científica.

Segundo Landman (2015) foi com a chegada dos neurolépticos e dos psicotrópicos que as coisas começaram a mudar. A clínica psiquiátrica, que até então repousava sobre a observação e sobre hipóteses teóricas metapsicológicas, vai pouco a pouco cedendo lugar a uma clínica fármaco-induzida em que os sintomas passam a ser repertoriados em função da ação dos medicamentos. O que segundo o autor contribuiu para um falso raciocínio: «se o medicamento age atenuando ou fazendo desaparecer os sintomas, isso quer dizer que os sintomas foram produzidos por um desequilíbrio químico que o medicamento visa reparar» (p.31) Este raciocínio será explorado pela psiquiatria biológica para justificar o diagnóstico e a prescrição medicamentosa. Contexto em que vemos florescer fenômenos de crença entre os psiquiatras que, sob o efeito de um entusiasmo de natureza religiosa, vão sustentar teorias que repousam não apenas sobre especulações e hipóteses, mas que serão apresentadas ao grande público como validadas cientificamente.

Ao retomar a história do TDAH, o autor explica que seu nascimento está ligado ao que se poderia chamar perspectiva organicista americana, na medida que seu início teve como marco a demonstração realizada em 1930 de que as crianças hiperativas respondiam positivamente aos psico-estimulantes num contexto em que as manifestações comportamentais da criança foram isoladas e tratadas como entidades patológicas. Entretanto, adverte que medicalizar os comportamentos da criança e do adolescente nos faz perder de vista o que é uma criança, um adolescente, suas necessidades, suas demandas, seus desejos, que nesse contexto, são reduzidos à patologias que estão sempre

sustentadas por um tripé: todo problema é um transtorno mental, todo transtorno revela uma desordem química e toda desordem química precisa ser corrigida por um medicamento. Sendo estas as condições que têm transformado o TDAH em uma das principais causas de consulta em neuropediatria no mundo.

Todavia, na maior parte dos casos os pais não consultam espontaneamente, mas são motivados por profissionais que atuam na área da infância ou da adolescência, pessoas ou associações que têm tido um importante papel de filtro pré-diagnóstico. Eles não apenas falam do TDAH para os pais, mas indicam sites na internet, serviços e principalmente, profissionais que de antemão fariam o diagnóstico. Conforme Landman, os pais já chegam com um discurso pronto de forma a se enquadrar no discurso médico. As famílias não falam mais de suas dificuldades em termos pessoais ou subjetivos. Trata-se apenas da repetição dos signos do TDAH a partir do DSM.

Para o autor, estes signos comportamentais não têm nenhum valor patognomônico já que eles não são patológicos em si. Todas as crianças são facilmente distraídas, desatentas, agitadas, e estes signos são variáveis de um indivíduo a outro e de um contexto a outro. Há diferentes limiares de tolerância em relação a estes signos de acordo com o contexto, mas este limiar de tolerância jamais será biológico. Dito de outro modo, a tolerância do adulto frente à agitação psicomotora da criança, sua distração ou desatenção não será a mesma dependendo do contexto socio-familiar em que a criança vive: a tolerância do adulto em relação à agitação de uma criança que vive no campo e numa grande casa certamente não será a mesma em relação a uma criança que vive em uma grande cidade e mora num pequeno apartamento. Nesse contexto, a criança TDAH do DSM 5 é uma criança essencialmente isolada, ela não é uma criança em relação, o que faz com que ela carregue sozinha a responsabilidade sobre o transtorno. Dito de outro modo, os critérios do DSM detectam antes de tudo, o que a clínica clássica denominava instabilidade, cujos fatores desencadeantes são múltiplos, altamente influenciados pelo contexto e que podem estar nas variações do normal e do patológico.

Contudo, os defensores do TDAH sustentam que o diagnóstico é terapêutico na medida em que dá nome para o sofrimento da criança e desculpabiliza os pais já que o transtorno teria uma suposta origem cerebral. Entretanto, Landman salienta que independente do diagnóstico, a culpabilidade é a marca fundamental da parentalidade, na medida em que a criança está inscrita no fantasma parental e na maior parte do tempo fere

o narcisismo dos pais confrontando-os com questões inconscientes importantes. Razão pela qual muitas vezes os psicanalistas são acusados de culpabilizar os pais. Sendo esse o contexto utilizado por inúmeros profissionais para justificar o diagnóstico do TDAH. Para eles, mesmo que não se possa atestar sua validade científica, o mesmo possui uma utilidade na medida em que se apresenta como uma solução para numerosas famílias que, angustiadas no labirinto das consultas médico-psiquiátricas, encontram uma solução medicamentosa para o problema de seu filho. Entretanto, para quem é útil o TDAH ?

Evidentemente, para algumas famílias, mas, sobretudo, para a indústria farmacêutica que desenvolve um marketing agressivo na promoção de seus produtos. Existem estratégias da indústria farmacêutica para introduzir uma nova doença no mercado com o objetivo de aumentar as prescrições da molécula que ela produz. O marketing não é feito apenas pelos laboratórios, mas pelos profissionais de saúde mental que se tornaram, principalmente nos EUA, verdadeiros pregadores do TDAH. Em parceria com as associações de pais e maquiados como estrelas de hollywood, eles recitam a todo momento o discurso da indústria farmacêutica. O problema, no entanto, é que essas estratégias de sedução têm influenciado diretamente os responsáveis pela saúde pública e as decisões no campo da saúde mental. "Se fizermos o balanço de 30 anos de dominação do paradigma biomédico na psiquiatria, o TDAH teve aí um papel central e sua epidemia galopante nos permite dizer que estamos diante de uma catástrofe no âmbito da saúde mental' (Landman, 2015, p.100).

Ao abordar as posições teóricas de diferentes psicanalistas sobre a hiperatividade, o autor salienta que as mesmas, apesar de muito diversificadas, foram elaboradas a partir de um núcleo comum: elas procuram interpretar o funcionamento psíquico do sujeito e sua interação com o meio. Eles consideram a hiperatividade não uma doença ou transtorno, mas um sintoma relativo à estrutura psíquica ou organização psicopatológica da criança. Por isso, a maior parte dos psicanalistas não reconhece o laço sindrômico entre atenção e hiperatividade, já que a concepção de atenção subjacente ao TDAH consiste em uma função cognitiva puramente neuropsicológica, negligenciando radicalmente a dimensão psíquica da atenção que, além de ser inconsciente, está ligada à representação psíquica. Dito de outro modo, para os psicanalistas, a hiperatividade, como todo sintoma, consiste em uma tentativa de suportar ou resolver um conflito. Não obstante, mesmo que o conflito seja intrapsíquico, o mesmo somente pode ser lido a partir da relação do sujeito

com o Outro, o que implica, muitas vezes, estender aos pais a abordagem terapêutica, o que não tem nada a ver com a culpabilização dos mesmos.

Por fim, Landman salienta que nas últimas três décadas o consumo de medicamentos contra o TDAH explodiu na maior parte dos países ocidentais, produzindo uma falsa epidemia que encontra sua justificativa no sucesso da molécula química do metilfenidato sobre a atenção e a instabilidade num contexto em que a indústria farmacêutica, ao promover o TDAH, institui a necessidade do medicamento. Assim, se para Marx a religião é o ópio do povo, no sentido de impedir que os pobres e explorados possam tomar consciência de sua condição social e de lutar por seus direitos, poderíamos dizer que a Ritalina, conhecida como droga da obediência ou da demissão parental, tornou-se a grande promessa de eliminação das problemáticas sociais, familiares, educativas e pedagógicas ?

Da mesma maneira que a frenologia dominou a psiquiatria durante boa parte do século XIX, atualmente, vemos resurgir, de maneira impressionante, uma neo-frenologia que visa transformar as desigualdades sociais em desigualdades cognitivas, a ponto de negligenciar o fato de que uma criança negra proveniente de um meio social desfavorecidos tenha 6 vezes mais chances de ser diagnosticada com TDAH do que uma criança branca de classe média alta (Landman, 2015).

Circunscrito em torno de modelos explicativos fechados e puramente fisiopatológicos, o TDAH é um produto da metodologia DSM, que cada vez mais tem conduzido a diferentes impasses. A medicina baseada em evidências, base da metodologia DSM, tem se mostrado muito útil quando se trata de quadros somáticos, mas, quando aplicada à psiquiatria, cuja pedra angular são os ensaios clínicos randomizados que visam testar a eficácia de várias abordagens terapêuticas numa população de pacientes, o resultado é uma verdadeira catástrofe: a maior parte dos resultados de pesquisas publicadas como descobertas científicas são completamente falsas. O autor apresenta inúmeras razões para a falaciosidade destes estudos, dentre elas, a espinhosa questão do conflito de interesses, particularmente quando se trata de estudos financiados pelos laboratórios farmacêuticos que manipulam os resultados conforme seus interesses. Como última razão, o autor situa a comorbidade como o ponto central do equívoco diagnóstico do TDAH na medida em que a maior parte das crianças diagnosticadas

apresentam uma série de signos e de comportamentos pertencentes a diferentes quadros, demonstrando que o diagnóstico, além de arbitrário, é fármaco-induzido.

No entanto, parece que o diagnóstico tem cumprido um efeito apaziguador para os pais, na medida em que estes têm a impressão de poder, enfim, dar nome para o mal-estar da criança. Entretanto, sob o risco de poder vir a mascarar psicopatologias e conflitos psíquicos importantes que poderão ressurgir posteriormente. Por isso, convém não esquecer que uma criança é um sujeito que está em desenvolvimento e que não tem tantas possibilidades de exprimir seu sofrimento como os adultos. A expressão motora é uma das mais disponíveis e ela tem o mérito de não passar longo tempo despercebida, contrariamente a outros sintomas, que podem não chamar a atenção dos pais ou serem negados pelos mesmos.

Desta forma, o TDAH é uma falsa doença e os medicamentos psico-estimulantes não são o tratamento desta falsa doença. Ele suscita uma enorme demanda social na medida em que sustenta a promessa de erradicar os sintomas e comportamentos de crianças e adolescentes que produzem mal-estar nas famílias e nas instituições escolares, permitindo que estes últimos não se coloquem em questão, mesmo ao preço da psiquiatrização e medicalização da criança e do adolescente. Ao psiquiatrizar os problemas familiares, sociais, pedagógicos e educativos, este diagnóstico adquire cada vez mais uma visibilidade tranquilizante, o que lhe rende numerosos apoios entre os profissionais que se contentando com a aplicação de técnicas popularizadas como ‘tratamento’ demonstram a verdade de seu desinteresse pela complexidade da questão.

3.4 A Pré-história da Psiquiatria infantil: As Experiências médico-pedagógicas

Desde a história, sabemos que as crianças acometidas de alguma disfunção ou deficiência¹² têm sido objeto de observações e discursos que variam de acordo com a época e concepções do momento. Para Duché (2004) é possível localizar uma pré-história da psiquiatria infantil que vai da Idade Média ao século das Luzes, momento em que

¹² Na medida em que as nomenclaturas são vastas e variadas (deficiência, idiotia, retardo, etc.) utilizaremos o termo deficiência para se referir a todas as crianças que não correspondiam às expectativas sociais da época.

ultrapassado o problema de sobrevivência dessas crianças começa a se delinear um campo discursivo sobre as crianças fisicamente atingidas através do conceito de deficiência.

Em nome de uma ordem familiar e conjugal introduzida pela igreja e retomada por uma burguesia triunfante, toda sexualidade não destinada à procriação passaria a ser condenada, sendo o onanismo considerado responsável por todas as desordens que afetavam a juventude. Nesse contexto, dois problemas consideráveis passaram a interpelar a sociedade: de um lado, as crianças atingidas pelo idiotismo que se encontravam misturadas em uma horrível promiscuidade com os adultos nos asilos imundos, de outro, as crianças e adolescentes abandonados, indigentes, vagabundos e delinquentes que escapavam ao asilo (Duché, 2004).

O “louco” e a “criança” estavam confundidos. Desprezo (escárnio) e castigo (punição) são os dois aspectos de uma mesma resposta da sociedade a este que a agride. As crianças feiticeiras eram assimiladas aos “possuídos” e a tortura era utilizada como meio de obter as “confissões”. A rigidez ética carregada da noção de culpa e responsabilidade pessoal conduziu a uma radical intolerância em relação ao louco e à criança deficiente, sendo as crianças dementes ou retardadas vistas como seres diabólicos como vemos em “*Malleus Maleficarum*” obra escrita pelos monges alemães Sprenger e Kramer e publicado em 1486, sendo reeditada 29 vezes até 1669. Traduzida para o português como “Martelo das Feiticeiras” ou “Martelo das Bruxas” o livro, utilizado como manual contra a bruxaria, foi amplamente utilizado pelos inquisidores para identificar as bruxas e os malefícios causados por elas, contendo ainda os procedimentos legais para acusá-las e condená-las (Pessotti, 1984). Entretanto, mesmo levando-se em conta a popularidade e alcance dessa obra, a mesma foi refutada por diversos autores, entre eles, Jean Wier, médico nascido na Holanda que estudou medicina em Paris e que escreveu diversas obras no âmbito da farmacologia, psiquiatria e medicina. Ele foi o primeiro a utilizar o termo *Doente Mental* para descrever o caso de uma menina acusada de bruxaria e o primeiro a descrever a epidemia de histeria que se alastrava nos conventos de meninas espalhados por toda a Europa (Idem, 2004).

Desde a Antiguidade até a difusão do cristianismo na Europa, o destino de crianças “deficientes” consistia em sua eliminação ou abandono. Entretanto, a partir da doutrina cristã, a prática da eliminação ou da exposição dessas crianças se tornou inaceitável. Ao se tornarem “*les enfants du bon Dieu*” as crianças deficientes passaram a ser toleradas,

entretanto, numa lógica caritativa que, em realidade, tinha por função encobrir a omissão e o desencantamento dos adultos com essas crianças que não correspondiam às expectativas sociais. Dotada de alma e beneficiada pela redenção de Cristo, a criança deficiente passará a ser acolhida em conventos e igrejas, podendo sobreviver em troca da prestação de serviços à pessoa ou à instituição que a acolhe.

Se por um lado, essa criança passou a ter direito à sobrevivência, por outro, sobre ela recairá inúmeras exigências éticas e religiosas. Ao mesmo tempo que ela passa a ser vista como uma criança “eleita por Deus” ela também se tornará depositária das culpas alheias e, portanto, merecedora dos castigos divinos. Nesse contexto, a ambivalência “caridade-castigo” no domínio teológico e moral se tornou a atitude fundamental do homem medieval frente à criança deficiente, sendo a caridade exercida através da possibilidade de sobrevivência oferecida pelo asilo e seu castigo efetuado através do confinamento e da segregação (Pessoti, 1984).

Foi somente com Paracelso (1493-1541) e Cardano (1501-1576) que a deficiência passou, pouco a pouco, a ser capturada pelo discurso médico. Enquanto Paracelso (1576) em *“Sobre as doenças que privam os homens da razão”* obra escrita em 1526 e publicada somente em 1567 afirmava que a demência poderia ser resultante de traumatismos e de doenças, inaugurando assim uma concepção médica acerca do problema, em Cardano, encontramos uma preocupação pedagógica com a instrução da criança deficiente. Sendo esse contexto que criou as condições necessárias para que em 1664 Thomas Willis (1621-1675) pudesse publicar *“Cerebri Anatome”* obra que introduziu não apenas uma postura organicista frente à deficiência, mas, colocou o cérebro humano no centro das pesquisas sobre o humano. Para Willis

A idiotia e a estupidez dependem de uma falta de julgamento e de inteligência, que não corresponde ao pensamento racional real: o cérebro é a sede da enfermidade, que consiste numa ausência de imaginação e memória, cuja sede está no cérebro. Assim, se a imbecilidade ou a estupidez aparecem, a causa reside na região cerebral envolvida (Willis citado por Pessoti, 1984, p.18).

A obra de Willis, típica da neurofisiologia da época, acrescenta às descrições anatômicas e morfológicas conceitos fisiológicos hipotéticos que somente serão abandonados com o advento da eletricidade como recurso de pesquisa e princípio explicativo. Ao entender a idiotia e outras deficiências como produto de eventos neurais,

Willis contribui para substituir a visão demonológica ou fanática da deficiência ao introduzir argumentos racionais. Entretanto, essa nova concepção não chega a atingir as grandes massas, muito menos os donos do poder político-econômico, ambos nutridos pelo fanatismo. De todo modo, foi a partir destas concepções médicas que se começou a produzir um outro discurso sobre a deficiência, seja ela física, moral, mental e intelectual.

3.5. As explicações anatômicas e fisiológicas a partir da descoberta da Eletricidade e o Frankenstein de Mary Shelley

Apesar de a eletricidade ter sido descoberta na Antiguidade por Tales de Mileto, que ao esfregar um âmbar a um pedaço de pele de carneiro observou que pedaços de palhas e fragmentos de madeira se atraíam - por isso do âmbar (em grego *élektron*) surgiu o nome eletricidade – foi somente no século XVII que se iniciou, de fato, estudos sistemáticos sobre a eletrificação por atrito. Contexto que deu origem, na neurofisiologia, a uma técnica fundamental para a descoberta experimental da localização cerebral: a estimulação elétrica localizada.

Trata-se de um método inaugurado por Luigi Galvani (1737-1798) que através do famoso experimento em que potenciais elétricos produziam contrações na perna de uma rã morta descobriu que os tecidos neurais são eletricamente excitáveis. Experimento que inspirou Alessandro Volta (1745-1827) que aprimorou o método e desenvolveu um instrumento fundamental às pesquisas com estimulação cerebral: a pilha elétrica.

Foram essas duas experiências – a descoberta da eletricidade e a possibilidade de estimulação elétrica do corpo humano – que constituíram as condições necessárias para que Mary Shelley, então com apenas 19 anos, escrevesse entre 1816 e 1817 o romance “Frankenstein” considerado um dos primeiros romances gótico-psicológico do século XIX e uma das obras inglesas mais importante desse período.

O romance narrado por Shelley conta a história de Victor Frankenstein, um jovem apaixonado por ciências naturais que sacrificou sua vida pessoal e familiar para se dedicar às pesquisas com a finalidade de desvendar os mistérios da vida. Para tanto, através de pedaços de cadáveres, constrói uma criatura a quem, por meios científicos, ele daria vida. Entretanto, quando se dá conta da “monstruosidade” de sua criatura, Victor foge sendo

perseguido pela dor existencial dessa “criatura” indignada com a arbitrariedade de seu criador que lhe deu a vida, mas a condenou a viver sozinha e segregada de toda e qualquer convivência humana.

O Frankenstein de Mary Shelley constitui não apenas uma narrativa que nos ajuda a pensar sobre os efeitos que essas descobertas produziram no imaginário social da época, mas, sobre os efeitos de estranhamento, fascínio e horror produzidos pela criança que, ao não corresponder às expectativas sociais, fica impossibilitada de ser reconhecida pelo ideal parental e seu “abandono” aos especialistas do campo científico.

Deste modo, a inauguração de uma postura organicista frente à criança deficiente permitiu a construção de uma série de teorias e métodos baseados no pressuposto de que a deficiência era produto da carência de ideias e operações intelectuais, cabendo à experiência e ao ensino suprir essas falhas através, não de um estímulo elétrico, mas de seu substituto mental: “a estimulação sensorial”.

Durante os séculos XVI e XVII a criança é vista como um pequeno animal entregue aos seus instintos. Entretanto, no fim do século XVII começa a surgir um novo interesse pela criança e por suas potencialidades. Nesse contexto, a obra de John Locke (1632-1704) “*Essay Concerning Human Understanding*” publicada em 1690 tornou-se não apenas um princípio filosófico, mas pedagógico. Influenciando Rousseau e todo o pensamento pedagógico da época, introduziu a aposta na educabilidade do deficiente através da premissa da “estimulação sensorial” introduzindo as bases necessárias para que posteriormente Condillac (1715-1780) pudesse publicar em 1746 seu “*Essai sur l’origine des connaissances humaines*” e em 1749 o “*Traité des sensations*”. Foi nessas duas obras que Condillac deu à doutrina de Locke uma formulação psicológica, uma teoria do conhecimento e uma teoria da aprendizagem, oferecendo assim, um esboço de metodologia de ensino para a criança deficiente. Aliás, metodologia que aparecerá de maneira evidente nas primeiras experiências médico-pedagógicas realizadas por Jean Mac Gaspard Itard (1774-1838) com o selvagem de Aveyron.

Nesse contexto, é impressionante a semelhança da estrutura da narrativa de Mary Shelley em “Frankenstein”, com a estátua de Condillac e com o selvagem de Aveyron: a promessa de “dar vida” e “controlar” uma “criatura” *selvagem* (Victor), *monstruosa* (Frankenstein) e *inanimada* (Condillac). E partimos do pressuposto de que esse foi o princípio fundamental que norteou as primeiras experiências médico-pedagógicas que

constituíram as bases fundamentais para o início da psiquiatria infantil, a saber, a ideia de que a criança é uma “criatura” que através dos “métodos científicos” poderia se tornar um adulto civilizado.

Assim, baseados em uma concepção mecanicista do corpo, os tratados médicos do século XVIII expunham, simultaneamente, uma doutrina médica sobre a deficiência e conselhos educativos, o que demonstra a crença da “congruência perfeita entre a doutrina médica e a moral educativa” (Donzelot, 1986).

3.6 Jean Itard e o início da Pedopsiquiatria

Segundo Ajuriaguerra (1972) até o século XX não havia nada que pudesse ser nomeado como psiquiatria infantil, apesar de suas raízes encontrarem-se nas experiências pedagógicas realizadas com deficientes mentais e sensoriais. Contexto em que seus precursores se caracterizam como “reeducadores” das “insuficiências” sensoriais e dos retardamentos. Para Duché (2004) o tratamento das crianças idiotas ou deficientes ilustra o início da pedopsiquiatria. Fora destas categorias, a doença mental era raramente percebida na época. Antes do século XIX encontramos apenas esparsas observações de estados de deficiência intelectual colocando problemas de ordem prática relativas aos indivíduos cujos comportamentos pudessem perturbar a ordem pública.

Foi nesse contexto que o médico Jean Mac Gaspar Itard (1774-1838) assumiu aos 25 anos de idade o cargo de médico-chefe no Instituto Imperial de Surdos-Mudos de Paris a convite do abade Sicard, na ocasião diretor do Instituto. Após vencer um concurso nacional como cirurgião, se associa a Larrey e Pinel, dois renomados médicos franceses e devido a seus trabalhos sobre gagueira, educação oral e audição foi considerado o fundador da otorrinolaringologia. Suas idéias, derivadas do *Essay Concerning Human Undertending de Locke* e da teoria da Estátua de Condillac o sensibilizaram para as estreitas relações entre fonação e audição, linguagem e pensamento, percepção e abstração, cultura e inteligência, e graças ao seu prestígio profissional como reeducador de surdos-mudos foi encarregado pelo Ministro do Interior da França para se ocupar da “educação” de Victor, uma criança selvagem com idade entre 10 ou 12 anos que vivia em isolamento completo quando encontrada em 1797 na floresta de La Caune. Tratava-se de

uma criança que não fazia mais do que emitir grunhidos e sons estranhos. Não reagia às interpelações, cheirava tudo que levava às mãos, sua locomoção era próxima do galope, andando também de quatro quando alcançava grande velocidade. Antes de ser efetivamente capturado, foi visto algumas vezes por camponeses da região perambulando na floresta em busca de alimento. Resistira às tentativas de contato, fugindo com agilidade. Pouco mais de um ano depois foi visto na mesma região e capturado por caçadores. Estes, vestem-no e o alimentam, mas, após uma semana ele foge. Foi reencontrado em janeiro de 1800 na casa de um tintureiro, para onde fora espontaneamente buscar abrigo e aquecimento durante um inverno rigoroso. A repercussão do caso foi imediata. As autoridades do governo trocaram correspondências para definir a quem cabia a responsabilidade de dar proteção e asilo àquele desafortunado que, abandonado pela família, deveria ser adotado pela pátria (Banks-Leite e Galvão, 2000).

Assim, foi quando o ministro do interior confia Victor aos cuidados médicos pedagógicos de Itard que a teoria da estátua de Condillac encontra uma oportunidade ímpar de comprovação, sendo desse furor pedagógico que resultará seu fracasso como “educador”. Dito de outro modo, Victor interessava a Itard como “objeto” capaz de auxiliá-lo na confirmação de suas teorias (Pessotti, 1984) recusando, radicalmente, qualquer manifestação subjetiva de Victor que não aquelas previstas em sua parafernália médico-pedagógica. O ideário naturalista humanista da época via na *práxis* médico-pedagógica um método capaz de moldar o humano, sendo o selvagem o representante do ideal de Rousseau da pureza afetiva e intelectual que a educação deveria moldar. Itard submete Victor ao exame do colega Philippe Pinel que é categórico em seu diagnóstico: Victor é um idiota essencial como os demais idiotas que conhece no asilo de Bicêtre. Entretanto,

O quadro desanimador que oferece o diagnóstico de Pinel só não desencorajaria quem tivesse ampla experiência no ensino de outros deficientes (surdos-mudos, por exemplo), quem tivesse engenho e arte para criar métodos, técnicas e materiais de ensino, quem acreditasse nas doutrinas da tábula rasa, da estátua e do bom selvagem, quem conhecesse as limitações do diagnóstico e da terapêutica médica em casos como o de Victor, quem tivesse pela humanidade e pelo progresso do conhecimento humano o mais generoso interesse, quem por sua cultura e preparo profissional pudesse se opor ao saber da autoridade e autoridade de seu saber (Pessotti, 1984, p.39).

Conforme Pessotti (1984) ao se negar a abandonar Victor nos depósitos de Bicêtre, Jean Itard não apenas reafirma sua aposta no método pedagógico, mas aponta um problema fundamental da *medicina* da época: a tese da incurabilidade da deficiência mental, na ocasião nomeada como “idiotia” cuja causa era atribuída a uma patologia cerebral (conforme vimos em Willis) sendo, portanto, assunto privativo da medicina cabendo ao médico alterar os hábitos através de uma medicina moral.

O exercício dessa medicina é a correção ou instalação de noções e de repertórios comportamentais; daí, designar ele de “ortopedia mental” ou “ortofrenia” tal medicina moral, verdadeiro método de modificação do comportamento, na conotação atual desses termos, em nenhum momento visa produzir, neutralizar ou eliminar atividades ou estruturas neurais ou cerebrais: consiste em arranjar condições emocionais e ambientais ótimas para a ocorrência de comportamentos desejáveis e para a cessação de atividades não queridas (Pessotti, 1984).

Nesse contexto, Itard, apoiado nas concepções filosóficas que apaixonaram o século das Luzes, pensa em despertar o espírito de Victor através do que ele denomina de “tratamento moral”. Durante cinco anos ele dedicará o essencial de sua atividade profissional à reeducação de Victor, descrevendo com extrema minúcia sua empreitada pedagógica. Mantido durante dez anos no instituto de Surdos-Mudos sob o tratamento de Itard, Victor é entregue à Madame Guérin que passa a viver com ele em uma casa próxima ao Instituto. Desolado, Itard já não se interessava mais por seu aluno. Victor permaneceu amedrontado, semi-selvagem e não acedeu à linguagem. Viveu o resto de sua vida com Madame Guérin, vindo a falecer no início de 1828 com aproximadamente quarenta anos de idade (Duché, 2004; Banks-Leite e Galvão, 2000).

De acordo com Lajonquière (2000) a “educação moral” do Selvagem de Aveyron ilustra precisamente o que não deve ser feito em matéria educativa, na medida em que, ao recusar à Victor qualquer existência enquanto sujeito, Itard o condena à radical condição de objeto. Nesse caso, objeto da medicina.

Nesse contexto, apesar da riqueza teórica e metodológica da obra de Itard acerca da deficiência mental, ela produziu pouca influência no pensamento da época e pouco modificou a postura da sociedade frente à deficiência, interpretada como doença hereditária ou congênita sujeita a variações de intensidade, mas com uma etiologia única.

Visão difundida graças às obras de Fodéré, Pinel, Esquirol e Belhome, como veremos a seguir.

3.7 O Campo da Pedopsiquiatria: a contribuição dos precursores

Como vimos, foi a partir de Paracelso e Cardano que se começou a produzir um discurso médico sobre a deficiência rompendo com a tradição medieval da possessão demoníaca. Após a abolição do fatalismo teológico a autoridade médica passou a substituir a autoridade teológica e o inquisidor foi substituído pelo médico que passou a classificar anatomofisiologicamente os pacientes segundo quadros clínicos compostos.

A mesma arbitrariedade que mascara o deficiente como bruxo possesso ou herege, agora, a partir de Paracelso e Cardano, o denomina cretino, idiota ou amente. A linguagem não é a do clero ou das bulas papais, mas o autoritarismo e o dogmatismo são os mesmos, trazendo no bojo a marca do inapelável (Pessotti, 1984).

Contexto em que a fatalidade hereditária ou congênita assumiu o lugar da danação divina para efeito de prognóstico. A ineducabilidade ou irrecuperabilidade do idiota passa a ser o novo estigma que substituiu o sentido expiatório que a deficiência recebera, e o médico torna-se o novo árbitro que define o destino do deficiente. “Ele julga, ele salva, ele condena” (Idem, 1984). De Cardano a Pinel pouco se progrediu no conhecimento e tratamento da deficiência. Apesar de Pinel, inspirado na ideia aristotélica de que a saúde mental dependia do equilíbrio das paixões, ter imposto em 1795 na Salpêtrière a abolição das algemas, grilhões e cadeias que aprisionavam os dementes, ele seguiu sustentando a premissa de que a deficiência, entendida como idiotia, imbecilidade ou deficiência mental, além de hereditária, era produto da degeneração no nível do sistema nervoso central, mantendo, nesse sentido, a tese da incurabilidade da mesma. Como podemos observar através da descrição realizada pelo próprio Pinel na 2ª edição do “*Traité Médico-Philosophique sur L’Aliénation Mentale, ou La Manie*” publicado em 1801.

Um dos casos mais singulares e dos mais extraordinários que jamais foram observados é o de uma jovem idiota, com idade de 11 anos que, pela forma da cabeça, seus gostos e sua forma de vida, parecia aproximar-se do instinto de uma ovelha. Durante os dois meses e meio que ela ficou no hospício da Salpêtrière ela evidenciava uma repugnância particular pela carne, e comia com avidez substâncias vegetais como peras, maçãs, salada, pão, que ela

parecia devorar, bem como uma bolacha particular de sua aldeia que a mãe lhe levava de vez em quando. Abandonada a um instinto cego que a aproximava daquele tipo de animais, ela não podia pôr freio a seus movimentos de cólera e suas irritações que, por causas das mais banais ou mesmo sem causas, iam até as convulsões. Jamais se conseguiu fazê-la sentar-se sobre uma cadeira para repousar ou para fazer suas refeições, ela dormia com o corpo estendido no chão, encolhido, à maneira das ovelhas. Todo o seu dorso, as costas e os ombros, estavam cobertos de uma espécie de pelo flexível e escuro, com extensão de uma e meia ou duas polegadas e que se assemelha à lã por sua finura; o que constituía um aspecto muito desagradável. Tanto que os saltimbancos que haviam tido notícia do estado dessa jovem idiota tinham proposto à mãe exibi-la nas festas e feiras da vizinhança, como um objeto de muito rara curiosidade, o que lhes foi recusado, embora os pais fossem muito pobres. Essa jovem idiota, pela separação dos pais acabou por cair num estado progressivo de languidez e sucumbiu após dois meses e meio de permanência na Salpêtrière: eu conservei cuidadosamente seu crânio, que é muito interessante por suas dimensões e forma (Pinel, 1801 citado por Pessotti, 1984).

De acordo com Pessotti (1984) este trecho foi escolhido por Seguin para mostrar a confusão de Pinel acerca da imprecisão de suas concepções teóricas em torno do conceito de idiotia e a omissão dos médicos da época em relação ao cuidado com os idiotas. Como podemos ver, a omissão e o abandono são decorrentes dessa postura teórica também influenciada pela obra de Fodéré (1764-1835) intitulada “*Traité du goitre et du crétinisme*” publicado em 1791. Neste, Fodéré formula a tese de que o bócio é o primeiro grau de uma degenerescência cuja expressão última é o cretinismo. O que reforça a tese da hereditariedade da deficiência mental, demonstrada pela transmissão do cretinismo pelos pais doentes de bócio.

E a isso se acrescenta que a idiotia passa a constituir, já na época de Fodéré, um sintoma conclusivo ou uma forma atenuada da doença chamada cretinismo, hereditária ou congênita, vê-se inaugurado, com base em minuciosas necropsias, e descrições antropométricas e morfológicas, o fatalismo genético da idiotia e de suas supostas formas brandas: a imbecilidade e a debilidade mental (Pessotti, 1984).

Nesse contexto, foi o tratado de Fodéré que lançou as bases para que Morel pudesse publicar em 1857 o “*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*” que teve consequências dramáticas na condução e trato com os deficientes mentais, na medida em que, apoiado sobre a tese da hereditariedade dos transtornos mentais, constituirá o pressuposto fundamental das propostas de intervenção social de cunho higienista. O que veremos mais adiante.

Apesar da importância institucional e prática do legado de Pinel, foi Esquirol quem foi reconhecido como o fundador da clínica psiquiátrica devido ao aprofundamento que o mesmo produziu no âmbito clínico, tendo sido essa a característica herdada pelas gerações subsequentes. A nosologia de Esquirol marcou um nítido progresso em relação ao legado de Pinel, já que além de ter separado a idiotia (termo que substituiu o idiotismo de Pinel), descreveu os diversos graus dessa enfermidade evolutiva: imbecilidade, idiotia propriamente dita e cretinismo. Além disso, diferenciou a idiotia da loucura, entretanto, considerando nula a possibilidade de qualquer tratamento. Ideia que foi refutada por Seguin, Voisin e Delasiauve que mostraram introduziram esta possibilidade (Bercherie, 1989).

O texto de Esquirol intitulado “*Idiotisme*” publicado no volume 23 do *Dictionnaire des Sciences Médicales* de 1818 marca um importante progresso sobre a doutrina de Pinel abrangendo com o nome *idiotia* qualquer deficiência intelectual grave, independentemente de sua etiologia ou duração. Como vimos, de fato Pinel já havia descrito o termo idiotismo em seu tratado. Esquirol não modifica o espírito dessa nosologia, entretanto, ele separa o idiotismo adquirido, curável, do idiotismo congênito, que para ele, será a idiotia, enquanto o idiotismo adquirido será uma forma de demência, o que Georget posteriormente denomina como estupidez (Pessotti, 1984). Para Esquirol a idiotia não consiste em uma doença, mas, um estado no qual as faculdades mentais nunca se manifestaram ou não puderam desenvolver-se o bastante para que o idiota pudesse vir a adquirir os conhecimentos relativos à educação que receberam os indivíduos com sua idade. Para ele, a idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento integral das faculdades intelectuais e afetivas, por isso, a organização atrasada ou imperfeita de seu desenvolvimento “Não se concebe a possibilidade de modificar esse estado. Nada poderia dar, mesmo que apenas por alguns instantes, mais razão ou mais inteligência aos infelizes idiotas” (Esquirol apud Bercherie, 2001).

Nesse contexto, serão os alunos de Esquirol que se ocuparão das crianças nos estabelecimentos destinados aos idiotas e que farão um importante avanço em relação à doutrina do mesmo. Após a primeira tentativa de reagrupamento das crianças idiotas realizada por Jean-Pierre Falret (1794-1870) em 1821 na Salpêtrière, a base para o início de um movimento necessário para a criação de estabelecimentos especialmente destinados aos idiotas foi produzida graças à obra *Essai sur l'idiotie* de Jean Etienne

Belhomme (1800-1880) que foi apresentada em 1924 em Paris. Ligado à secção dos idiotas do serviço de Esquirol na Salpêtrière, seu ensaio representa um progresso teórico em relação à doutrina de Esquirol já que ele distingue graus de imbecilidade apontando para a necessidade de limitar as variedades nas quais há a possibilidade de educação, considerando que existem graus que asseguram a educabilidade para desempenhos manuais e graus em que é possível a educabilidade para agir e raciocinar como todos (Belhomme apud Pessotti, 1984).

Além dos precursores citados, não poderíamos deixar de situar a importante contribuição dada por Guillaume Marie André Ferrus (1784-1861) que, chocado com o estado lastimável das crianças idiotas e epiléticas que ele encontra em seu serviço no hospital Bicêtre, decide criar, pela primeira vez, uma escola destinada a imbecis e idiotas aperfeiçoáveis. Para ele, a idiotia consiste em um entorpecimento que não toca em nada a humanidade do jovem doente. O único meio consiste no esforço, através da pedagogia e do tratamento moral, de despertar seus corpos cujo organismo dorme (Duché, 2004).

Outra importante contribuição nos é dada por Félix Voisin (1794-1872) que criou, em 1834, junto com Jean-Pierre Falret, a L'école orthophrénique. Depois ele dirigiu um serviço no hospício Bicêtre em que levava em conta uma etiologia psicogênica.

Em 1853 Maximiliem Parchappe (1800-1866) na ocasião inspetor geral dos asilos de alienados considerou como indispensável à criança, em todos os asilos, de setores reservados para elas, que até então, se mantinham misturadas em uma horrível promiscuidade com os adultos. Na mesma lógica, Jean-François Delasiauve (1804-1893) é recebido em Bicêtre como responsável de um serviço de reagrupamento de crianças atrasadas e epiléticas, publicando em 1854 “Des principes que doivent présider à l'éducation des idiots”.

Entretanto, em 1879 Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) sucedeu seu mestre Delasiauve no serviço em Bicêtre. O mesmo reagrupava as patologias em duas categorias: a dos pacientes que possuíam, segundo ele, uma patologia somática grave e verdadeiramente invalidante, e aqueles que possuíam um conjunto muito heterogêneo de transtornos reagrupados sob a qualificação de imbecis e atrasados, ressaltando o peso das determinações psicossociais nestas últimas e para as quais ele criará em Vitry o primeiro instituto médico pedagógico.

Fato notável para a época foi posicionamento de Bourneville que multiplicará os esforços para a melhora do tratamento físico, psicológico e pedagógico. Dotado de um temperamento de luta e de um sólido otimismo, ele jamais aceitará a posição desencantada daqueles que falam da incurabilidade dos idiotas e preconizam seu internamento. Nesse sentido, ele visava estender sua ação aos débeis leves que ninguém se preocupava em curar. Entretanto, seu serviço em Bicêtre, construído graças à sua tenacidade e sob suas indicações, foi suprimido em 1920, após 20 anos de funcionamento.

A partir desse percurso, fica evidente que os asilos-escolas para idiotas foram implantados com muito atraso e com muita dificuldade, o que pode ser justificado pela descrença generalizada em relação à possibilidade de tratamento e educabilidade da criança “atrasada” denominada na ocasião, ora como deficiente mental, ora como idiota, retardada, cretina e estúpida. Assim, foi preciso a contribuição de personagens fundamentais como Edouard Seguin para consolidar o que ficará conhecido como o campo da Educação Especial.

Discípulo de Jean Itard, Edouard Seguin retomará seus métodos fundando uma tradição que deu origem à Educação Especial. Devido à sua trajetória e a seu legado é considerado o primeiro especialista no ensino para os deficientes mentais. Através de sua obra *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés* de 1846 ele introduziu a possibilidade do tratamento e educação dessas crianças (Pessotti, 1984). Apesar de ter trabalhado com Esquirol e inclusive ter publicado um artigo com ele, Seguin se apresenta como o precursor de uma nova geração que visa romper com as ideais dos mestres do período anterior. Ele foi o primeiro a criar uma sistematização metodológica do ensino especial que inspirou diversos autores como Maria Montessori (Bercherie apud Cirino, 2001). Entretanto, ele ficou muito mais conhecido nos EUA do que na França, seu país de origem, devido aos rumos dos acontecimentos políticos. Devido a sua posição de esquerda (estamos à véspera do Golpe de Estado de 1851) ele decide partir para os EUA onde recebeu um acolhimento caloroso. Sua primeira narrativa data de 1838 e descreve a história do tratamento de uma criança idiota e os resultados obtidos. Em 1839 ele abre uma escola para idiotas na rue Pigalle cuja existência será efêmera e, em 1842, o conselho geral dos hospitais e hospícios da cidade de Paris decide lhe confiar a direção da l'Ecole de Bicêtre no serviço de Voisin que, satisfeito com o trabalho de Seguin, lhe propõe publicar juntos todos os tratamentos realizados em seu

serviço. Seguin recusa a proposta, já que se pensa criador de seu método. Seus conflitos com a administração vão se intensificando até o momento em que ele decide partir em 1850 para os EUA. Dedicado intensamente ao tema, Seguin denuncia seus colegas por negligência em relação ao trato com os idiotas.

Eu acuso formalmente aqui os médicos que escreveram, seja registro de observações curiosas, seja artigos mais ou menos teóricos, seja prospectos de charlatão sobre a idiotia (...). E acuso a todos: primeiro, de haverem visto idiotas na sua prática e nos hospitais sem lhes haverem consagrado uma hora assídua de seu tempo, ainda que fosse por curiosidade científica” (Seguin apud Pessotti, 1984).

Nos EUA, ele funda todo o sistema de instituições especializadas para crianças anormais, baseado no pressuposto de que toda organização psicopatológica grave na criança é passível de alteração graças ao tratamento médico-pedagógico. Em sua obra *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés* de 729 páginas Seguin coloca-se como crítico e superador das concepções de Esquirol, mas, segundo Pessotti (1984) ele não consegue resolver alguns problemas centrais, fundamentalmente, o do diagnóstico e a seleção das crianças atrasadas para as classes especiais, abrindo assim espaço para que Binet pudesse tentar resolvê-los.

Entretanto, apesar de defender a possibilidade de tratamento e educação dos idiotas, a teoria de Seguin não abala em nada a doutrina organicista. Ao contrário, Seguin segue sustentando que a idiotia é uma enfermidade do sistema nervoso que tem por função regular a vontade do doente, se apresentando de duas formas: 1) a afecção de toda ou parte das massas nervosas, que dá lugar à idiotia profunda. 2) a afecção parcial ou total dos aparelhos nervosos que se ramificam pelos tecidos e presidem à vida de relação, de onde resulta o idiota superficial. Nesse contexto, “a idiotia em Seguin não é apenas uma vaga questão médica: é uma doença cujo diagnóstico é puramente médico e cujo tratamento é fisiológico” (Pessotti, 1984). Para isso ele desenvolve técnicas especiais que irão ganhar fundamento na psicologia experimental do século XX através das concepções de Pavlov e da psicologia comportamental, o que talvez explique o sucesso de suas concepções em solo norte americano. Desta forma, mesmo que para Seguin a idiotia seja uma doença orgânica, sua etiologia não é necessariamente hereditária, como afirmava Pinel e outros precursores. Além da causalidade orgânica ele enumera diversos outros fatores ambientais que poderiam agravar a idiotia (Pessotti, 1984).

3.8 A Constituição do Campo da Infância Inadaptada

De acordo com Duché (2004) o fim do século XIX vê nascer pesquisadores cujos trabalhos, publicados nos primeiros decênios do século XX, renovaram a visão da criança. Nesse contexto, a primeira aplicação prática da psicologia experimental à psiquiatria infantil é dada por Alfred Binet (1857-1911). Entretanto, os princípios da psicologia diferencial e o esboço de sua metodologia estatística já tinham sido estabelecidos na Inglaterra por Francis Galton e nos EUA por James McKeen Cattell que criou os “testes mentais”. No entanto, ele procura Binet buscando aperfeiçoar seu teste utilizável em uma perspectiva clínica para demonstrar a eficácia da nova ciência.

Influenciado inicialmente pelo associacionismo de Taine, Binet se distancia do mesmo e publica em 1903 *L'étude expérimentale de L'intelligence* em que, combinando introspecção e experimentação (seus sujeitos de pesquisa eram suas duas filhas) ele coloca em evidência dois tipos de funcionamento intelectual: objetivo e subjetivo.

A partir de 1900 ele passa a estudar o comportamento intelectual das crianças normais nas escolas e das crianças atrasadas mentais no Asilo de Perray-Vaucluse onde ele tinha sido introduzido pelo psiquiatra Théodore Simon, antigo aluno de Voisin. Binet percebe então que o exame clínico não permitiria uma estimativa precisa do grau de inadaptação escolar e para responder a esse problema publica com Simon em 1905 “*Méthodes nouvelles pour le diagnostic de niveau intellectuel des anormaux*” no mesmo ano em que Freud publica “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade”.

Neste artigo, Binet e Simon (1905) descrevem o primeiro teste mental utilizável na prática, o que lhes rendeu uma reputação internacional. O mesmo foi adotado em vários países, sofrendo numerosas revisões, o que permitiu sua expressão em QI (coeficiente intelectual) através de uma técnica proposta na Alemanha em 1911 por W. Stern da Universidade de Hamburgo para designar a razão entre a idade mental e a idade cronológica (Duché, 2004).

Entretanto, não podemos esquecer que a teoria de Alfred Binet nada mais é do que uma nova teoria sobre a idiotia fundada sobre a hipótese de que existe um *continuum* de inteligência que vai dos estados de deficiência mental mais profundos até a inteligência normal, colocando como medida um teste (escala métrica de inteligência) como

parâmetro para o estabelecimento do diagnóstico de debilidade. Assim, ao se apoiar inteiramente sobre uma “naturalização” da norma escolar, a abordagem teórica de Binet conduz a uma re-tradução na linguagem da patologia dos insucessos escolares que na realidade são produto da distância entre a cultura escolar e a cultura das famílias dos meios populares e rurais.

Desde então, do fato das condições mesmas que presidem a sua elaboração, a escala métrica de inteligência somente pode “revelar” uma correlação entre o lugar na hierarquia social e a frequência de aparição da debilidade – e esta revelação, tornando-se descoberta científica (...) (Pinell e Zafirooulos, 1978).

Desta forma, para além das polêmicas em torno das definições de debilidade, dos modos de intervenção terapêutica ou tratamento institucional, se trata de analisar as condições sociais de produção desses discursos que, assumindo o caráter de controversas científicas, na realidade mascaram interesses não científicos, a saber, o campo da infância inadaptada. Este campo, definido pelo conjunto das instituições que se ocupam das crianças inadaptadas, se constitui vinculado ao aparelho do Estado (instituição médica, escolar e jurídica). Nesse contexto, enfrentamentos entre os especialistas têm lugar num domínio que não é a “cura” (recuperação) da criança, já que o objetivo não é curar, mas “adaptar” socialmente os sujeitos supostos débeis (Idem, 1978).

De acordo com Muel-Dreyfus (1975) foi a partir de 1882 com a instauração da escola laica, obrigatória e gratuita e a colocação da escola como uma promessa de ascensão social para as crianças dos meios rurais e desfavorecidos que se produziu na França uma explosão de instituições no domínio da educação social, cujos discursos e práticas institucionais falam de ordem social e de controle da desordem através de uma vigilância da família, do orçamento dos trabalhadores, dos corpos e dos costumes, deixando à céu aberto a luta de classes num contexto em que a ideologia científica “ainda” não mascara “a função social” das instituições. Contexto em que os imperativos do sistema de produção econômica passam a designar não apenas as “exigências escolares”, mas o controle do desempenho do aluno através da averiguação do QI realizado com o auxílio dos testes de inteligência (Sauret, 1997). Imperativos que vão determinar não apenas o modo de funcionamento da escola obrigatória, mas, vão influenciar diretamente a produção “científica” no campo da infância inadaptada designando, inclusive, as características da mão de obra que necessitam as usinas em que “O objetivo da educação

dos atrasados parece se resumir nesta frase de Seguin “dar a estes doentes a capacidade de fazer um trabalho cujo produto compense seu consumo” ou naquela de Sollier “máximo de educação prática, mínimo de instrução escolar” (Muel-Dreyfus, 1975, p.62).

Desta forma, foi a partir da necessidade de modelar os comportamentos em nome da “segurança social” dos indivíduos que começaram a ser criadas as instituições de educação social, as associações de salvaguarda e de patronagem como a *Union démocratique pour l'éducation sociale*; *Protection de l'enfance abandonnée*; *Union française antialcoolique*; *Alliance d'hygiène sociale*; entre outras (Idem, 1975).

Foi essa a conjuntura que deu origem em 15 de abril de 1909 a uma lei que prevê a criação das classes especializadas e dos internatos de aperfeiçoamento para os “alunos anormais” instituindo juridicamente a necessidade da oferta de diversos tratamentos institucionais diferenciados. Assim, enquanto os idiotas e os imbecis já são de competência do Hospital, os atrasados e os instáveis serão de competência das classes de aperfeiçoamento, criadas, como vimos, através do movimento a favor da infância anormal. Ao passo que o hospital se propõe a tomar conta durante toda sua vida dos deficientes mentais que ele acolhe, o objetivo da educação especializada é o de assegurar a socialização dos atrasados e dos instáveis através de sua adaptação à sociedade (Muel-Dreyfus, 1975; Pinell e Zafiropoulos, 1978). A escolarização de crianças anormais se apresenta assim como uma resposta aos transtornos sociais que poderiam se produzir caso a criança não fosse para a escola, constituindo-se num dispositivo fundamental para manter a ordem estabelecida.

O desenvolvimento deste projeto é acompanhado da produção de um discurso que invalida a competência dos professores e de outros profissionais em relação à socialização dos atrasados, que segundo essa lógica, não poderia ser assegurada nem pela escola regular (que tende a rejeitá-los em suas classes) nem pelo hospital (considerado incapaz de adaptá-los) sendo então conferida às classes de aperfeiçoamento a legitimidade científica que aparecerá como a re-tradução dos interesses específicos de um corpo potencial de novos especialistas que buscam estabelecer entre a escola regular e o hospital um terreno de intervenção (Pinell e Zafiropoulos, 1978).

Entretanto, a vitória no campo jurídico não foi acompanhada por um sucesso no plano da intervenção já que os poderes locais e professores não estavam convencidos da importância social destas classes uma vez que o funcionamento dos “atrasados” não

perturbava o funcionamento da classe escolar. Nesse sentido, a identificação dos atrasados não se produzia espontaneamente na escola, mas, por aqueles que queriam promover uma política de desenvolvimento do ensino especial. Para tanto, colocaram em ação ousadas enquetes de identificação de envergadura nacional com o auxílio dos especialistas (Idem, 1978).

Segundo os autores, como o recrutamento para as classes especiais não era assegurado pelas comissões médico-pedagógicas, a ausência de um controle especializado para a entrada dessas crianças nas classes especiais acabou por transformá-las num lugar para onde iam os alunos mais indisciplinados que, ao contrário dos atrasados, atrapalhavam o funcionamento da sala de aula. Além das crianças que, ao não conseguirem obter o certificado de ensino primário, ficavam misturadas com outras crianças nas classes especiais. Por isso, a insistência dos profissionais do ensino especial em atestar as dificuldades encontradas para identificar o aluno “débil”, já que, para eles, o comportamento deste não se diferencia em nada dos alunos “normais” (Idem, 1978).

Nesse contexto, fica evidente que o problema que se instituiu com a entrada de crianças em massa na escola regular a partir da obrigatoriedade da instrução escolar na França não consistia em um problema relativo às dificuldades da criança em relação ao aprendizado dos conteúdos escolares ou à existência de uma suposta debilidade mental. Como vimos, os professores viam pouca ou nenhuma necessidade de encaminhar essas crianças para as classes especializadas. Entretanto, parece que a grande questão que se colocou desde a obrigação escolar e da criação das classes especiais foi o que fazer com essas crianças indisciplinadas que não se adaptam ou que resistem às exigências escolares. Por isso as classes de aperfeiçoamento acabaram se tornando verdadeiros depósitos dos alunos indisciplinados, como nas palavras de Pinell e Zafiropoulos (1978) “locais de fixação e de agrupamento dos que não tem transtorno, e sua existência compromete o bom funcionamento e a reputação dos estabelecimentos aos quais elas estão anexadas” (p.25), o que acabou por comprometer a “reputação social” e a “vocaçao” dessas classes especiais, o que deu origem à necessidade de modificar e desenvolver comissões médico-pedagógicas para controlar a seleção e o recrutamento das crianças “débeis”.

Para tanto, uma circular ministerial publicada em 1944 modifica a lei de 1909 atribuindo aos especialistas de neuropsiquiatria infantil a identificação dos alunos suspeitos de “inadaptação” leia-se, indisciplinados. Essas crianças, a partir de então, serão

afastadas da escola e conduzidas para estabelecimentos autônomos, “isolados” das escolas comuns: as escolas nacionais de aperfeiçoamento para caracteriais que eram ligadas às escolas públicas e os centros para caracteriais vinculados às associações privadas. O que demonstra que a criação e o desenvolvimento do ensino especializado contribuíram não apenas para a medicalização das problemáticas escolares, mas, para a exclusão dos indisciplinados tanto da escolar regular quanto do ensino especializado. O que nos coloca frente ao problema da infância inadaptada.

No clássico “*Histoire de la Médicalisation*”, Foucault (1988) já advertia para o fato de que, desde o século XVIII, a existência, a conduta, o comportamento e o corpo humano seriam integrados cada vez mais numa rede de medicalização mais densa. Com o advento da Medicina Social, cujo fundamento consiste em uma tecnologia do social, um primeiro objeto se socializou: o corpo, em função da força produtiva e da força de trabalho. Assim, o controle da sociedade sobre os indivíduos passou a se exercer através da biopolítica, que reconheceu o corpo - política e socialmente - como uma força de trabalho. O que importa é o biológico, o somático e o corporal em que o corpo aparece como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia do biopoder (Foucault, 1988).

De acordo com Foucault (1988), foi o desenvolvimento das cidades e a aparição de uma população operária e pobre que aumentou as tensões políticas dentro das cidades. A vida nas grandes cidades passou a ser foco da preocupação e da inquietude política sanitária que foi surgindo na medida em que se desenvolveu a engrenagem urbana. Os pobres e os trabalhadores passaram a ser objeto da medicalização na medida em que a pobreza passou a ser pensada como uma ameaça e um perigo para a urbanização. E como seria possível esse controle? Através de um sistema de assistência que tornasse obrigatória a submissão aos diversos controles médicos.

Com a “lei dos pobres” aparece de maneira ambígua um importante fator na história da medicina social: a ideia de uma assistência fiscalizada, de uma intervenção médica que constitua um meio de ajudar os mais pobres a satisfazer as necessidades de saúde que a sua pobreza não permitia esperar. Ao mesmo tempo, esta permite manter um controle pelo qual as classes ricas, ou seus representantes ou governos, garantissem a saúde das classes necessitadas e, por consequência, a proteção da população privilegiada (Foucault, 1988, p.28).

Desta forma, foi através da oferta da assistência gratuita ou de baixo custo que se estabeleceu um cordão sanitário autoritário entre ricos e pobres no interior das cidades a fim de proteger as classes abastadas dos perigos advindos da convivência com as classes desfavorecidas. Para tanto, algumas medidas foram estabelecidas: 1) O controle da vacinação a fim de obrigar os diferentes elementos da população a se imunizar 2) A organização do registro das epidemias e das doenças capazes de se tornarem epidêmicas, tornando obrigatória a notificação 3) A localização dos lugares insalubres e, se necessário, a destruição dos focos de insalubridade. O que em realidade consiste em um controle médico sobre a pobreza tendo por finalidade a vigilância da saúde e do corpo das classes necessitadas para que elas estejam mais aptas para o trabalho e menos perigosas para a sociedade. O que no campo da assistência à infância poderia ser traduzido como uma preocupação com a criança e com o adolescente de família pobre e a construção de dispositivos de vigilância e de controle instaurados a partir da obrigatoriedade escolar. Como vimos, foi nesse domínio que se consolidou um novo campo científico marcado por uma explosão de instituições no domínio da educação social em que a instrução primária, gratuita, laica e obrigatória constituiu a armadura.

Desta forma, o movimento em favor da infância anormal não pode ser isolado de um movimento mais amplo concernente à “infância em perigo” e à constituição de ideais educativos e de todo um aparato médico-pedagógico tendo em vista o sistema de produção. O que culminou em 1925 na criação da Clínica de Neuro-Psiquiatria Infantil sob a dupla égide da Patronagem da Infância e da Adolescência e da Faculdade de Medicina de Paris (Muel-Dreyfus, 1975).

Assim, parece que os especialistas da infância anormal foram frequentemente propagandistas das sociedades de patronagem, e parece igualmente que as crianças concernidas sejam socialmente as mesmas e que da “correção moral” à orthopedia mental” mudam apenas as palavras; assim como não mudam as profissões previstas para os pequenos pobres (abandonados, delinquentes ou doentes mentais) que reeducados, se tornam ajudantes de jardineiros, manobristas, trabalhadores braçais, domésticas (Idem, p.63).

A autora afirma que enquanto a escola não era obrigatória, as crianças refratárias ou com dificuldades passavam despercebidas: se expulsava os indisciplinados, se relegava os atrasados, se ignorava os vagabundos. Entretanto, com a obrigação escolar essa espécie de aluno se converteu em um problema. Tanto que a sociedade pedagógica

de diretores e diretoras de escolas públicas de Paris organizou espontaneamente, em 1904, um comitê para discutir a criação de escolas especiais para as crianças anormais e indisciplinadas concluindo, a partir de seu trabalho, pela criação de “escolas para atrasados” e de “escolas de moralização”.

A escola só pode permanecer “escola para todos” se ela não for a escola de todos. Na sociedade da época, apareceu rapidamente que quando a igualdade perante a escola, quer dizer, perante a instrução que se dá pela verdade da escola, é confrontada na prática institucional com a realidade sócio-econômica da miséria maior – esta que se vê nos corpos e se escuta na pobreza da linguagem – ela só pode permanecer verdade à condição de classificar, segundo a lógica de um outro sistema (médico-psicológico), aqueles que ela não pode tolerar (Muel-Dreyfus, 1975, p.69)

Desta forma, o campo da infância inadaptada se constitui ao mesmo tempo diversificado em suas estruturas de acordo com o tipo de inadaptação. Sustentado por um discurso que faz da prevenção da delinquência seu objetivo fundamental, visa normalizar as formas de inadaptação infantil que têm sua origem na desordem social dos meios populares e que ameaçam se reproduzir sob a figura do delinquente¹³. O que é acompanhado pela produção de um discurso medicalizante das problemáticas produzidas pelas precárias condições de vida das camadas mais baixas da sociedade. A prevenção da delinquência juvenil toma lugar nesse discurso para justificar a construção de instituições especializadas dentro e fora da escola.

A adaptação social, colocada como a finalidade do tratamento especializado, se apresenta, assim, como “mais uma” tecnologia de manutenção da ordem social determinada pelo capitalismo liberal, que, através da fusão da racionalidade biomédica com a lógica liberal capitalista, incide sobre o sujeito não apenas através de redes de conformação de condutas, mas, da transformação do mal-estar e do sofrimento em doenças médicas que precisam ser erradicadas pelos dispositivos do biopoder. Nesse contexto, o diagnóstico psiquiátrico visa responder a *isso* que não é reconhecido pelo ideal social e indicar terapêuticas que sustentem a promessa de reconduzir a criança à

¹³Pinell e Zafiropoulos (1978) nos lembram que o movimento em favor da escolarização das crianças anormais se desenvolve no fim do século XIX em um momento histórico marcado pelo crescimento das lutas sociais e pelo restabelecimento do movimento da classe operária permitindo os movimentos sindicalistas e a multiplicação das greves. “Delinquência e revolução social têm cumprido, há cinquenta anos de intervalo, uma mesma determinação: a origem dos sujeitos perigosos” (p.27), leia-se, perigosos na medida em que poderiam produzir uma subversão social.

“normalidade” ou que, adaptando-a, possam aliviar o mal-estar que a infância produz ao projeto social e assim sustentá-lo (Vorcaro, 2011). Atualmente, o discurso médico psiquiátrico, instaurado pela demanda de normalização da infância efetuada pelas escolas, sustenta a promessa de que o mal-estar poderia ser codificado em doença e para cada doença haveria um medicamento específico. Entretanto, sabemos que o ato educativo se inscreve num impossível entre um adulto, que espera ver reproduzido no outro uma ordem que ele representa, e uma criança, que resiste a ser mero objeto dessa investida educativa (Voltolini, 2015).

A busca incessante do diagnóstico psiquiátrico de perturbações que o indivíduo pode ser portador sem desconfiar, da identificação de vulnerabilidades genéticas ou cognitivas, do levantamento de fatores de risco e a identificação precoce de comportamentos susceptíveis de expressar uma desordem psíquica, passa a fazer parte de uma racionalidade técnico-sanitária que, de acordo com Lacan (1950), consiste em uma contradição ideológica que reflete o mal-estar social na medida em que busca transformar o mal-estar em doença e instituir medidas de prevenção e de tratamento da mesma. O que no caso do TDAH consiste em uma tentativa de “neutralizar” a condição “perversa polimorfa” da criança, sua “oposição” e “agressividade”, que constituem operadores fundamentais para a constituição e manutenção de sua posição subjetiva.

Desde Freud (1930), sabemos que a agressividade é produzida pelo próprio processo civilizatório, na medida em que este não apenas interdita as pulsões, mas coloca o outro como fonte constante de mal-estar para o sujeito. Nesse sentido, ao levarmos em conta que a agressividade é fundadora do eu, do narcisismo e da cultura, consistindo em uma tentativa de separação/diferenciação do sujeito em sua relação com o Outro, como podemos pensá-la em uma civilização que, sustentada por ideais cada vez mais utilitários e num movimento acelerado de produção, transforma as diferenças subjetivas e as desigualdades sociais em transtornos a serem medicalizados?

IV A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: DA AUTORIDADE DO PAI À AUTORIDADE DA MEDICINA

De acordo com Ribeiro (2006) até o século XIX não havia nada estruturado ou sistematizado no Brasil no âmbito da saúde mental infantil, sendo a partir da criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II – que se iniciou a produção das primeiras teses em psiquiatria seguida da criação de hospícios em todo o território nacional.

Em um sistema patriarcal sustentado pelos ditames da tradição e da igreja, a autoridade é exercida pelo Senhor de Engenho numa circunstância em que a palmatória e a vara de marmelo são companheiras inseparáveis do bom comportamento e quanto mais cruel era a família com a criança, mais cruel era ela com os animais e com os escravos. A justificativa de tal “violência” residia no fato de que era preciso “quebrar” a individualidade da criança visando adultos passivos e obedientes sendo somente a partir do século XIX que se começou a produzir uma nova maneira de conceber a criança e suas necessidades na medida em que os higienistas começaram a perceber que o sistema familiar da colônia tinha por função satisfazer as exigências não apenas do senhor, mas da sociedade dos adultos. A imagem da criança frágil, portadora de uma vida delicada merecedora do desvelo absoluto dos pais é uma imagem recente. Nem sempre a criança foi “majestade” na família. Durante muito tempo seu trono foi ocupado pelo pai na família (Costa, 1999).

Foi a partir da segunda metade do século XIX que se começa a observar que à medida em que a medicina vai se tornando mais científica e a prática médica vai deixando de ser exercida por leigos ou quase leigos que ela vai se tornando influente na sociedade passando a receber dos poderes políticos constituídos “autorização” para descobrir, propor e impor normas de saúde que pudessem beneficiar a sociedade. Nesse sentido, enquanto que na colônia eram o senhor e a igreja que ditavam as regras do bem viver, no século XIX será a medicina que, aliada ao discurso de uma burguesia nascente, começará a impor suas normas de higiene e de saúde. Momento em que “A medicina vai encontrar na burguesia, essencialmente urbana, o aliado de seu ideal higiênico, que por seu turno, interessava ao jovem Estado brasileiro, ainda em consolidação” (Ribeiro, 2006).

Nesse contexto, os ideais higienistas passarão a determinar as condutas sociais, os costumes e os padrões de comportamento, fundamentalmente na família. E assim, das teses e debates sobre as causas da mortalidade infantil passamos para as teses que defendiam a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar (Ribeiro, 2006).

O colégio era visto como instituição ideal de espaço disciplinar dedicado ao corpo.

As crianças, isoladas das influências do ambiente prestavam-se, docilmente, aos ensaios médicos sobre educação física e moral. Os pequenos reclusos seriam cobaias e o colégio, laboratório. Separados das famílias submeter-se-iam com exclusividade às criteriosas regras da pedagogia higiênica. O novo homem e a nova sociedade começariam a ser construídos no colégio (Costa, 1999).

A questão moral é outro aspecto difundido e defendido pela medicina do século XIX e exercida através do controle da sexualidade e do combate às práticas desregradadas disseminadas desde a Colônia. Nessa, o lazer, quando não se confundia com o trabalho, não era objeto de nenhuma codificação. O tempo livre e a diversão cotidiana improvisam-se ao sabor das circunstâncias. No colégio, entretanto, a recreação deveria ser formativa. De preferência estimular o corpo e o espírito mediante uma escolha seletiva de brincadeiras, exercícios e distrações. O lazer pouco a pouco vai perdendo seu caráter de gratuidade e progressivamente se definindo como higiene física e mental. Desta forma, uma vez bem integradas e coordenadas as atividades, o colégio estava pronto para agir sobre o corpo das crianças desde os pressupostos da medicina higiênica (Costa, 1999).

Assim, preocupados com a formação moral, física e intelectual das crianças e respaldados por inúmeras teses produzidas nas faculdades de medicina, os higienistas buscavam ditar as regras e normas para o preparo e aperfeiçoamento dos futuros homens de sociedade. Disciplina, ordem e aproveitamento do tempo norteavam a rotina nos colégios, sobretudo, visando a erradicação das práticas consideradas nocivas à saúde, principalmente aquelas relativas à sexualidade. Em realidade, buscava-se converter os predicados físicos, psíquicos e sexuais dos indivíduos em insígnias de classe social em que a família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada se tornaria, num mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa (Costa, 1999; Ribeiro, 2006).

Os psiquiatras pensavam poder prevenir a incidência de doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica e racial e para tornar possível esta ambição,

adotaram ideais eugênicos. A eugenia, avaliada fora de suas condições sócio-culturais de origem, serviu de “garantia científica” para as palavras de ordem nazistas e fascistas que até hoje nos deixam perplexos. Assim, com o patrocínio intelectual dos programas eugênicos, ganharam voz e vez ruidosas ideologias racistas, xenófobas e autoritárias. Contexto em que os psiquiatras, valendo-se de uma frouxa analogia entre os fundamentos do conhecimento psiquiátrico e a pretensa lógica universal que orienta a investigação científica, acreditaram encontrar a síntese teórico-prática de que necessitavam, pirateando os modelos de prevenção da medicina orgânica ancorados na crença de que existiria uma “natureza humana” que podia ser decifrada pelas leis da hereditariedade através da noção de degeneração. Assim

Uma vez decodificada a *essência* do homem, tornava-se fácil, teoricamente, prevenir a reprodução ou propagação de seus caracteres psicossociais indesejáveis. Castração, controle da imigração, casamentos eugênicos, exames pré-nupciais eugênicos etc. foram a decorrência dos postulados sobre a *natureza biológica* do sujeito e sobre a existência de raças inferiores (Costa, 2006, p.12).

Sendo nesta fantasia totalitária de controle da imprevisibilidade do sujeito que encontramos o que há de mais “científico” na história da psiquiatria. Cientificidade que segue sendo perseguida nos dias atuais, não apenas através de um ideal preventivo, mas através de uma tentativa de inserir o sujeito em uma rede de conformação de condutas (Gori, 2008).

Nesse contexto, não apenas a psiquiatria, mas as ciências humanas em geral (Psicologia, sociologia, pedagogia, etc.) surgiram no século XIX como justificativas teóricas das práticas de disciplinarização dos corpos que tinham por objetivo a “produção” de um sujeito apto a submeter-se às exigências econômicas, sociais e políticas do capitalismo.

Nesse sentido, foi a partir da adoção da noção de prevenção no âmbito da psiquiatria que a noção de eugenia passou a dominar o pensamento psiquiátrico brasileiro. Não se tratando, portanto, de uma reflexão sobre a cientificidade de seus fundamentos, mas, dos efeitos produzidos na prática propriamente dita, pois, como sabemos, “utilizando o mesmo modelo conceitual e os mesmos dados clínicos e estatísticos, a atitude preventiva transformou a Psiquiatria em veículo de propaganda ideológica do nazismo” (Costa, 2006, p.27).

Segundo Costa (2006) o objetivo prevenção imposto à Psiquiatria prescinde da cientificidade ou não-cientificidade das teorias que o informam. O objetivo “prevenção” pode ser colocado exteriormente a qualquer teoria. O que faltava à psiquiatria, portanto, era uma leitura histórica da cultura em que viviam de modo que a prevenção por ela defendida não foi nada mais do que a adaptação da Psiquiatria aos interesses privados, na medida em que os psiquiatras brasileiros acreditavam que o Brasil se degradava moral e socialmente devido aos vícios, à ociosidade e à miscigenação racial do povo, e a prevenção eugênica vista como um instrumento rápido e eficaz para realizar um “saneamento” da situação, contexto em que a coerência “científica” das ações propostas pouco importava. “Qualquer teoria poderia justificar a prevenção, pois os psiquiatras encarregavam-se de fazer coincidir a realidade com a representação científica que queriam que ela tivesse” (Costa, 2006, p. 28). Segundo o autor, o alcoolismo tornou-se a causa da pobreza e da decadência moral, porque era mais encontrado nas camadas mais pobres da sociedade. A sífilis tornou-se atributo do patrimônio genético dos negros, por ser mais generalizada entre eles. A miscigenação racial tornou-se a causa da desorganização política e social, porque a população brasileira era miscigenada. Deste modo, os psiquiatras não apenas cederam aos ideais de prevenção, endossando os preconceitos culturais da época, mas, tornaram-se mandatários da ordem social. “Eles se acreditavam convocados a cumprir uma tarefa de cientistas, quando eram chamados a se exprimir politicamente” (Idem, 2006, p.28), ou seja, na produção de um indivíduo brasileiro “branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal” reeditando a imagem do psiquiatra e da própria psiquiatria. “Era o desejo narcísico do psiquiatra que aspirava a ver-se multiplicado em milhões de corpos e psiquismos. O psiquiatra seria a norma psicossomática do indivíduo brasileiro” (p.29). Nesse contexto, “o louco”, adulto ou criança, era aquele que resistia à normalização. Ele feria incomodamente a ilusão narcísica do psiquiatra, assim como a criança que não se submete às exigências escolares fere o narcisismo do professor. Deste modo, “Se os indivíduos não se submetiam à cura, se os indivíduos se negavam a reproduzir a imagem do psiquiatra, o último recurso consistiu em propor a exterminação física dos rebeldes” (p.29), o que não é muito diferente do que se faz nos dias atuais na medida em que não se trata mais do extermínio físico, mas, da extinção de comportamentos indesejáveis, mesmo que seja ao preço de um extermínio do sujeito.

Desta forma, as regras de boa conduta outrora determinadas pela tradição e pela igreja transformaram-se em regras de higiene mental ditadas por uma psiquiatria hipnotizada pela promessa de poder num Brasil em que o desejo de um seria o desejo de todos, em que o corpo de todos repetiria o corpo de cada um e a intervenção eugênica, corretamente aplicada, aboliria as diferenças e a ordem reinaria em sua monótona mediocridade. Assim, nesse universo do mesmo, o diferente não seria mais um problema (Costa, 2006).

Foi a partir desse contexto que os higienistas fundaram as bases de uma medicina que se preocupava com a criança e com seu desenvolvimento. As crianças consideradas criminosas ou insanas, na maioria provenientes das classes sociais mais desfavorecidas, compartilhavam os mesmos espaços dos adultos nos manicômios e nas prisões. Situação que se intensificou após o advento da República, da libertação dos escravos e da vinda dos imigrantes europeus que provocou um considerável aumento da população que, em condições subumanas, despertavam nas elites sentimentos ambivalentes de pena e repulsa, paternalismo e repúdio. Nesse contexto, a criança pobre passou a ser foco de atenção, sendo na segunda metade do século XIX que surgiram os primeiros jardins de infância no Rio de Janeiro e na Bahia em 1875, e em 1877 em São Paulo, e nesse contexto, um interesse pela “criança” que culminou na criação em 1903 do primeiro pavilhão anexo ao hospital psiquiátrico da Praia Vermelha destinado às crianças com enfermidades mentais e que até então compartilhavam o mesmo espaço que o dos adultos (Ribeiro, 2006).

4.1 A Criação dos Primeiros Hospícios e a Psiquiatria Infantil Brasileira

Até a segunda metade do século XIX os doentes mentais não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica no Brasil. Quando não eram colocados em prisões por vagabundagem ou por perturbação da ordem pública, vagavam pelas ruas ou eram internados em alas especiais nos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia (Costa, 2006).

A partir de 1830 um protesto de um grupo de médicos higienistas começa a demandar a criação de um hospício para alienados. Para tanto, começam a publicar textos

em periódicos da época a fim de desencadear um movimento de opinião pública tendo como justificativa o abandono do louco e os métodos de “tratamento” utilizados pelos profissionais na Santa Casa de Misericórdia. Para os higienistas, ao invés de celas insalubres, era necessária a criação de um asilo higiênico e arejado para que os loucos pudessem ser tratados medicamente segundo os princípios do “tratamento moral” (Assumpção Junior, 1995; Costa, 2006).

A partir desse movimento, criaram-se 3 núcleos psiquiátricos no Brasil: Um primeiro no RJ coordenado pelo Dr. Juliano Moreira, sob influência da psiquiatria alemã. Um segundo em SP sob a direção de Franco da Rocha com uma concepção organicista da doença mental. E um terceiro em Pernambuco sob a orientação de Ulisses Pernambucano que não reivindicava nenhum discurso europeu, mas enfatizava as características e a cultura própria da região (Assumpção Junior, 1995). Assim, em 1841 o imperador Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852. Os doentes mentais foram conduzidos para o hospício que, até então, era confiado aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Sendo a partir de 1881, data de criação da cadeira de “Doenças Nervosas Mentais” que Nuno de Andrade, um médico generalista, assumiu a direção. Cinco anos depois ele foi substituído por Teixeira Brandão que, inspirado no modelo francês, foi o primeiro médico psiquiatra a ocupar a direção do estabelecimento dando início ao ensino regular da psiquiatria aos médicos generalistas (Costa, 2006).

Após a instauração da República em 1890 o Hospício Pedro II passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados, agora sob tutela do Estado. Entretanto, em 1899 após drásticas reduções orçamentárias a assistência psiquiátrica começa a degradar-se e em 1902 um inquérito realizado pelo governo revela que o Hospital é simplesmente uma casa de detenção para loucos, onde não há tratamento, nem disciplina, muito menos fiscalização, situação que dá origem à lei federal de assistência aos alienados promulgada em 1903 (Costa, 2006).

Em 1852 uma tese defendida na Faculdade de Medicina do RJ por Antonio Francisco Gomes mostra de forma clara a visão vigente na época em que a característica básica era o controle das condutas infantis tendo por finalidade a produção de um adulto adequado às normas sociais vigentes. Contexto em que a questão médica mistura-se com a questão moral e social, fazendo com que o trabalho médico se transforme em um

trabalho de policiamento da criança, de sua educação e de sua família (Assumpção Junior, 1995). Através da teoria da degenerescência o crime se associava à loucura, e a delinquência, colocada como um sinal da degenerescência, poderia ser atenuada ou evitada através dos métodos médico-pedagógicos.

Os primeiros trabalhos em relação à infância versavam sobre a deficiência mental ou a idiotia. Em 1900 Carlos Eiras apresenta o trabalho “Tratamento dos Idiotas” no IV Congresso de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro escrito a partir das observações feitas da prática de Bourneville no hospital Bicêtre durante sua estadia em Paris (Müller, 2000).

Em 1903 é inaugurado no RJ o Pavilhão Bourneville sob orientação de Juliano Moreira e Fernandes Figueira como um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha destinado às crianças com enfermidades mentais, que até então compartilhavam o mesmo espaço com os adultos em outros hospícios. Esse pavilhão funcionou anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha até 1942, quando se inaugurou o Hospital Neuropsiquiátrico Infantil no Hospício do Engenho de Dentro (Assumpção Junior, 1995; Ribeiro, 2006). Esse pavilhão foi inaugurado como uma resposta aos muitos protestos e denúncias em relação às crianças internadas no Hospício Nacional dos Alienados que já contava com quase meio século de existência desde a sua fundação. Assim, em 1902 o jornal do comércio publicou várias denúncias¹⁴ de irregularidades neste Hospício, entre as quais, um contingente enorme de crianças misturadas aos adultos e que se encontravam muitas vezes em completo estado de nudez. O que introduziu, graças a uma sindicância realizada, a necessidade de remoção dessas crianças para um outro local, anexado à lavanderia do hospital. Assim, sendo nomeado em março de 1903 para assumir a direção do Hospital, Juliano Moreira solicitou verbas ao governo para realizar as reformas necessárias, afirmando a necessidade de implantação de um outro modelo de atendimento às crianças do Hospício assim como a necessidade de contratação de um pediatra responsável por este serviço (Silva, 2009). Em sua maioria,

¹⁴ É importante lembrar que as denúncias de violência e maus tratos contra crianças e adolescentes seguiram sendo realizadas. Foram necessárias situações de barbárie como o estupro brutal de um menino negro de 12 anos por 20 homens adultos para que uma série de medidas para proteger crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social fossem tomadas. Em março de 1926, o Jornal do Brasil revelou a esterecedora história do menino Bernardino, de 12 anos, que ganhava a vida nas ruas do Rio como engraxate. Ele foi preso por ter atirado tinta num cliente que se recusara a pagar pelo polimento das botinas. Nas quatro semanas que passou trancafiado numa cela com 20 adultos, Bernardino sofreu todo tipo de violência. Os repórteres do jornal encontraram o garoto na Santa Casa “em lastimável estado” e “no meio da mais viva indignação dos seus médicos.

as crianças internadas neste serviço consistiam em crianças pobres provenientes das camadas mais desfavorecidas da sociedade. Tanto que a maioria era registrada como “indigente” por não ter uma família que pudesse custear sua permanência na instituição. Na maior parte das vezes a demanda era realizada pelo chefe de polícia e outras vezes por algum familiar da criança. As crianças ali internadas eram provenientes de todos os Estados do Brasil já que o Pavilhão naquela ocasião era a única instituição do gênero. Ao analisar os diagnósticos realizados através de uma pesquisa nos prontuários da época, Silva (2009) constata que em quatro décadas os diagnósticos variavam em torno de quinze categorias, sendo os diagnósticos de idiotia, paralisia, epilepsia, imbecilidade e degenerescência os mais recorrentes. O diagnóstico mais frequente era, com vantagem, o de idiotia. Sua importância para a história da psiquiatria infantil precisa ser ressaltada, pois foi com a afirmação da possibilidade de um tratamento/educação das crianças idiotas que se asseverou a distinção entre o cuidado destas e o tratamento dispensado aos adultos, possuidores de diagnósticos diferenciados (Silva, 2009, p.20). Entretanto, apesar da reivindicação de um tratamento diferenciado para as crianças, o que imperava era uma mentalidade carcerária.

Em 1908, encontravam-se internadas no Hospício Nacional 58 crianças (média existente até 1920) sendo 32 meninos e 26 meninas, tendo falecido oito (fato que não mereceu qualquer comentário nos relatórios). Existiam como funcionários no Pavilhão Bourneville uma inspetora, dois guardas de 1ª classe e dez guardas de 2ª classe, número que não sofreu alteração nos anos posteriores, mas que pode parecer como um resquício de uma mentalidade carcerária, embora trouxesse a idéia moderna de que o cuidado à criança deveria ficar à cargo de mulheres, visto propiciar o estabelecimento de uma relação mais carinhosa entre eles e não somente o exercício da vigilância” (Müller, 2000, p.89).

No Brasil a principal referência na assistência à criança se baseava nos pressupostos de Bourneville. Ele era médico interno em Bicêtre e na Salpêtrière quando foi nomeado médico do serviço médico infantil em Bicêtre. Como deputado no período de 1883-1889 conseguiu a aprovação para a criação de um serviço especial para crianças anormais, e em 1909 regulamentar a implantação das classes especiais em Paris. Quando atuava em Bicêtre, afirma que as crianças eram atendidas juntamente com os adultos recebendo os mesmos tipos de tratamento. Ele defendia a necessidade da separação das crianças em alas especiais para que pudessem receber um tratamento adequado às suas

especificidades. Seu método de tratamento consistia em uma educação médico-pedagógica partindo dos exercícios mais simples para os mais complexos através do uso de aparelhos especiais e objetos diversos. O objetivo era que as aprendizagens de hábitos cotidianos pudessem promover algum grau de independência nas atividades da vida cotidiana. O tratamento consistia em atividades que visavam o treino da fala, da leitura e do desenho, sendo estas aplicadas conforme o grau de comprometimento da criança. Para tanto, seu programa de atendimento foi organizado em função de um sistema classificatório das patologias infantis divididas conforme o sexo e o transtorno da criança: 1) Crianças idiotas, cretinos, epiléticos ou não, mas inválidas 2) Crianças idiotas, cretinos ou não, mas válidas 3) Crianças apropriadas, válidas imbecis, retardadas, instáveis, perversos, epiléticas e histéricas ou não (Bourneville, 1900 apud Müller, 2000). Segundo a autora, essa forma de organização das crianças garantia o processo disciplinar em que a criança era todo o tempo vigiada e controlada numa junção entre o regime de educação, organização do espaço serial e o regime hospitalar classificatório tendo em vista a composição de um quadro geral e perfeitamente visível e sistematizado de uniformidades que correspondiam a um projeto “normalizador” da medicina. Basicamente, sua teoria consistia numa reprodução do método de Jean Itard que, inspirado nas teorias de Condillac, assumiu a tarefa de educar Victor, o selvagem de Aveyron. Como assinala Fernandes Figueira, pediatra do pavilhão Bourneville do Hospício Nacional dos Alienados:

O sistema pedagógico, que Bourneville propagou modificando-o de modo favorável, começa corrigindo de muito baixo as regressões à animalidade, e gradativamente eleva o educando fazendo-o ascender à escola primária e, ainda se possível, a alguma coisa no ensino secundário (Figueira, 1910 apud Silva 2009).

Dito de outro modo, o método de Bourneville tinha como objetivo ajustar a criança às normas sociais através da modificação de suas condutas efetuada graças a atividades ocupacionais. Para tanto, as meninas recebiam aulas de costura e os meninos recebiam o ensino de ofícios, pensados como recursos de moralização terapêutica (Müller, 2000; Silva, 2009).

Em São Paulo, foi somente em 1929 que foi criada uma seção para menores anormais criada por Franco da Rocha e anexa ao Hospital Juqueri que dispunha de uma escola associada. Esse serviço foi estruturado graças à transformação do 5º pavilhão

masculino em pavilhão asilo e a construção de um pavilhão escola. Enquanto o pavilhão asilo contava com uma capacidade para 30 crianças, o pavilhão escola contava com uma capacidade para 50 crianças (Assumpção Junior, 1995). Os pacientes atendidos eram divididos segundo suas patologias.

o dos ineducáveis, idiotas e imbecis profundos, epiléticos em estado demencial, perversos post-encefalíticos, e o dos educáveis, isto é, daqueles cuja deficiência mental não é muito pronunciada e cujas desordens dos sentimentos éticos permitem a convivência com outros companheiros sem mais inconveniente (Silva, 1945 apud Assumpção Junior, 1995).

Nesse contexto, a educação visava principalmente a disciplina interna uma vez que o pavilhão recebia débeis mentais, anômalos de caráter, anômalos morais, por indiferença ou insuficiência moral, anômalos post-encefalíticos e epiléticos julgados educáveis (Silva, 1945 apud Assumpção Junior, 1995).

Nesse contexto, destaca-se o trabalho de Ulysses Pernambucano que além de produzir vários trabalhos sobre crianças deficientes mentais, publicou em 1918 o primeiro trabalho sobre deficiência mental do Brasil intitulado “Classificação das Crianças Anormais: a parada do desenvolvimento intelectual e suas formas. A instabilidade e a astenia mental” em que defendia a necessidade do tratamento médico-pedagógico das crianças anormais. Em 1925 Ulysses Pernambucano estendeu a assistências aos doentes mentais às crianças criando o Instituto de Psicologia em Pernambuco de onde saíram numerosas pesquisas sobre os testes de inteligência. Quatro anos depois, um grupo de três educadores vêm da Europa para a recém-inaugurada Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte: Theodore Simon, Artur Perrelet e Leon Walter, pouco depois substituída pela russa Helena Antipoff que funda o laboratório de psicologia da Escola de Aperfeiçoamento pedagógico onde realizava pesquisas sobre os testes de inteligência e desenvolvimento mental das crianças, criando, posteriormente, a sociedade e o instituto Pestalozzi voltados para as pesquisas com crianças consideradas deficientes mentais (Assumpção Junior, 1995; Ribeiro, 2006).

Nesse contexto, se num primeiro momento os trabalhos voltavam-se para o tema da deficiência mental ou da oligofrenia, num segundo momento vemos surgir os trabalhos buscando auxiliar a vida psíquica da criança através da análise dos distúrbios de conduta

graças ao surgimento do movimento de higiene mental que, com o auxílio da psicomетria e do juizado de menores, transformaram o século XX no século da criança.

Trata-se de um período marcado pela produção de obras que vinculando o conceito de eugenia à higiene mental buscavam realizar uma profilaxia do social através do controle da sexualidade e da vigilância sobre a criança aliados a pressupostos como o proposto por Sancte de Santis em 1906 no conceito de demência infantil baseado na conceitualização de demência precoce de Kraepelin e que posteriormente foi caracterizado por Heller como um quadro regressivo de uma criança normal que pode chegar à completa deteriorização (Assumpção Junior, 1995). Assim, transformando os problemas sociais e culturais em problemas psiquiátricos de origem biológica, os psiquiatras encontraram a justificativa fundamental para a intervenção médico-psiquiátrica em todos os níveis da sociedade. Contexto em que a doença mental, a situação dos imigrantes recém-chegados ao Brasil e a constituição étnica do povo brasileiro passaram a ser pensados a partir dos pressupostos da psiquiatria organicista alemã em que “o biologismo não se limitava mais a explicar o funcionamento psíquico e cultural da sociedade. Ele deveria poder determinar o modo concreto de organização e funcionamento de todas as instituições sociais, desde a família até o Estado” (Costa, 2006, p.36) sendo esse o cenário que deu origem à Liga Brasileira de Higiene Mental que, através do biologismo eugênico tinha por finalidade a legitimação dos preconceitos sociais travestidos de premissas científicas. Contexto em que se estabeleceram as regras disciplinares para os alunos das escolas normais e a criação de escolas médico-pedagógicas para as “outras” crianças, a saber, idiotas, imbecis, débeis, ou simplesmente, anormais selecionadas e recrutadas graças à aplicação das escalas métricas e dos testes de inteligência. Nesse âmbito, estabelecem-se os vínculos entre as doenças e as raças impulsionando as práticas eugênicas através do conceito de degenerescência. Assim, em 1927 foi aprovado em Minas Gerais o “Regulamento da Assistência e Proteção a menores abandonados e delinquentes” através do qual consideram-se anormais todas as crianças que por razão qualquer se acham em condições de inferioridade e não podem adaptar-se ao meio social em que se destinam viver. Contexto em que serão assistidas e sujeitas a tratamento especial os anormais por déficit físico, os anormais por déficit sensorial, os anormais por déficit intelectual e os anormais por déficit nas faculdades afetivas (Assumpção Junior, 1995).

Segundo o autor, a assistência à criança era exercida através dos pavilhões anexos aos hospícios, dos abrigos de menores, dos institutos disciplinares e das escolas médico-pedagógicas. O atendimento era marcado por profundas influências da visão decorrente da medicina legal e da higiene mental centrando-se, fundamentalmente, sobre o menor delinquente ou oligofrênico num contexto eminentemente médico vinculado aos esquemas de degeneração e de constituição visualizados através dos defeitos morais que se apresentavam sob 3 formas: Anomalias intelectuais propriamente ditas; Anomalias de caráter; Anomalias morais. As anomalias de caráter abrangiam várias formas: 1. Instabilidade psico-motora. 2. Astenia infantil. 3. Hiper-emoatividade. 4. Deprimidos, periódicos e paranoicos. Ainda na classificação genética dos defeitos morais, frequentemente duas classificações eram confundidas: a dos perversos ou viciosos com a dos pervertidos ou viciados.

Essas classificações e diagnósticos determinavam a abordagem terapêutica, a saber, o tratamento médico-pedagógico. Como terapêutica eram utilizados os banhos de imersão contínua e as duchas, os medicamentos passíveis de serem utilizados como os brometos (em casos de epilepsia), os opiáceos sob a forma de tintura ou láudamo. Além destes, a morfina era utilizada em casos de violenta excitação, podendo ser substituída por codeína em casos menos intensos. A tintura de valeriana era indicada para casos de neuropatias e histerias. Temos ainda o cloral, dormiol, veronal, hioscina e o paraldeído que também eram utilizados em crianças. Além destes, já haviam algumas substâncias hipnóticas que tinham sido sintetizadas pelo laboratório Roche e que também eram prescritas: o Luminol, Adelina, Nictol, Carbromil, Alonal, Dial, Medinal, Pantopon, Narcophina, Eukodal, Cibalgina, Comitiol, todos com utilização predominantemente sedativa e com dificuldades de utilização com a criança (Pacheco e Silva, 1930 apud Assumpção Junior, 1995).

Nesse contexto, ao tentar compreender os motivos que levaram ao internamento, o diagnóstico e o tratamento médico-pedagógico Müller (2000) faz um interessante levantamento a partir da análise das fichas de matrícula das crianças internadas no Pavilhão Bourneville anexo ao Hospício Nacional dos Alienados no período de 1903 à 1920. Segundo a autora, de acordo com o regulamento da Assistência à Alienados, a admissão da criança no asilo somente se daria mediante uma guia de admissão e um laudo

do exame médico-legal emitido por um perito da polícia. Em seu levantamento, as fichas estavam acompanhadas de uma guia de admissão contendo o exame de alienação. E,

O diagnóstico, estabelecido pelo médico perito da polícia que emitia a guia para a internação, em sua maioria era de epilepsia e imbecilidade. Nesta ficha, constava que a delegacia deveria ser informada em caso de alta ou saída da criança. O que vem demonstrar a noção vigente de correlação entre anormalidade e periculosidade, evidenciando que os principais critérios para a internação eram policial, o risco à moral e à segurança pública (Müller, 2000, p.89).

A autora observa ainda que tanto nos registros de matrícula quanto nos relatórios “nada” consta sobre os progressos do tratamento, desempenho e comportamento das crianças “tratadas” no pavilhão. O que revela a função social destes estabelecimentos: classificar e hierarquizar os ditos comportamentos “anormais” a partir da medicina.

Como sabemos, o saber psiquiátrico se constituiu a partir da observação exercida nos hospícios. Do mesmo modo que a pedagogia se formou a partir das próprias adaptações da criança às tarefas escolares, adaptações observadas e extraídas de seu comportamento para se tornarem em seguida leis de funcionamento institucional a partir do exercício de poder sobre a criança (Foucault, 1996, p. 122). Assim, a realidade do que se chamava de tratamento médico-pedagógico consistia na premissa de que o tratamento seria o resultado da organização do espaço e a consequente localização do indivíduo no seu interior (Müller, 2000). Desta forma, o pavilhão exerceu sua função de uniformizar os excluídos e marcar as exclusões. Através de estratégias punitivas eliminou a possibilidade de convívio social e segregou na instituição as crianças que não se sujeitaram às normas sociais e ao processo disciplinar. O entendimento era que a internação (entendida como atendimento institucional) que visava o isolamento e à educação deveria ocorrer para que as crianças anormais se tornassem úteis à sociedade. E nesse sentido, não é de se espantar, como ressaltou Eiras (1901), pediatra do pavilhão, que o médico podia indicar quais crianças deveriam ser abandonadas caso não apresentassem melhoras (Müller, 2000).

Nesse contexto, devido ao alto número de crianças encaminhadas ao Hospício, Juliano Moreira enviou um ofício para o Ministro da Justiça solicitando a criação de instituições especializadas para o tratamento das crianças anormais. Como vimos, essas instituições foram criadas, mas o que observamos na prática é que as crianças mais graves continuaram sendo internadas nos hospícios na medida em que a anormalidade era vista

como perturbadora da ordem social, um risco à moral e à segurança pública, contexto em que, mantê-la internada, garantia a ordem social.

Por isso, previu-se um método médico-pedagógico porque estaria sob o comando do médico e seria realizado dentro de uma instituição hospitalar, com um enfoque educativo. A internação era parte do tratamento, e tinha como objetivo a correção, o ajustamento social e a adequação às normas sociais e onde também a criança poderia melhorar “espontaneamente”, evitando futuros prejuízos econômicos e sociais ao Estado (Müller, 2000, p.92).

Desta forma, foi através do hospício que se conseguiu estabelecer uma perfeita relação entre polícia e medicina, correspondendo a um modelo sócio disciplinar apoiado sobre a lógica da vigilância e da correção.

4.2 O Surgimento da LBHM e as Propostas de Profilaxia Social através do Eugenismo

A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada no Rio de Janeiro em 1923 pelo médico Gustavo Riedel, que com a colaboração de outros psiquiatras que faziam parte da elite psiquiátrica brasileira, tinha como objetivo realizar uma reforma da assistência psiquiátrica brasileira através da prevenção, da eugenia e da educação dos indivíduos. Antes da Liga, ele era diretor da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, onde já havia criado um ambulatório de profilaxia mental anexo à Colônia, assim como organizou, pouco tempo depois, um serviço aberto para psicopatas, um laboratório de psicologia e uma escola de enfermagem onde eram formados os monitores de higiene mental, além do primeiro instituto de profilaxia mental da América do Sul. Seu objetivo era tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica, de modo que a ação terapêutica deveria se exercer antes do aparecimento dos sinais clínicos patogênicos dando lugar a projetos de intervenção no âmbito escolar, profissional e social (Costa, 2006).

Desde sua fundação, a LBHM assumiu como função o combate das causas das doenças mentais e nervosas, a assistência aos doentes mentais e o combate ao alcoolismo, considerado como estando na base da disseminação das doenças mentais, das doenças venéreas e do crime. Para tanto, a Liga contava com o apoio de juristas, educadores,

jornalistas e médicos. As ações comportavam ainda a instalação de um laboratório de psicologia aplicada voltado para a seleção e orientação profissionais, destinado à seleção dos mais aptos e adaptáveis às exigências do capitalismo e do universo da produção (Oliveira, 2011). Para tanto, a LBHM justificava sua nova prática apoiada na noção de eugenia. “Para os psiquiatras, a mudança imposta aos programas de higiene mental era uma decorrência natural dos progressos teóricos da eugenia. Era esta noção, portanto, que caucionava, *cientificamente*, a invasão do campo social pela higiene mental” (Costa, 2006, p.41) transformando a eugenia no principal objetivo das ações da Liga. Entretanto, é preciso notar que a origem das ideias eugênicas não é proveniente da psiquiatria. Elas foram introduzidas primeiramente pelos historiadores, sociólogos, antropólogos e outros intelectuais que foram os primeiros a difundir na cultura brasileira o ideal da eugenia proveniente dos meios intelectuais europeus do começo do século XX.

4.3 As Origens da Eugenia

Quando em “A Origem das Espécies” (1859) Darwin propôs a seleção natural como o processo de sobrevivência a governar a maioria dos seres vivos, importantes pesquisadores passaram a difundir suas ideias baseados num novo conceito: o darwinismo social. Trata-se de um conceito que deu origem a uma nova ideologia de melhoria da raça humana através dos dispositivos científicos (Guerra, 2006). Foi nesse contexto que o fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911) criou o termo “eugenia” para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades sociais de uma população tanto física quanto mentalmente (Costa, 2006). Assim, com o propósito de aplicar os pressupostos da teoria da seleção natural ao ser humano, Galton, primo de Darwin, em 1883, a partir da união de duas expressões gregas, cunhou o termo “eugenia” ou “bem nascido” (Del Cont, 2008). Nesse contexto, os primeiros passos para o estabelecimento de uma ciência eugênica se constituíram como um conjunto de práticas que através da biologia e da estatística poderiam indicar a prevalência de certas características num dado conjunto populacional. Para Galton, a transmissão de certos caracteres não se limitava apenas aos aspectos físicos, mas a habilidades e talentos intelectuais. Nesse sentido, ele visava rastrear os comportamentos considerados degenerados tais como a vadiagem, o alcoolismo, a prostituição, a demência e outras

doenças a fim de evitar sua reprodução. Assim, foi no Congresso Demográfico de 1894 que Francis Galton chamou a atenção para o que ele considerava a decadência social inglesa, o que revelava, em sua opinião, que em pouco tempo as classes menos dotadas suplantariam, em fertilidade (isto é, produziriam mais indivíduos), as classes mais bem dotadas. Fato este que demandava não apenas aos intelectuais, mas ao Estado, a introdução de uma série de medidas eugênicas para melhorar os membros da sociedade (Del Cont, 2008).

De acordo com o autor, Galton era tão obcecado por medidas que chegou ao ponto de tentar medir a eficácia da oração. Assim, depois de uma forte crise nervosa ele encontrou consolo e orientação ao ler a obra de seu primo Charles Darwin, determinante para a mudança de seus estudos em direção à aplicação da teoria da seleção natural no estudo dos traços físicos, comportamentais e habilidades do ser humano. Deste modo, ao negar a influência da educação e da instrução no desenvolvimento das habilidades, que para ele estariam determinadas desde o nascimento, ele procurou sustentar a premissa de que se não houvesse um controle da qualidade reprodutiva dos indivíduos na sociedade, a mesma seria invadida por indivíduos degenerados. O que significava, em termos estatísticos, que os melhores membros da sociedade seriam suplantados reprodutivamente pelos indivíduos menos qualificados, ampliando, consequentemente, a criminalidade, a prostituição, a delinquência, a insanidade e todo o tipo de distúrbio social (Del Cont, 2008). Entretanto, para Galton a melhora das condições sociais não seria o resultado de uma melhoria das condições ambientais, como condições sociais, higiênicas, educacionais e econômicas, mas antes, devido à melhoria das condições higiênicas que, ao melhorar a frequência das boas qualidades impediria a proliferação dos indivíduos degenerados, sendo o controle reprodutivo a tentativa cabal de aplicar a teoria da seleção natural à população humana (Del Cont, 2008).

Sendo assim, os pressupostos de Galton se disseminaram em vários países e ficaram conhecidos como “eugenia positiva” realizada através da seleção dos matrimônios. Nos EUA, entretanto, elas foram modificadas em direção à eugenia negativa visando a eliminação dos “incapazes”, degenerados, enfermos e pobres por meio da interdição entre casamentos, esterilização compulsória, eutanásia e em última análise, o extermínio. De acordo com Guerra (2011) os EUA estavam prontos para a eugenia antes que ela estivesse pronta para os EUA como uma tentativa de frear a imigração crescente

iniciada no final do século XIX. Deste modo, os imigrantes se tornaram alvos-fáceis para os defensores dessa “nova ciência” que buscava depositar sobre estes as causas dos males sociais. Nesse contexto, ganharam força as doutrinas de supremacia racial e pureza das raças que serviram como verniz científico para o ódio racial e social (Guerra, 2011).

Segundo a autora, o líder do movimento eugenista nos EUA foi Charles Davenport que dirigia o laboratório de biologia do Brooklin Institute of Arts and Science, em Long Island instalado em Cold Spring Harbor. Em 1903 ele obteve do Carnegie Institution o estabelecimento de uma Estação Biológica Experimental no local para realizar experimentos através da eugenia, buscando assim, realizar, através da legislação, a prevenção obrigatória das linhagens indesejáveis concluindo que o melhor método seria a esterilização. Assim, o estado de Indiana foi a primeira jurisdição do mundo a introduzir a lei da esterilização coercitiva, logo em seguida utilizada em outros estados dos EUA. Entretanto, é preciso salientar, que desde esse período o uso das câmaras de gás já havia sido pensado como uma estratégia que, no futuro, deveria ser adotada para realizar a eliminação dos indignos (Guerra, 2011). Assim,

No primeiro Congresso Internacional de Eugenia, em 1912, líderes de delegações dos EUA e países europeus formaram o Comitê Internacional Eugenia, que, posteriormente, deu origem à Federação Internacional de Organizações Eugenistas, cuja agenda política e científica era dominada pelos EUA, para onde eugenistas estrangeiros viajavam para períodos de treinamento em Cold Spring Harbor (Guerra, 2011, p.05)

Nesse contexto, foi a eugenia norte americana que inspirou os nacionalistas alemães, dentre os quais Hitler. Este, não apenas colocou em prática as doutrinas eugenistas de identificação, segregação, esterilização, eutanásia e extermínio em massa dos indesejáveis, encarnados nos judeus, mas de outros grupos étnicos como os deficientes e os doentes mentais que começaram a ser eliminados no início da II Guerra Mundial nas câmaras de gás. Entretanto, as pretensões do projeto eugênico alemão não pararam por aí. Médicos nazistas realizaram inúmeros experimentos em prisioneiros nos campos de concentração e em Auschwitz o médico Josef Mengele dedicou-se ao estudo e à experimentação com crianças gêmeas para investigar o desenvolvimento das características normais e patológica em um grupo de 1.500 crianças submetidas as suas experiências. Destas, apenas 200 sobreviveram (Idem, 2011).

Conforme a autora, a revelação das atrocidades nazistas durante um tempo descreditou a eugenia “científica” e fez com que o termo desaparecesse abruptamente do uso. Contudo, o projeto eugênico não desapareceu sendo colocado em prática atualmente não apenas através da genética - o laboratório de Cold Spring Harbor é dirigido pelo geneticista James Watson, descobridor da estrutura da dupla hélice do DNA e que propaga publicamente ideias eugenistas - mas da tentativa de extermínio dos comportamentos ditos “desviantes” colocados, mais uma vez, como estando na origem das mazelas sociais, como vimos nas propostas colocadas em prática pela Liga Brasileira de Higiene mental e nos dias atuais através de instrumentos como o DSM que procura transformar as problemáticas sociais, assistenciais, econômicas e educativas em problemas médicos e propor, para eles, o tratamento adequado.

4.4 As propostas Psiquiátricas Brasileiras e a Eugenia no Campo da Infância Inadaptada

No Brasil a oferta psiquiátrica passará a conjugar não apenas o controle estrito da herança genética em defesa de uma profilaxia social sustentada na eugenia, mas, através da tentativa de apagamento da condição perversa polimorfa da criança e dos operadores fundamentais de sua constituição como a agressividade e a oposição, interpretadas no projeto eugênico como sinais clínicos de uma delinquência anunciada.

Foi nesse contexto que se criou no Brasil o Código de Menores, aprovado em 1927 após intensos debates colocando sob tutela do Estado através da inspetoria de higiene infantil e do laboratório de biologia infantil que se encarregavam da tarefa de definir o conteúdo psíquico e social das irregularidades que transformaram a criança proveniente das classes mais desfavorecidas ora em “menor carente”, ora em “menor infrator”. Sendo através do Juizado de Menores que se produzia a suspensão do pátrio poder e as ações dirigidas aos menores abandonados, delinquentes, pervertidos, ou que estivessem em via de se tornar (Bentes, 1999).

Segundo a autora, foi no final da década de 1930 que se intensificaram as ações do Laboratório de Biologia Infantil. Nessa conjuntura, os exames físico, mental e social realizados tinham como função investigar as causas que conduzem a criança ao vício e

ao crime apurando não somente a influência do meio, como o papel das taras hereditárias. Por isso, os diagnósticos psiquiátricos passam a incluir um número crescente de termos psiquiátricos devido ao prestígio exercido pela psiquiatria através da Liga Brasileira de Higiene Mental. De um lado, o direito de correção outrora reservado ao poder paterno é transferido para o aparelho judiciário e de outro, para os especialistas, encarregados de realizar uma criminalização não apenas dos pais, mas da própria criança. Nesse cenário, o controle sobre a criança se dará a partir de uma vigilância sem precedentes, que transformará a família numa instituição vigiada, assistida e protegida pelos dispositivos do Estado num contexto em que a escola passará a cumprir, a partir da instrução obrigatória e gratuita, uma importante função no inquérito social de forma a garantir que a não obediência familiar ao dispositivo de assistência seja imediatamente denunciada e encaminhada à esfera judiciária (Donzelot, 1986).

Assim, se num primeiro momento a psiquiatria é convocada a completar o inquérito social, num segundo momento a decisão acerca da medida a ser tomada em relação à criança ou ao adolescente será delegada à instância médico-psiquiátrica.

Para tanto, sob influência da Liga Brasileira de Higiene Mental foi criada em 1932 a Clínica de Eufrenia destinada a prevenir as doenças nervosas na infância e a corrigir as reações anormais. Em 1934 essa clínica passará a funcionar no Engenho de Dentro até seu fechamento em 1939. Na década de 40 ocorre a criação do Hospital Infantil no Engenho de Dentro devido à transferência de crianças do Pavilhão Bourneville em 1942, quando será inaugurado o Hospital Escola de Neuropsiquiatria do Engenho de Dentro em 10 de outubro de 1942. Este, era composto por uma enfermaria para encefalopatas e oligofrênicos profundos diagnosticados a partir das teorias da degenerescência que impregnavam a psiquiatria da época. Uma enfermaria masculina e uma feminina voltadas para pacientes portadores de várias condições psiquiátricas, além de desviantes sociais encaminhados através da escola e de órgãos de assistência ao Menor. A maior parte dessas crianças se tornaram pacientes crônicos tendo sido encaminhadas aos hospitais psiquiátricos para adultos (Bentes, 1999).

Em 1957 o Hospital-Escola passa a ocupar um espaço próprio recebendo o nome de Escola Basílio de Magalhães que na década de 60 criou uma seção específica para adolescentes separada do restante de todo hospital. Entretanto, em 1963 o Hospital volta a ocupar um espaço hospitalar aumentando as resistências, por parte das crianças, em

frequentar esse “tipo” de escola. A “escola” então passa a fazer parte do Setor de Terapia Ocupacional e a este conjunto se dá o nome de Seção de Psicopedagogia Terapêutica. Em 1967 é criado o pavilhão para adolescentes com 40 leitos para o sexo masculino e 40 para o feminino. Este pavilhão era destinado aos casos agudos. Os casos crônicos eram encaminhados para a Colônia Juliano Moreira. Sendo também em 1967 que foi criada, pelo Decreto de Lei n 60.252 de 21 de fevereiro de 1967, a Campanha Nacional de Saúde Mental que regulamentava a internação e o atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes (Bentes, 1999).

As décadas de 50 e 60 se caracterizaram pelo advento dos neurolépticos que conduziram a importantes modificações no atendimento às patologias de natureza psicótica. Por outro lado, o acesso às drogas “autorizadas” passou a ser utilizado como uma forma de controle ainda mais irrestrito do sujeito. O que produziu um aumento significativo do arsenal terapêutico e das medicações socializantes, sobretudo, sobre os adolescentes diagnosticados com “distúrbios de Conduta” (Idem, 1999).

Não obstante, na década de 1970 o hospital se depara com uma nova adversidade: o fechamento do Pavilhão Adib Jabour na Colônia Juliano Moreira que produziu uma transferência “em massa” de adolescentes para o Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil. Tratava-se não apenas de adolescentes, mas de adolescentes e crianças que haviam sido transferidas da FUNABEM para a Colônia Juliano Moreira. Em sua grande maioria, esses adolescentes provenientes da FUNABEM recebiam o diagnóstico de distúrbio de conduta: diagnóstico herdado de um passado repleto de programas higienistas de prevenção e detecção precoce de psicopatologias aplicados nas escolas municipais situadas na área do hospital (Idem, 1999).

Na década de 1990 se tornam frequentes os encaminhamentos da criança para avaliação dos problemas de aprendizagem acompanhados de novidades no campo da psicofarmacologia, da neurologia e da psiquiatria. Nesse período, vemos um investimento crescente no estudo dos aspectos biológicos das enfermidades psiquiátricas, o que provocou o afastamento da psiquiatria de outras áreas da medicina conduzindo a tragédias como a internação de um adolescente com tumor cerebral internado equivocadamente como apresentando uma desordem psiquiátrica. Assim, o Mandado Judicial se tornou um dos motivos mais recorrentes para o internamento de adolescentes na instituição. Contexto em que os encaminhamentos realizados pelo Juizado da Infância e da Juventude

passam a compor uma parcela bem expressiva de pacientes (crianças e adolescentes abandonados ou infratores) encaminhados para internação que a partir de então passam a se misturar e um enorme contingente de crianças que cresceram dentro desse Hospital Psiquiátrico. Encaminhamentos que demonstram que o dispositivo médico-judiciário se tornou a modalidade oficial de intermediação entre o sujeito e a sociedade. Ora em tratamento psiquiátrico, ora cumprindo medida sócio-educativa, sua maioria apenas muda o leque de opções a ele oferecidos pela sociedade, que agora passa a incluir a prisão (Bentes, 1999). Como no relato da autora:

Otávio, dentro do hospital-prisão em que se transforma a seus olhos a unidade psiquiátrica onde está internado, oscila entre o comportamento “delinquente”, quando se une a outros jovens “infratores” na formação de uma “gangue”, e um comportamento de menino assustado, reconstruindo a cada momento a sua tragédia e ligando-se à estagiária que participava da equipe de atendimento de forma muito intensa. A ela irá revelar seus anseios e mágoas, expor seu desamparo e perplexidade. Por vezes encenará também uma caricatura de “louco furioso”, golpeando o ar com os punhos cerrados e lançando olhares ameaçadores: tal recurso é utilizado quando os outros fracassam, e não raro é seguido de uma sonolência profunda, mesmo quando não está, há dias, em uso de qualquer medicamento (Bentes, 1999, p.85)

Assim, diante das reações agressivas e oposições dos pacientes a equipe responde com técnicas de suplício: contenção no leito, aumento da medicação e advertências no prontuário quanto à “periculosidade” do paciente transformando sua tragédia familiar em segregação social.

O suplício penal não corresponde a qualquer punição corporal: é uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune: não é exatamente a exasperação de uma justiça que, esquecendo seus princípios, perdesse todo o controle. Nos “excessos” dos suplícios, se investe toda a economia do poder (Foucault, 2010, p.32).

Excessos sofridos por um corpo de menino “encharcado” de medicamentos injetáveis e ferido por outros adolescentes na instituição. Excessos cometidos pelas instituições médico-jurídicas que desrespeitando os direitos básicos dessa criança assumem a posição de carrascos que interpretam a “agressividade” como “falta de limites” destas que não se deixaram dominar pelos mais perversos instrumentos sociais de estigmatização, vigilância, controle e opressão impostos através das internações psiquiátricas e dos tratamentos impostos. Trata-se na expressão de Bentes (1999) “dos

invencíveis pacientes”, meninos e meninas provenientes das camadas mais desfavorecidas da sociedade que, diagnosticadas com “transtorno de conduta” ou “Transtornos de comportamento”, desafiam e colocam em xeque os dispositivos médico-psiquiátricos. Como podemos observar na gênese dos encaminhamentos do caso a seguir por nós atendido no serviço da clínica-escola anteriormente referido:

- 1) Trata-se de uma família de cinco filhos, quatro adolescentes e uma criança de 6 anos que migraram de um Estado para outro em busca de melhores condições de vida. Na cidade de origem, viviam na favela sob condições de completa vulnerabilidade social e sem condições mínimas de habitação, alimentação, trabalho e escola;
- 2) Na nova cidade, uma vizinha percebe que a menina de 6 anos possuía atrasos na linguagem e sugere que a mãe procure a APAE para que a criança possa receber atendimento fonoaudiológico. Trata-se de um atraso produzido pela desorganização familiar em que esta criança vivia;
- 3) A criança é encaminhada para a APAE e a instituição, ao perceber a pobreza em que a família vivia, sugere a frequência diária à instituição, na medida em que lá poderia ser alimentada e assistida;
- 4) Devido ao histórico sócio familiar, a criança resiste a se adaptar às regras institucionais, fugindo da sala de aula para ir brincar no parque ao lado de sua sala;
- 5) A professora proíbe sua saída da sala de aula e a criança ameaça pular da janela, sendo encaminhada ao neuropediatra da instituição sob alegação de “risco de suicídio”. O neuropediatra diagnostica um quadro de deficiência mental indicando o uso diário de Ritalina, Risperidona e Tofranil;
- 6) A mãe administra a medicação e percebe que não reconhece mais sua filha, interrompendo imediatamente o uso do fármaco. Ao descobrir que a criança não está mais sendo medicada, a APAE denuncia a família ao Conselho Tutelar que, por sua vez, ameaça a denúncia à Promotoria Pública;
- 7) Os pais são chamados pela promotora que ameaça retirar a guarda da criança, caso os pais não lhe administrem a medicação;

- 8) Neste momento, a família procura o “Serviço Infantil” realizado na ocasião na Clínica Escola de Psicologia da FURB. Após um processo de avaliação, percebemos o equívoco na condução do caso e propomos uma reunião com a equipe da APAE e com o Neuropediatra;
- 9) A equipe da APAE se mostra aberta ao diálogo, mas, o neuropediatra se nega à discussão do caso, alegando que “A medicação é um ATO MÉDICO”, assunto exclusivo do médico, não passível de ser discutido com outros profissionais;
- 10) Insistimos que a família poderia perder a guarda da criança e que não se tratava de medicar a criança, mas, de um problema sócio familiar que envolvia um contexto muito complexo;
- 11) O neuropediatra se nega a discutir o caso, o que introduziu a necessidade de produzirmos um documento refutando o diagnóstico psiquiátrico realizado.
- 12) O conselho tutelar acolhe nossa posição e encaminha a criança a outro neuropediatra que, diante da criança e de sua família aponta o seguinte: “Quem deveria estar tomando esta medicação é quem receitou. Essa criança não possui nenhum tipo de transtorno”. O que produz imediatamente na criança a seguinte fala: “Obrigada doutor, quero lhe dizer que tenho família, sou gaúcha e gosto de chimarrão bem quente”.

A partir da gênese do caso clínico exposto, percebemos o equívoco na condução realizada pela instituição envolvida e pelo neuropediatra, na medida em que excluía não somente a história da criança, mas, o contexto social e familiar em que ela e sua família viviam. A partir deste caso, compreendemos que a prescrição da medicação opera não apenas como um dispositivo normalizador da criança em relação às exigências escolares e sociais, mas como mecanismo de vigilância e controle da família por parte do Estado, sobretudo, em famílias em situação de extrema vulnerabilidade social.

Desta forma, na medida em que a criança é colocada como objeto de um discurso médico especializado, sua educação passa a ser pensada como um assunto de "especialistas", que exclui, inevitavelmente, os não especialistas no assunto, nesse caso, os pais.

V A AGRESSIVIDADE EM PSICANÁLISE

Em Psicanálise, a agressividade, tanto em Freud quanto em Lacan, é constitutiva da subjetividade, na medida em que está na base da constituição do eu na relação com os objetos. Para Freud a agressividade está inscrita na ordem social, referindo-se a uma lei a que o humano se submete e faz com que ele articule proibição, hostilidade e ética. Dito de outro modo, para Freud, a hostilidade e o ódio expressam uma intenção agressiva por parte do eu que é dirigida ao outro que ameaça ou põe em perigo o prazer (Ferrari, 2006). A autora salienta que foi a repetição que mostrou a Freud que em nome do prazer a criança se aliena ao desejo do Outro, numa compulsão à repetição que se apresenta como uma tendência de restituir a impossível e ilusória homeostase.

Foi a partir dos textos “Formulação sobre a causalidade psíquica” (1946), “Agressividade em psicanálise” (1948) e “Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia” (1950) que Lacan buscou recuperar a noção de pulsão de morte, abandonada por alguns pós freudianos.

De acordo com Sousa (2001) a agressividade se inscreve no processo de constituição subjetiva na medida em que auxilia no universo identificatório do sujeito.

Basta escutar a fabulação e as brincadeiras das crianças, isoladas ou entre si, entre os dois e os cinco anos, para saber que arrancar a cabeça e furar a barriga são termos espontâneos de sua imaginação, que a experiência da boneca desmantelada só faz satisfazer (Lacan, 1948, p.108).

Imagens agressivas e de despedaçamento que persistem no inconsciente através dos sonhos e que podemos reencontrar nas obras de Hieronymus Bosch constituem privilegiadas fantasias inconscientes relativas à imago de despedaçamento e de constituição do eu.

Nesse sentido, a agressividade seria uma resistência do eu tentando marcar seus contornos identificatórios, ora quando se sente ameaçado, ora quando busca reconhecimento, e por isso, ela se constitui numa mensagem endereçado ao outro. Sendo a agressividade uma palavra aprisionada que espera o aval do outro para ser legitimada e assumir o formato discursivo, consiste em uma tentativa de diálogo fracassado (Sousa, 2001).

Sobre isto, Lacan aponta a impossibilidade de seriar as reações agressivas de modo quantitativo, na medida em que correspondem, em cada caso, a uma organização original das formas do eu e do objeto e representam uma etapa de identificação objetivante. Nesse contexto, a identificação edipiana consiste num necessário ultrapassamento da agressividade constitutiva da primeira individuação subjetiva, na medida em que ela instaura a distância necessária e apaziguadora para a relação do sujeito com o outro (Lacan, 1948). Entretanto, essa distância somente é possível através da função também apaziguadora realizada pelo ideal do eu, já que é ele que organiza a libido a partir dos referenciais da cultura, estando “ligado desde o alvorecer da história à imago do pai” (Lacan, 1948, p.119).

Dessa maneira, a relação com o outro é de antemão agressiva, ainda que sublimada. “Isso porque o sujeito, dividido pelo semelhante, se sente agredido e agressor, inclusive de si próprio. O supereu, nessa circunstância, nada mais é que a expressão da divisão do sujeito contra ele mesmo” (Ferrari, 2006, p.57).

A partir do Mal-Estar na Civilização (1930) podemos dizer que a agressividade é produzida pelo próprio processo civilizatório, na medida em que este, não apenas interdita as pulsões, mas, coloca o outro semelhante como constante fonte de mal-estar para o sujeito.

Nesse sentido, sendo a agressividade uma tentativa de separação/diferenciação do sujeito em sua relação com o outro, como podemos pensá-la em uma civilização em que o ideal individualista foi alçado a um tal grau de afirmação em que “os indivíduos se descobrem em uma condição em que pensam, sentem, fazem e amam exatamente as mesmas coisas, nas mesmas horas, em porções do espaço estritamente equivalentes?” (Lacan, 1950, p.146).

Sobre esta questão, Lacan (1950) nos diz que essa contradição ideológica reflete o mal-estar social. Entretanto, trata-se de uma contradição que atualmente busca sua solução numa formulação científica do problema através de uma concepção sanitária das problemáticas sociais: transformá-las em doença e instituir medidas de prevenção e proteção dos sujeitos. Nessa lógica, a agressividade é transformada em transtorno e os dispositivos higienistas, disciplinares e tutelares se encarregam da proteção do sujeito. O que constitui uma negação da agressividade e sua importância na constituição psíquica do sujeito e no processo civilizatório.

5.1 A Agressividade Negada

Após as considerações realizadas, cabe-nos indagar sobre o que acontece quando a agressividade tão necessária e constituinte, não apenas não é reconhecida pelo sujeito mas recusada no discurso social?

O grande paradoxo desta questão é que amor e ódio são apenas duas faces da mesmíssima moeda. Por isso, podemos afirmar que o amor pode ser muito mais agressivo que o ódio.

Winnicott (1939) em seu artigo “Agressão e suas Raízes” afirma que de todas as tendências humanas a agressividade é a que mais aparece disfarçada, escondida e desviada, sendo geralmente atribuída a agentes externos. Dito de outro modo, ao ser recalçada, a agressividade aparece para o sujeito a partir de seu substituto na consciência, nesse caso, o amor, não se tratando, portanto, de pensarmos em uma dicotomia amor/ódio, mas, em uma ambivalência radical constituinte e organizadora do sujeito relativa aos processos de alienação e separação.

De acordo com Benhaïm (2007) a ambivalência se revelará destruidora e mortífera, vital ou estruturante dependendo das condições de simbolização do sujeito e do laço social em questão.

Quando se trata da agressividade na criança, não podemos pensá-la fora do laço com seus pais ou outros significativos. O que nos conduz a pensar a agressividade, por um lado, da mãe e, por outro, da criança. Do lado da mãe, a agressividade se manifesta sob a forma de ambivalência, pois, na medida em que ser mãe consiste em associar os registros do sexual e do materno em relação à criança, a ambivalência materna se apresenta como uma necessidade estruturante, fundamental para introduzir uma distância vital entre a mãe e a criança em que a mãe não é toda para a criança e esta não é tudo para sua mãe (Kamers, 2014).

A separação é vital na medida em que, ao legitimar a perda de um amor, autoriza a possibilidade de inúmeros reencontros amorosos tanto para a mãe quanto para a criança. Entretanto, se não há separação, se não há perda e se “nada é simbolizado, vem à luz uma hiperidealização com o objetivo de contornar o ódio necessário como estruturante do amor: o ódio é o que poderia estruturar o amor materno como um amor que autoriza a

criança a viver” (Benhaïm, 2007, p.13). Dito de outro modo, a ambivalência, ao abrir espaço para a função paterna, portanto, para a castração, dá condições para o sujeito poder significar que podemos amar sem perigo, ou seja, sem ser devorado ou ter que devorar o outro na tentativa de realizar a fantasia amorosa: fazer UM com dois. Entretanto, para de dois fazer UM alguém precisa morrer, e em se tratando de uma pequena criança, a morte sempre está do seu lado. Ou seja, fazer de dois UM consiste em uma tentativa, frequentemente e, ainda bem, fracassada, de tentar fazer uma ortopedia do objeto amado a partir do ideal do amante. O que no caso dos pais corresponderia à tentativa de transformar a criança da realidade na criança maravilhosa, leia-se, ideal, presente na fantasia parental. Trata-se de um ideal constituído a partir dos restos, das perdas que não puderam ser significadas pelos próprios pais em seu percurso como filhos. Assim, no lugar da criança morta – ideal - emerge o sujeito.

Entretanto, quando os pais não resolvem a criança a matar, nesse caso, perder e fazer o luto da criança que eles não foram na fantasia, uma criança morre no real, ou seja, seu próprio filho (Benhaïm, 2007).

Por outro lado, apesar do peso mortífero do ideal parental, sabemos que as crianças, em geral, são especialistas na leitura do inconsciente de seus pais. Sobre isto, podemos dizer que quanto maior o ideal parental, maior a tentativa do filho de fazer “furo”, esburacar o ideal dos pais para se manter viva. Por isso, a agressividade se manifesta justamente nos momentos em que a criança fere realmente o narcisismo de seus pais, como por exemplo, quando é incapaz de manifestar agrado pelos presentes que lhe são oferecidos (Winnicott, 1939).

Por outro lado, o autor salienta que podemos compreender as atitudes opositivas das crianças como uma agressão dirigida a seus pais. E a agressividade é bem-sucedida quando a criança é levada a um passeio e

seu comportamento exasperador faz com que todos voltem para casa exaustos. Até a criança mais novinha consegue exaurir os pais. No começo ela os esgota sem saber; depois, ela espera que eles gostem que ela os esgote; finalmente, esgota-os de cansaço quando está furiosa com eles (Winnicott, 1939, p.95).

E o autor adverte: as crianças realmente só magoam aqueles que elas amam muito!

Para Winnicott (1939) quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam o amor a criança precisa fazer alguma coisa para salvar-se. E para isso, ela expressa sua agressividade na tentativa de provocar seu controle por uma autoridade externa. E quando punida, a criança se sente aliviada de seus sentimentos de culpa provenientes da agressividade necessária e implicada no processo edípico.

Nesse contexto, podemos dizer que é tarefa do adulto interditar e organizar a agressividade da criança, permitindo que a mesma possa se constituir como a mola propulsora do trabalho de separação e, paradoxalmente, da restituição de sua integridade psíquica.

A agressividade pode se manifestar de diversas maneiras na infância, pois, enquanto a criança ousada busca a obtenção de alívio para a sua clara manifestação agressiva, a criança tímida projeta essa agressividade em um objeto do mundo exterior, do qual ela pode sentir medo.

O fato é que as crianças ora manifestam sua agressividade, ora projetam a mesma no mundo exterior, ora manifestam a mesma através da repreensão de outra criança. Outras, podem ainda manter a agressividade dentro de si mesmas, tornando-se excessivamente controladas e sérias. Há ainda as crianças que manifestam sua agressividade nos sonhos, em que a destruição e o assassinato são experimentados na fantasia. Mas, o que é complicado para as crianças é quando elas odeiam, querem matar e destruir, mas não podem expressá-los. O problema é quando elas, em nome de um ideal social “mortífero”, se vêem impossibilitadas de expressar e exercer sua agressividade, meio pelo qual poderiam, através da intervenção educativa do adulto, encontrar um limite e possibilidades de significação para seu mal-estar.

Entretanto, parece que hoje, em nome de uma pedagogia dita científica, de uma psicologia adaptativa e de uma psiquiatria e neuropediatria aniquilantes, estamos colocando em risco não apenas as crianças, que excessivamente poupadas e mimadas, ficam entregues à tirania de seus próprios impulsos e na condição de mestre e objeto de gozo dos pais, mas, fundamentalmente o mundo em que vivemos e amamos, na medida em que, ao poupar a criança dos interditos fundamentais para a vida em sociedade, tiramos dela a possibilidade de se apropriar, se responsabilizar e proteger o mundo em que vivemos. A educação é onde decidimos se amamos nossas crianças o bastante para

não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e no quanto amamos o mundo para protegê-lo da tirania das crianças (Arendt, 2013).

Desta forma, ao não reconhecermos a agressividade, tanto do lado da criança, quanto do lado da mãe, estamos impedindo a separação necessária para a afirmação da criança e da mãe como sujeitos singulares e desejantes. Dessa forma, a mãe permanecerá prisioneira e escrava de uma criança à qual ela é tão fundamental quanto a criança lhe parece vital (Benhaïm, 2007). Ao não reconhecer a agressividade implicada e constituída na própria relação amorosa e alienante com a criança, a culpa produzida na mãe transforma-se em excessos no cuidado com a criança: ela não pode fazer nada, a não ser com a mãe. Ao tentar proteger a criança de sua própria agressividade inconsciente, a mãe projeta no mundo uma violência que, antes de tudo, é dela mesma, impedindo a criança de entrar no mundo e funcionar a partir de suas leis de organização fundamentais.

À vista disso, se aceitamos que a agressividade é necessária para a constituição psíquica da criança, uma vez que ela precisa separar-se, diferenciar-se do outro, e que a agressividade se manifesta justamente nisso que é tomado pela psiquiatria como sintoma – TDAH, transtorno opositivo e transtorno de conduta – o que tem levado a criança a ser medicada, precisamos tirar as consequências necessárias desse processo. Se desde Freud (1909) sabemos que todo o progresso da sociedade repousa sobre a oposição entre as gerações, quais os efeitos produzidos quando impedimos essa oposição via diagnóstico e medicalização?

Como vimos, ao medicar a criança não apenas impedimos que ela se oponha ao discurso parental, mas, a deixamos sem defesas frente à violência do devoramento materno e a instalamos, de vez, no lugar único e exclusivo de objeto – da mãe e do saber psiquiátrico – prisioneira do fantasma parental.

Desta forma, se antes haviam modalidades de passagem de uma sociabilidade infantil para uma sociabilidade adulta inscritas no laço social, isto é, dispositivos de passagem da família ao social, nos parece que atualmente, diante da fratura entre o funcionamento familiar e o funcionamento social produzida pela tentativa dos pais em proteger a criança dos interditos fundamentais da cultura (Lebrun, 2010), restou à criança inventar, no melhor dos casos, modalidades de defesa frente ao engolfamento da demanda parental: ficando desatentas, não escutando o que os pais dizem, opondo-se a eles o tempo todo, hiperativamente fazendo tudo e, portando, nada. Dessa maneira, desatenção,

oposição e hiperatividade aparecem como os modos que as crianças, na contemporaneidade, têm usado para defender sua integridade psíquica frente ao fantasma parental.

Entretanto, ao medicar a criança, não apenas criamos obstáculos para sua constituição psíquica e desenvolvimento, mas, impedimos que os pais possam se construir como adultos, agentes tutelares e responsáveis pela educação de seus filhos. E não nos parece mero acaso que essa função educativa e tutelar venha sendo hoje delegada ao Estado.

5.2 A Violência Materna e o Traumático na Infância

“Se tu procuras, ó mísera, até onde deve chegar o ódio, pode medi-lo sobre o amor” (Medéia)

A partir do pressuposto de que a ambivalência materna é uma necessidade estruturante, buscamos discutir de que maneira a não elaboração deste ódio originário no inconsciente materno se apresenta na educação e na clínica com crianças e adolescentes. Através da retomada da teoria do trauma em Freud e da apresentação de alguns casos clínicos, sustentamos que uma mãe em posição de poder absoluto encarna para a criança a posição de soberano, sendo justamente esta que a autoriza a cometer excessos, na medida em que reduz a criança a um corpo passível de inúmeros abusos de seu poder.

Os casos que escutamos na clínica cotidiana com crianças e adolescentes nos convocam a pensar, minimamente, no quanto a possibilidade da mãe em reconhecer e suportar sua ambivalência – sentimentos de amor e ódio – é condição para que ela não produza, mesmo que inconscientemente, a morte do filho. De uma maneira geral, as mães colocam sua ambivalência a serviço da castração, na medida em que, ao reconhecer o ilimitado presente no excesso de demandas da criança, produzem uma interdição que lança a criança no confronto com a renúncia à satisfação imediata da pulsão e sua organização a partir de um registro simbólico que não é da mãe nem da criança, mas, um registro terceiro que passa a ser, não apenas o regulador da relação entre ambas, mas, o registro a que ambas estão submetidas.

Nesse sentido, ser mãe consiste em associar os registros do sexual e do materno em relação ao filho. Por isso, a ambivalência não é um acidente ou uma patologia, mas, justamente uma necessidade estruturante, na medida em que lembra à mãe que ela é uma mulher e que seu filho não é objeto único de seus investimentos. Entretanto,

todas as vezes em que se encontra uma impossibilidade de simbolização deste ódio originário como amor materno, a análise da mãe nos conduz a um obstáculo na elaboração da posição narcísica desta última, a uma relação particular com a castração, ou seja, à superposição de um luto não realizável e uma perda não integrável (Benhaïm, 2007, p. 11).

De acordo com Benhaïm (2007) um luto não realizável consistiria na fantasia materna de que a mãe é toda para a criança e esta, tudo para sua mãe. Um filho que não precisaria de mais nada além dela mesma. Um filho sem faltas, completo e que em troca, só poderia desejar completar sua mãe. Assim, se nada é simbolizado, vem à tona uma (hiper)idealização com o objetivo de contornar o ódio necessário como estruturante do amor, já que é o ódio que poderia estruturar o amor materno como um amor que autoriza a criança a viver. Um ódio que poderia significar para a criança que podemos amar sem destruir nem sermos destruídos por ele.

O problema é quando a criança fica capturada como objeto causa de “todos” os desejos da mãe, o que, inevitavelmente, conduzirá à mãe a uma experiência de dessubjetivação radical, assumindo a marca de uma melancolia representada pelo desligamento pulsional da mesma em direção a outros investimentos que não a criança. Assim como o apaixonado, conforme assinala Hassoun (2002), a mãe, em uma posição totalitária, se ausenta de sua posição de sujeito, de mulher, e passa a estar inteiramente ocupada e ao mesmo tempo submetida à criança. Deste modo, estando à mercê da criança, ela se sente tudo e nada, já que, ao dar-se *toda* para o filho, ela não encontra retorno proporcional a seu investimento incondicional, e por isso, queixa-se infinitamente, tornando o filho a causa fundamental de seu drama. A partir de Hassoun (2002) poderíamos dizer que a mãe, nesta posição, se coloca como causa de desejo para seu filho, buscando nele a suplência para todas as suas frustrações e castrações mal sucedidas.

Para Dolto (2010) essa tentativa de suplência está relacionada com a própria história pessoal da mãe que, enquanto filha, não conseguiu superar a castração primária e impõe a seus filhos o estatuto de fetiches, *mantendo-os presos aos ritmos maternos*, ambos marcados por um prazer corporal representativo do incesto. Trata-se de mães que

se colocam como “pai e mãe” de seus filhos ao mesmo tempo, em que geralmente a criança dorme na cama parental e o lugar do pai está completamente forcluído. Posição que mantém a criança numa condição fantasmática incestuosa em que a criança faz UM com a mãe: “*Nós dois somos um só*”. Para Lacan, é daí que parte a ideia do amor.

De acordo com Jorge (2010) o amor tenta preencher essa falha, esse “não-todo” que o sexo não consegue colmatar. É por isso que o amor rivaliza constantemente com o gozo sexual, na medida em que é através deste gozo que o sujeito se confronta com o impossível da relação sexual. Enquanto o amor abre a possibilidade para o incesto, na medida em que, sendo narcísico, visa ao apagamento da diferença buscando de dois fazer UM numa lógica de completude e complementaridade, o gozo sexual lança o sujeito ao confronto com a impossibilidade de completude, por isso, o impossível da “relação sexual” descrita por Lacan.

Entretanto, Freud (1905) adverte que os cuidados com a criança também derivam da própria vida sexual da mãe. Por isso alerta que esses mesmos cuidados tão ternos e inocentes implicam em um exercício da sexualidade na relação mãe-criança, que se não interdita, conduziria ao incesto, à relação fusional e corporal entre mãe e filho. Ocasião em que a mãe, ao mesmo tempo em que legisla e superprotege o filho, é dependente e indissociável dele. Situação em que a mãe, no dizer de Dolto (2010) é 150% mãe. “Ela age como uma mãe umbilical, gestante, parasita e tutelar” (p.178). Ela age não apenas desvalorizando a presença da alteridade de seu marido, mas, fazendo de seu filho o substituto do mesmo. O que só poderia ocorrer em nome de uma ilusão de “fraternidade familiar”. Como descreve Dolto (2010) através da narrativa da mãe no clássico caso Dominique: “Como nos entendemos perfeitamente bem, as crianças não vêem a diferença, estando o pai em casa ou não” E Dolto acrescenta: “Ela não diz também que na cama, desde que tenha o calor de um corpo, dá no mesmo deitar com um dos filhos ou com o marido? Seu horror à solidão, já sabemos, foi a motivação de seu casamento e não o desejo assumido de vida sexual ou maternidade” (p.180).

Para Dolto (2010) a mãe comporta-se inconscientemente como uma masoquista e pederasta de seus próprios filhos, ao mesmo tempo que como uma espécie de Branca de Neve em meio aos seus anões dependentes e destinados ao celibato. Mas, e o pai de Dominique? Nada diz? Não intervém? Sobre o pai de Dominique, Dolto (2010) assinala que este, ao ter encontrado um trabalho que lhe exigia muito e o mantinha longe de casa,

se defendia da invasão familiar, mantendo-se, nos raros momentos de sua presença, em um isolamento bem defendido.

Quando a angústia da criança perturba a harmonia do casal, quando as preocupações e reações educativas ganham mais importância de que os interesses do companheirismo e da vida criativa ou social dos pais, é impossível para a criança superar o drama do desejo edipiano e a angústia de castração que ele suscita na economia inconsciente de sua libido (Dolto, 2010, p.232).

Sobre esta questão, Dolto (2004) no prefácio que realiza para o livro de Maud Manonni, assinala que o sintoma da criança responde aos desejos reprimidos de pais insatisfeitos em sua vida conjugal e social que esperam de sua prole a cura ou a compensação para o seu sentimento de fracasso. Trata-se de pais que recalcam seu desejo genital e se reduzem a exclusivos trabalhadores e pais de seus filhos. Criam os filhos na puerilidade e na angústia de uma sexualidade sentida como perigosamente culpada. Não compartilham a vida social com outros adultos e se mantêm privados da vida em sociedade. Seus comportamentos educativos são de um estilo controle policial ou de exacerbado amor angustiado. São pais que negam a seus filhos o direito a um desenvolvimento libidinal extrafamiliar e por isso impedem sua autonomia. O que vislumbramos cotidianamente em nossa clínica, através de situações em que, através do início do tratamento, o reposicionamento da criança produz uma profunda desorganização na lógica fantasmática familiar. E nessas situações, é frequente que os pais interrompam ou finalizem definitivamente o tratamento da criança através de um diagnóstico psiquiátrico que garanta para eles a condição objetal do seu filho.

Nesse contexto, Mannoni (1999) salienta que a mãe, acompanhada da cumplicidade silenciosa do marido, vive, de médico em médico, a incessante busca de um diagnóstico e tratamento para seu filho. E o que ela busca?

A cura do filho? Ela não acredita nisso; e a criança lhe pertence; dá-la está fora de questão. Um diagnóstico? Já foi estabelecido numerosas vezes por especialistas eminentes. A verdade então? Mas que verdade, se só a mãe *sabe*? Que sabe ela exatamente? A mãe quer saber, sobretudo, nada saber e nada receber desse médico a quem vem pedir - o quê? *Nada*, no que diz respeito ao filho. Um pouco, no que diz respeito a ela. A mãe deseja obscuramente que a sua pergunta nunca receba resposta, para que possa continuar a fazê-la. Mas precisa de força para continuar, e é isso que ela vem pedir. Precisa de uma testemunha, uma testemunha que sinta que por trás da fachada de tranquilidade, ela não aguenta mais. Uma testemunha que, se for preciso, saiba que ela tem vontade de matar (Mannoni, 1999, p.03).

Conforme vimos anteriormente, a relação mãe-filho será marcada por essa ambivalência, frequentemente recusada e disfarçada de amor sublime. Violência e infanticídio velados que passam despercebidos aos olhos alheios por justamente tocarem num ponto recalcado no discurso social. Para a mãe, é melhor que o filho esteja morto para não correr o risco de perdê-lo. Salvá-lo de sua mãe seria separá-lo dela, o que é insuportável e ela não permitiria. Insuportável na medida em que ela depende desse filho para viver. Para Mannoni (1999) esse desejo de morte se torna evidente nesses casos em que mãe e filho fazem UM. Logo, toda depreciação da criança é sentida como depreciação de si própria. É nesse contexto que o amor se transforma em amor mortífero, na medida em que a criança é, de fato, devorada e incorporada ao Eu da mãe.

A história da origem e das relações do amor nos faz entender como ele tão frequentemente se apresenta como “ambivalente”, quer dizer, acompanhado de moções de ódio contra o mesmo objeto. Esse ódio mesclado ao amor provém em parte das fases preliminares, não totalmente superadas, do amar; de outra parte, fundamenta-se também nas reações de repúdio das pulsões do Eu que, nos frequentes conflitos entre os interesses do Eu e os do amor, podem provocar, motivos reais e atuais. Em ambos os casos, portanto, o ódio mesclado remonta à fonte das pulsões de conservação do Eu (Freud, 1915, p.63).

Freud (1915) assinala que o ódio provém de fases não superadas do amar, mas, fundamentalmente, a partir de *conflitos entre os interesses do Eu e os do amor* que podem provocar motivos reais para seu advento. Ou seja, se a relação amorosa visa à unidade e completude, o ódio aparece como fundamental e estruturante na medida em que reinstaura, para ambos amantes, a distância necessária para suas vidas psíquicas. Separação necessária que, na relação mãe-criança, autoriza a possibilidade de inúmeros reencontros amorosos: da mãe, com seus outros amores, e da criança, com seus futuros amores. Mas, se a mãe não consentir com essa separação? E por que a mãe não consentiria?

Como vimos, a mãe não consente justamente por esperar que a criança venha a dar conta das frustrações e renúncias amorosas que ela teve que realizar em sua vida. Por isso, é como se a mãe, em seu sofrimento e solidão, estivesse decidida a não deixar a criança escapar. Mantida como objeto incondicional de seu amor, ela dá tudo para a criança na esperança de ser tudo para ela. Na esperança de que a criança nunca se separe,

já que ela depende radicalmente de seu filho. Relação incestuosa e mortífera, na medida em que visa a um estado de completude, de gozo e ausência de todo e qualquer mal-estar inerente à vida civilizada.

5.3 Parentalidade, Trauma e Violência

Desde Freud, sabemos que a psicanálise reconheceu no trauma a fonte de inúmeros sofrimentos psíquicos. Para Endo (2009) a violência sexual e traumática aparece desde o princípio na obra freudiana como uma violência exercida por um outro (pai perverso e autoritário) que se impunha sobre o corpo da criança, que imobilizada em sua capacidade erógena, impõe a ela uma experiência de alheamento e excesso.

Entretanto, para Freud, essa experiência não era suficiente para explicar o traumatismo histérico, na medida em que a histeria era a expressão de um traumatismo interno e não exógeno, através da fantasia sexual com um adulto. A paciente histérica não havia sido abusada *na realidade* por um adulto, mas teria desejado a aproximação sexual com este e se castigado por isso. O corpo da histérica revelava o desejo e a proibição sexual com uma cena incestuosa e violenta, presentes na fantasia. De um lado, o que permitiu que a psicanálise pudesse começar a se ocupar dos sofrimentos que o sujeito é capaz de se impor a si mesmo. De outro, este reconhecimento levou Freud a abandonar de 1913 à 1920 qualquer preocupação com a incidência de fatores exógenos traumáticos sobre o psiquismo.

Segundo Endo (2009) foi após esse imenso período de silêncio e de recalçamento do trauma na teoria e na clínica psicanalíticas que Ferenczi produziu um segundo retorno do recalçado na teoria realizado a partir do texto “Confusão de línguas entre o adulto e a criança” em que o mesmo retoma o papel do agente sexualmente violento na gênese do trauma, descrevendo o papel do agente agressor na gênese do trauma sexual e o caráter *extra* e intrapsíquico do traumatismo.

De

acordo com Endo (2009) a força do traumático se constitui pela intensidade exógena que o psiquismo, sem escolha, tem que assimilar. Por isso, a intenção, a constância e a presença maciça do agente agressor se colocam com tal intensidade que podem levar o psiquismo a formações psíquicas deformadas e paradoxais, obrigando-o a não ter outra ocupação que não sua própria sobrevivência. Ou seja, na experiência do traumático se revela um excesso de corpo, na medida em que o sujeito, destituído de sua condição psíquica fica reduzido a *corpo*. Sobre esta questão, a reflexão que Endo realiza em seu texto “A Ressurgência da tirania como elemento originário da política” (2011) nos parece extremamente relevante para refletirmos sobre a relação entre exceção e excesso. Dito de outro modo, em que medida a exceção constitui excesso para o psiquismo?

Endo (2011) ao retomar a reflexão sobre o ponto de intersecção entre o modelo jurídico-institucional e o modelo biopolítico de poder a partir de Agamben, apresenta a ideia de que o exercício do poder jurídico, portanto, soberano, estado de exceção, repousa sobre as bases da biopolítica, que reduz o sujeito ao estatuto biológico. “Para Agamben a figura da soberania revela-se como particularmente evidente no seio daquilo que se pode nomear como o estado de exceção e que, orientados psicanaliticamente, poderemos reconhecer na exceção a forma e a expressão do excesso” (Endo, 2011, p.495). Ou seja, a exceção à Lei constitui excesso para o psiquismo na medida em que esta exceção é a condição para que o sujeito seja reduzido a puro corpo, naturalizado biologicamente como corpo privado de sua diferenciação. Redução, controle e aniquilamento do sujeito, como a que vimos nos campos de concentração e que segue sendo realizada pela psiquiatria na atualidade, em que o sujeito é reduzido a uma vida biológica a ser controlada pelo sistema jurídico. Desta forma, sendo a exceção a condição para a soberania, quem hoje encarnaria o lugar do soberano?

Poder sobre vida e morte que Freud tão bem reconheceu na estrutura familiar e no estado de horda, cujo herdeiro imediato é o complexo de Édipo e os perigos de aniquilamento psíquico que estão em seu bojo: vida e morte psíquicas como presenças constantes na trama edipiana fundada numa autorização prévia e consagrada: os pais tem poder absoluto sobre seus filhos (Endo, 2011, p.499).

A partir do exposto, sustentamos que um outro parental, nesse caso, a mãe, ao encarnar a posição de poder absoluto, plenitude e poder, não apenas encarna a posição do

soberano, da exceção, como se sente autorizado a cometer excessos em relação a seu filho. Ou seja, o pai da horda não era pai, mas mãe incestuosa embebida em seu próprio gozo. (Endo, 2011). Sendo justamente esse excesso que se constitui como traumático para a criança, na medida em que a mãe, ao não reconhecer a criança como um sujeito diferenciado de si, a reduz a um corpo passível de inúmeros abusos. O que veremos a seguir a partir de alguns casos.

5.4 A Mãe Soberana e os Usos e Abusos de seu Poder

Como vimos no decurso de nossa argumentação, o ódio é estruturante na medida em que é vital para produzir uma distância, uma separação necessária à manutenção da integridade psíquica da mãe e da criança. Por isso, quando esse ódio é negado e não reconhecido ele se converte em amor incondicional, ocasião em que toda libido envolvida trabalha na direção de fazer Um com dois. Os casos a seguir nos ajudam a refletir sobre diferentes modalidades de excesso e os efeitos traumáticos no psiquismo do sujeito em constituição, o que pode chegar, inclusive, a destruí-lo psiquicamente de uma vez por todas.

5.5 A agressividade e o corte dos ligamentos que ainda ligavam o sujeito à vida

Trata-se de um adolescente que devido a problemas no parto, teve parte de seus membros inferiores paralisados, por isso, necessitava, para sua locomoção, do auxílio de cadeira de rodas. Apesar da impossibilidade de caminhar, esse adolescente tinha acesso à parte dos movimentos das pernas e os movimentos dos braços completamente preservados, o que lhe permitia que realizasse com destreza numerosas atividades da vida diária.

O fato é que, por mais que ele pudesse “sozinho” fazer inúmeras atividades, estava completamente impedido. Não podia escovar os dentes pois sua mãe, que *sabia* o que era melhor para ele, sustentava que os dentes não ficariam limpos. Não o deixava tomar banho, pois a higiene não seria adequada. Não podia fazer os temas escolares sozinho

para não correr o risco de cometer erros e por aí adiante. Na realidade, esse adolescente de 14 anos era cuidado e tratado por sua mãe como um deficiente absoluto, que estava impedido de se fazer cargo de si e de seu corpo.

Entretanto, a pedido da escola, esse adolescente foi encaminhado para atendimento em uma clínica de psicologia onde passou a frequentar um grupo de adolescentes. Nesse grupo, na medida em que ele ia falando de seu drama, passou a ser indagado pelos outros adolescentes sobre o motivo de suas roupas serem escolhidas por sua mãe, de ser banhado por ela, de sua dependência absoluta, o que de imediato produziu nele uma atitude agressiva com sua mãe na tentativa de se defender dos excessos e da invasão materna.

Em poucos encontros, ele começou a se posicionar frente a sua mãe, não permitindo, por exemplo, que ela lhe desse banho, escovasse seus dentes ou escolhesse sua roupa. E a mãe, definitivamente, entrou em colapso. Começou, desesperadamente, a fantasiar a morte do filho através de uma bactéria dentária que o mataria, já que agora ela não escovava mais seus dentes, assim como, nos horários de banho, passou a “literalmente” invadir o banheiro para garantir, que ao menos as partes mais importantes consideradas por ela, fossem lavadas adequadamente, a saber, o ânus e o pênis do adolescente. Para se defender, o adolescente começou a agredir sua mãe. Deitado na banheira, conseguia fechar as pernas tentando impedir que ela tocasse em seu pênis.

Em pouco tempo, a mãe nos procura dizendo que iria interromper o tratamento, na medida em que, para ela, o mesmo só prejudicou o estado psíquico de seu filho, que a seus olhos tinha se tornado um monstro. Queria seu filho de volta!

O tratamento foi interrompido e ficamos sabendo, poucos meses depois, que essa mãe tinha conseguido, através de orientação médica, realizar o corte dos ligamentos que possibilitavam ao adolescente fechar as pernas e impedir que ela lavasse seu pênis. De agora em diante, seu filho será completamente seu. E para isso, pôde contar com a ajuda de um médico, que em nome de sua formação higienista e sua preocupação com a “saúde” garoto, realizou o corte dos ligamentos que ainda o ligavam a vida.

5.6 O diagnóstico e a medicação como objetualização do sujeito

Es

se caso não é muito diferente do anterior, com algumas variantes. Trata-se também de um adolescente que a partir de seus laços escolares começou a interditar sua mãe através de uma importante agressividade. Fomos procurados pela mãe justamente no momento em que o convívio entre os dois se tornou insustentável. O grande dilema era o seguinte: como esse adolescente, também com 14 anos, segundo a mãe se alimentava muito mal, ela não apenas não permitia que ele escolhesse o que iria comer no horário das refeições, como era ela quem definia a quantidade que colocava em seu prato. Ele era obrigado a comer literalmente *tudo*, numa espécie de jogo em que, se ele não comesse, não poderia usar computador nem jogar videogame. De manhã, como do ponto de vista da mãe ele não se agasalhava direito, era ela quem separava o uniforme da escola, assim como invadia o banheiro durante o banho para “revisar” o banho, visando garantir uma higiene adequada do garoto. Por isso, entrava no banheiro, lavava “novamente” o cabelo do garoto e refazia o banho através de uma esponja. O fato é que isso era possível porque o adolescente, capturado num jogo de sedução com sua mãe, permitia às vezes que ela o invadisse, pois em troca, não apenas tinha acesso aos objetos que queria, mas, ganhava os objetos que solicitava. Como assinalava a mãe: “Eu dou tudo para ele”.

Começamos a escutar esse adolescente, e depois de pouco tempo vindo às sessões, ele começou a interditar sua mãe. Passou a proibir que ela escolhesse suas roupas, não permitia mais que ela fizesse seu prato na hora das refeições, assim como, começou a trancar o banheiro no horário do banho.

En

tretanto, imediatamente fomos procurados por sua mãe que estava desesperada com a “piora” do seu filho. Segundo ela, ele estava muito mais “agressivo” e “descuidado” do que antes, pois agora, ele não permitia mais que ela “cuidasse” dele. Para ela, ele estava em “risco”, pois ao não se alimentar direito poderia ter um quadro de anemia e ela não permitiria isso, já que ele era “tudo” para ela. Tentamos manejar com essa mãe, apontando a importância de que esse adolescente pudesse aprender a cuidar de si mesmo e de seu corpo, o que fez com que ela decidisse esperar um pouco mais antes de interromper o tratamento.

En

tretanto, antes da sessão seguinte, fomos informados por telefone que o adolescente não

viria mais. Ao indagar o motivo, a mãe nos relata o seguinte: "Como ele não permitia mais que eu lhe desse banho, fiz uma cópia da chave e entrei no banheiro para “revisar” o banho." Nesse momento, o adolescente foi tomado por uma fúria absoluta e empurrou sua mãe para fora do banheiro. Ela cai, chora, se desespera e diz que o filho estava em surto. No mesmo momento, agendou uma consulta psiquiátrica de urgência que “garantiu” a medicação necessária para devolver a “sanidade mental” de seu filho. Agora, com a medicação, ele estava tão calmo e doce que ela não via mais necessidade de nenhum tratamento.

5.7 A amamentação “eterna”

O terceiro caso é de uma menina de 09 anos encaminhada por uma pediatra devido a um quadro de alopecia e dermatite grave, que segundo a pediatra que nos encaminhou era tão severa que a garota, além das feridas provocadas pela dermatite, não tinha mais nenhum pêlo no corpo, inclusive sobrancelha. O encaminhamento da pediatra se deu devido ao conflito que a alopecia e a dermatite estavam produzindo na menina, que confrontada com a puberdade e adolescência de seus colegas de escola, começou a se sentir uma *estrangeira*. Na realidade, essa “menina” parecia um grande “bebê”, pois além de não ter nenhum pêlo no corpo e ter toda pele irritada devido à dermatite, mantinha-se com todos os dentes de leite na boca.

A pesar da pediatra fazer o encaminhamento tendo em vista sua preocupação com a menina, quem nos procurou pela primeira vez foi o pai, que na primeira sessão nos relata que está preocupado com a filha, pois nos últimos tempos ela tem apresentado comportamentos inadequados para sua idade, como por exemplo, usar escondida os batons de sua mãe, ou pedir que lhe compre vestidos e bolsas, o que aos seus olhos do pai, eram demasiados femininos para sua idade. Assim, ao perceber o excesso de preocupação desse pai em relação a qualquer traço do feminino apresentado por sua filha, começamos a investigar um pouco a história pessoal desse pai.

El e nos conta que sua infância foi muito tranquila até o momento da separação de seus pais,

ocasião em que ele ficou morando com a mãe. Seus amigos começaram a frequentar sua casa e ele percebe que, pouco a pouco, sua mãe começou a manifestar comportamentos completamente adolescentes. Como sua mãe ainda era jovem, começou a sair para as festas com ele e com os seus amigos, até o momento em que a situação se tornou insuportável para ele: numa ocasião, a mãe fez uso de maconha com ele e seus amigos, e nesse dia, começou a manter relações sexuais com seu melhor amigo. Como esta cena era excitante, não apenas para ele, mas, para todo o grupo de amigos com quem saía, conta que no momento em que a mãe já havia tido relações sexuais com seus 4 amigos, ele se deu conta de que só faltava ele. Por isso, nesse mesmo dia pegou suas roupas e foi embora para outra cidade morar com seu pai. A partir desse relato, pudemos escutar a insuportabilidade desse pai frente a qualquer traço de feminilidade apresentado por sua filha, já que a possibilidade de ter tido relações sexuais com sua mãe era, agora, atualizada pela possível entrada na puberdade de sua filha. O que lhe causava verdadeiro horror!

A
pós essa entrevista com o pai, decidimos chamar a mãe. Esta nos procura em uma posição, no mínimo, curiosa. Criticava as preocupações do marido em relação à filha, ao mesmo tempo em que não reconhecia nenhum mal-estar psíquico da filha. Seu único incômodo parecia ser a alopecia e as feridas no corpo da garota: “Coitadinha, ela deve sofrer muito”. Apesar de sua fala, que aparentemente reconhecia o sofrimento da menina, tivemos a impressão de que, na realidade, não havia, de fato, nenhum mal-estar em relação à filha.

Q
uando perguntamos sobre a rotina familiar, a mãe conta que a menina é ótima. Além de muito obediente “faz tudo que eu peço”, é extremamente apegada à mãe. Por isso ela acha um absurdo o marido criticar os interesses da menina. “Ela é muito boazinha, não sei porque ele implica tanto com ela”. Insistimos em aprofundar um pouco mais a rotina até o momento em que a mãe decide nos revelar um segredo: “Desde que nasceu, ela mama.” “Como assim?” Perguntamos. A mãe responde: “Ela mama até hoje.” Nesse momento, fomos capturados por uma espécie de náusea e horror. E a mãe passou a nos descrever a rotina diária da “amamentação”.

De
sde que sua filha tinha 3 anos de idade, a mãe começou a ser criticada pelos vizinhos e

familiares, que diziam que a menina já era muito grande para ser amamentada. Por isso, como a mãe “gostava muito de amamentar”, fez um combinado com sua filha: ela seguiria amamentando, desde que a filha nunca contasse para ninguém. A partir desse momento começou um ritual que, desde os 3 anos de idade, cotidianamente, se repetia: após o almoço, as duas se trancavam no quarto e a mãe amamentava, diariamente, a menina. Quando perguntamos sobre o pai, o que ele achava disso, ela nos responde que ele não via problemas, já que do ponto de vista dele, a filha ainda era um bebê.

Como os pais literalmente “sumiram” após estas duas sessões, não tivemos mais notícias do caso. Mas, de fato, o que mais nos chamou a atenção é que a pediatra em questão, que vinha acompanhado desde os 5 anos de idade essa menina devido ao quadro de dermatite e alopecia, nunca tinha sequer desconfiado que a não melhora de sua pequena paciente tinha a ver com *isso*.

A partir dos casos esboçados podemos realizar algumas considerações, na medida em que os mesmos apresentam muitos pontos comuns. E são basicamente esses pontos que temos escutados em nossa clínica cotidiana com crianças e adolescentes:

- 1) Geralmente são crianças que têm seus hábitos de independência pessoal ou atividades de vida diária completamente comprometidos, já que suas mães, amparadas por razões corporais e de saúde, encontram “motivos” higienistas para seguir realizando-os: desde motivos nutricionais, odontológicos, médicos e até mesmo psicológicos, como por exemplo, controlar, via condicionamento, a alimentação de seus filhos;
- 2) As mães geralmente apresentam a dependência como estando do lado dos filhos, mas, na grande totalidade dos casos, a dependência é delas mesmas;
- 3) Elas somente vêm procurar atendimento devido a um encaminhamento médico ou como tentativa de “docilizar” o filho que não tem se adaptado a suas exigências; Não existe uma preocupação, de fato, com a criança, mas, com o desamparo que a separação poderia produzir nela mesma como mãe;
- 4) Na maior parte das vezes a criança dorme com os pais ou na cama do casal exclusivamente com a mãe. Ocasão em que o pai fica completamente excluído, por isso, impotente, dorme na cama da criança ou em outro cômodo da casa;

- 5) São mães que detém um domínio absoluto sobre a vida de seus filhos, e para isso, encontram razões médicas que o justifiquem. Por exemplo, através de um diagnóstico que explique não apenas as razões das visíveis dificuldades de seu filho, como, um motivo para seguir se ocupando dele.
- 6) São mães absolutas. Se dedicam obstinadamente ao filho. Sua razão de viver se encontra no filho que, com muita dificuldade, consegue se defender dos investimentos maternos marcados por um excesso absoluto de tudo: se for possível, dão banho, comida na boca, dormem com seus filhos, fazem as tarefas escolares por ele, vivem a vida deles. Mas, ao mesmo tempo em que se dedicam, se queixam, como boas cristãs, que o filho é a cruz que Deus lhes deu para carregar. E já que é um desígnio de divino, elas não podem renunciar. Afinal, coitadinho, o que seria de meu filho sem mim?

A partir das considerações realizadas, podemos nos perguntar: O que essas mães não podem perder? E mais, diante de um social que não apenas valoriza, mas, *hiperidealiza* essas atitudes maternas, poderiam elas renunciar sem serem acusadas de relaxadas e negligentes?

O fato é que atualmente a idealização da maternidade tomou proporções tais que poderíamos designá-la como uma verdadeira epidemia: Em nome de uma mãe *toda* nos confrontamos com crianças que não comem, dormem na cama dos pais, têm tudo e ao mesmo tempo nada. Mimadas e poupadas dos interditos civilizatórios, vivem como pequenos animais adestrados e condicionados por suas mães. Aliás, não apenas por suas mães, mas, com a “ajuda” de inúmeros especialistas.

O médico prescreve, a mãe executa (Donzelot, 1986). Aforismo paradigmático, que desde os primórdios do higienismo tem marcado as relações familiares. Assim, em sua campanha para estabelecer a família como trono da virtude, o higienismo, através dos especialistas, guardiões da moralidade e da higiene, insistiam sobre os perigos das ruas, da cidade, incitando os pais a buscar abrigo no santuário familiar. Entretanto,

a nova religião da saúde, embora baseada na ciência e na tecnologia modernas, não se mostrava mais tolerante do que o próprio cristianismo para com as demais religiões. A modalidade médica de salvação, tanto quanto suas predecessoras, reivindicava direitos exclusivos sobre a verdade e a virtude (Lasch, 1991, p.217).

Nesse contexto, são os médicos os primeiros expoentes sobre a nova ideologia da família. Do ponto de vista médico, a boa vida familiar se resumiria a uma *intensa relação amorosa mãe-criança*. Assim, os médicos exaltam a família como função análoga a do hospital, manicômio e prisão em que a mãe exerce, assim como os técnicos, um controle policial em prol do filho, visando combater e aniquilar os vícios masculinos, na medida em que os mesmos apoiam a *oposição* dos filhos contra o *engolfamento* materno. Dessa forma, a ideologia da saúde passou a sujeitar a família ao domínio da mãe e dos especialistas externos (Lasch, 1991).

Desta forma, podemos afirmar que o poder absoluto e soberano da mãe nos dias atuais não seria possível sem a redução da vida da criança as suas necessidades biológicas, realizada, nesse contexto, a partir da nova ideologia da saúde, que associa educação, saúde física, hábitos morais e higiênicos.

5.8 O Insuportável da Morte: A Criança a Matar e a Criança Morta

O nascimento de uma criança reativa nos pais fantasias relativas ao “bebê maravilhoso” que eles foram um dia, diga-se de passagem – absoluto e pleno, portanto, ideal – assim como o filho que não foram e gostariam de ter sido, a saber, o falo para o Outro.

Para Leclaire (1977) a criança realiza o mais secreto e profundo de nossos anseios: A criança ideal, a criança maravilhosa que nos causa tanto fascínio quanto horror. Nesse contexto,

À luz dA-Criança, todas as crianças de carne e osso, sem distinção, passaram a estar em risco de que alguma coisa não lhes seja respeitada, ora no interior das famílias, ora nas escolas. Uma suspeita generalizada se abateu sobre todos os adultos. Assim, embora antes, nós, os adultos, pudéssemos ser sindicados por não estarmos cumprindo à altura das devidas circunstâncias o dever de proteger a infância e a criança, agora, somos instantaneamente suspeitos de estar simplesmente ameaçando algum aspecto do bom desenvolvimento dA-Criança (Lajonquière, 2010, p.19).

A criança maravilhosa em Leclaire ou A-Criança em Lajonquière apontam para a nostalgia de um olhar materno, jóia cintilante de poder absoluto, mas também criança abandonada,

perdida numa total solidão moral frente ao horror da morte. Para Leclaire (1977) trata-se de uma representação inconsciente primordial que entrelaça os anseios e nostalgias de cada sujeito. A criança maravilhosa nos fascina ao ponto que renunciar a ela seria não mais encontrar nenhuma razão para viver, existindo para cada sujeito, uma criança a matar, um luto a cumprir de uma representação de plenitude e de um gozo imóvel. Para Lajonquière (2010) A-Criança apresenta uma dupla face: de um lado, o ideal imaginário, de outro, a criança abandonada. É na criança ideal que queremos nos ver. Queremos encontrar a criança que não fomos, mas que supomos ter sido a esperada pelos nossos pais, ou a criança maltratada por eles por não termos saído à altura do que eles esperavam.

É

nesse contexto que podemos situar a pulsão de morte como a tentativa de manutenção dessa plenitude mãe-criança, em que a morte seria a conservação da criança nessa posição absoluta de gozo materno.

Fr

eud (1930) denominou a pulsão de morte a tendência de retorno ao inorgânico, retorno a um estado de quietude absoluta e ausência das tensões próprias ao processo civilizatório. O retorno ao inanimado, na metáfora utilizada por Freud, para falar do mais além do princípio do prazer e da vocação inerente à pulsão de retorno a um estado anterior de absoluta quietude, o que se traduz aqui como retorno ao objeto primordial, lugar que nenhum objeto poderá ocupar caso *o objeto a* não tenha se constituído como perdido. Dito de outro modo, para Hassoun (2002), o objeto só aparece para a criança como perdido, desde que a mãe se configure como *objeto a*, objeto perdido, condição para que o objeto transicional descrito por Winnicott cumpra a função de substituto materno. Entretanto, na falta do objeto como perdido, portanto, na falta de uma separação com o objeto primordial, o sujeito é atormentado pela falta de nomeação e a impossível designação desta perda (Hassoun, 2002).

N

os referimos especificamente à perda do objeto ideal, o que para o sujeito se converteria em perder a nostalgia *d-A Família* que não teve, *d-O Filho* que não foi e *d-Os Pais* que não foram suficientes. Conforme Leclaire (1977), apesar de toda família tomar para si a tarefa de ocupar-se com essa imagem perdida de felicidade, nenhuma família poderia poupar o sujeito da própria morte - da morte que temos que enfrentar a partir do momento

em que nascemos e que passaremos a conviver no decurso de nossas vidas. “A morte da criança maravilhosa ou terrível que fomos nos sonhos daqueles que nos conceberam ou viram nascer” (p.12).

Para Leclaire (1977) não se trata apenas de matar os pais da infância – o que seria realizado no processo edípico – mas, é preciso matar a representação do menino-rei que vive e que nos remete à fantasia relativa ao que nossos pais esperavam.

Para viver, é preciso que eu mate a representação tirânica do *infans* em mim -, para que uma outra lógica apareça, comandada pela impossibilidade de realizar esta morte de uma vez por todas e pela necessidade de perpetrá-la toda vez que nos pomos verdadeiramente a falar, a cada momento em que começamos a amar (Leclaire, 1977, p.12)

Leclaire (1977) se refere à criança que em nós se inscreve a partir da nostalgia suposta no olhar parental: criança ideal e perfeita, aquela que fomos e que não pudemos ser, mas que habita, via alienação, nosso psiquismo.

Em outras palavras, a vida da criança somente é possível a partir do desabamento do sonho materno, já que a vida se funda no sacrifício de um – o sonho - ou de outro – a criança. Nesse contexto, a criança será sempre o suporte daquilo que os pais tiveram que renunciar (Benhaïm, 2007).

Para Voltolini (2011) a pulsão de morte consiste nessa tentativa de gozo pleno presente na relação mãe-criança, que impede qualquer ordenamento realizado pelo social, na medida em que visa apagar e anular a distância entre os imperativos educativos e a resposta na criança. Assim como no caso Schreber, a criança correria o risco de ter que responder aos ideais parentais, e dependendo da intensidade e constância dessa tentativa de adequação educativa, estaria condenada à morte psíquica.

Desse modo, o ato educativo

se inscreve sempre num impossível entre um adulto, que espera ver reproduzido no outro uma ordem que ele representa e ama, apesar de tudo, e uma criança que resiste a ser mero objeto dessa investida

educativa, que a anularia num nível absolutamente decisivo para sua vida, se bem-sucedida (Voltolini, 2011, 72).

Desta maneira, o que se tem de matar para que o sujeito possa viver é essa representação da criança maravilhosa que serve de consolo, criança imortal substituta viva de um morto no inconsciente materno. Caso contrário, uma criança morre no real. Morre na medida em que, diante da violência materna, desse excesso que se configura como o traumático na infância, reduz a criança a um corpo passível de inúmeros abusos dessa violência materna e soberana.

VI CRISE DA AUTORIDADE, RENÚNCIA EDUCATIVA E MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

Nos dias atuais, tornou-se banal a consideração de que a ruptura com a tradição trouxe como consequência uma crise da autoridade. De uma maneira geral, essa crise pode ser percebida através de um discurso nostálgico em relação a um tempo supostamente tido e perdido. É como se nesse outro tempo, a tradição, tendo uma forma social “estável”, garantisse referências para o sujeito ao longo de sua vida. Temos saudade de um tempo em que os lugares supostamente estavam determinados. Nesse contexto, cotidianamente escutamos frases do tipo: “Não há mais homens como os de antigamente”, “Meu pai, esse sim, sabia ser pai” ou ainda, “Não se faz mais mulheres como em outros tempos” ou “As mulheres de antes, essas sabiam ser mães”. Podemos escutar nessas frases uma certa ilusão de que, nesse “outro tempo perdido”, os sujeitos “sabiam” como “ser” e o que “fazer” na/da vida. Como se esse saber estivesse colocado como um *apriori*. Logo, temos saudade de um tempo em que acreditamos não ter havido sofrimento, já que nesse outro tempo os sujeitos “sabiam” como “fazer” com a vida: como ser homem, mulher, pai e mãe.

Entretanto, é curioso notar que quando essa mesma lógica se aplica à criança, a relação se inverte: “As crianças de hoje são muito mais inteligentes do que as de ontem!” ou ainda, “Elas já nascem sabendo. Sabem muito mais do que nós adultos”. Curiosa inversão que aponta para uma estranha constatação: as crianças sabem, nós adultos, não sabemos! Inversão que podemos vislumbrar tanto no cotidiano quanto na clínica: “Meu filho não quer tirar as fraldas!”, “Ele não quer dividir os brinquedos”, “Ele não quer parar de mamar”, ou seja, “Ele não quer!”.

Em outros tempos dizia-se: “Criança não tem querer!”, na medida em que eram os adultos que “sabiam” o que era melhor para os recém-chegados. Mas, o que tem acontecido que hoje são as crianças que sabem, logo, elas que decidem?

Certa vez um amigo pediatra nos perguntou: Gostaria de *saber* por que meu filho morde os amigos na escola? Pergunta que nos aponta o seguinte: na medida em que os pais não “sabem” o que se passa na cabeça de seus filhos, não se autorizam a intervir. E já que não sabem, deve haver alguém que sabe: nesse caso o especialista, que não apenas lhes dará esse saber, como lhes dirá o quê e como fazer.

Sabemos que a questão não são as razões pelas quais uma criança faz isso ou aquilo, mas, é função do adulto apontar e intervir dizendo o que pode ou não pode, na medida em que a criança está impedida de saber. Não sabe porque depende que o adulto lhe diga o que se passa com ela. Como acontece no transativismo: A criança cai, olha para o adulto, e dependente do que ela vê no espelho, no adulto, reage de um modo singular. Se o adulto lhe diz: “Vamos, levanta!” ela logo levanta e volta a andar. Se o adulto se compraz com sua dor, ela começa a chorar... E por aí poderiam seguir mil exemplos.

O adulto intervém, pois é ele quem interpreta o que se passou com a criança, o que lhe autoriza inclusive a dizer “Não foi nada! Vamos, levanta!!”.

Mas, o que acontece quando o adulto supõe que é a criança quem sabe?

Só resta a ele ficar paralisado frente à criança, na medida em que se encontra desamparado de um saber sobre o que fazer. Logo, é o desamparo do adulto frente a frente com o desamparo da criança. Nesse contexto, ao apagar-se o adulto, estamos confrontados com duas crianças. E como elas costumam reagir nessas situações? Ou choram, identificadas à outra criança, ou batem na outra, na tentativa de se proteger do próprio desamparo.

Segundo Lajonquière (2010), no livro *Figuras do Infantil*, o fantasma *da-Criança* estaria no cerne do que Freud chamou de “Romance Familiar do Neurótico”, romance que sustenta uma fantasia infantil acerca da parentalidade ideal. O que aparece no discurso da ciência como a tentativa de prever quais seriam as condições que *A-Família* - naturalizada e idealizada - deveria apresentar para a produção de *A-Criança* - leia-se – uma criança sem questões, sem debates, sem faltas, sem limites!

Desde a ida ao supermercado à consulta ao pediatra há todo um social à espreita, paralisado na posição de julgar as condutas daqueles que exercem a parentalidade, restando aos pais a posição de estar em dívida frente à *A-Criança*. Posição em que a medicação entra para regular aquilo que não é reconhecido como esperado no ideário social, em que o diagnóstico psiquiátrico responde a “*isso*” que não é reconhecível pelo ideal parental e social, visando indicar terapêuticas que sustentem a promessa de reconduzir a criança e a família à “normalidade” ou que, adaptando-as, possam aliviar o mal-estar que ambas produzem ao projeto social e assim sustentá-lo (Vorcaro, 2010).

A partir de Freud (1909) sabemos que

Ao crescer, o indivíduo liberta-se da autoridade dos pais, o que constitui um dos mais necessários, ainda que mais dolorosos resultados do curso do seu desenvolvimento. Tal liberação é primordial e presume-se que todos os que atingiram a normalidade lograram-na pelo menos em parte. Na verdade, todo o progresso da sociedade repousa sobre a oposição entre as gerações sucessivas (Freud, 1909, p.219).

Em *O Mal-Estar na Civilização* Freud (1930) afirma que se separar da família é uma tarefa que todo sujeito se defronta no curso de sua vida, e a sociedade frequentemente o auxilia na solução disso através dos ritos de puberdade e de iniciação. Entretanto, “Quanto mais estreitamente os membros de uma família se achem mutuamente ligados, com mais frequência tendem a se apartarem dos outros e mais difícil lhes é ingressar no círculo amplo da cidade” (p.108).

Sobre esta questão, ele aponta que a oposição entre as gerações consiste em um importante trabalho de luto dos pais da infância. E para se defender dessa condição de não ser “o falo” para o Outro, o sujeito fabrica uma espécie de culto ou nostalgia infantil acerca de uma condição supostamente tida e perdida: a de não ter recebido o valor devido de seus pais, ou ter tido que dividir o amor do Outro com os irmãos. Sendo este sentimento que dá origem, na criança, de fantasias infantis, como a de ser adotado.

Na verdade, todo esse esforço para substituir o pai verdadeiro por um que lhe é superior nada mais é do que a expressão da saudade que a criança tem dos dias felizes do passado, quando o pai lhe parecia o mais nobre e o mais forte dos homens, e a mãe a mais linda e amável das mulheres. Ela dá as costas ao pai, tal como o conhece no presente, para voltar-se para aquele pai em quem confiava nos primeiros anos de sua infância, e sua fantasia é a expressão de um lamento pelos dias felizes que se foram (Freud, 1909, p.222).

Nesse contexto, é em nome de *A-Família* que sustentamos *O-Pai*, *A-Mãe* e *A-Criança*. Entretanto, trata-se de um paradoxo: de um lado, o ideal imaginário da Criança, portanto, da Família, de outro, a família e a criança fonte de rechaço social. É nesta criança e família idealizada que queremos nos ver. Queremos encontrar a criança que não

fomos, a família que não tivemos, mas que supomos ter sido a esperada pelo Outro. E nos parece que não se trata de uma mera suposição.

De fato, o imaginário social sobre a família na atualidade faz com que não apenas os pais, mas também as crianças sintam-se injustiçados em relação à família que deveriam ter tido e não têm. E não nos surpreende o modo como as crianças têm recebido o ideal de *A-Família*. Pois, se os pais não são como deveriam ser e não lhes dão o que deveriam dar, nos parece evidente que os pequenos reajam reivindicando algo que o imperativo social aponta como sendo de antemão, não apenas *Um Direito, mas, Um Dever!*. Tanto que todo discurso pedagógico moderno que se preze começa com a frase: “*A criança DEVE TER o direito de...*”

6.1 A “Outra Cena” da Fantasia Neurótica

Se de um lado, percebemos que o sujeito moderno sofre de uma espécie de culto e nostalgia infantil em relação a uma condição imaginária supostamente tida e perdida, tempo em que os homens trabalhavam e as mulheres ficavam em casa cuidando dos afazeres domésticos e dos filhos, tempo em que bastava “apenas um olhar do pai” para que as crianças se reposicionassem no lugar de filho. Tempo em que tínhamos a impressão de que tudo tinha o seu “lugar”. De outro, o cenário acima descrito é completamente verdadeiro, mas também ilusório. E não é bem isso que nós clínicos escutamos das filhas ou netas desses patriarcas (Kamers, 2013).

Um pai extremamente arbitrário, que saía do trabalho, ia para o boteco, chegava em casa bêbado, batia na mãe e ainda abusava das filhas mais velhas. Ouvi de não poucas pacientes: o pai chegava em casa e a mesa tinha que estar pronta, enquanto a mãe, acuada e silenciosa servia o pai, a filha mais velha ia ao quarto separar roupa e toalha. Nesse momento, o pai ia até o quarto, fechava a porta, abusava sexualmente da filha, e a mãe, se mantinha na cozinha, como se nada tivesse acontecido.

Houve aquelas que denunciaram dentro de casa os abusos do pai e foram surpreendidas com um “Ele faz isso porque bebe” pronunciado por sua mãe, que se via impotente frente aos abusos desse pai-marido. Havia também os que não bebiam. Mas a cena não era muito diferente. Os abusos no uso da autoridade então não se limitavam

apenas em abusar das filhas mais velhas, mas, em transar com as vizinhas, ter várias mulheres, inclusive as cunhadas, e mais uma vez, a cena se repetia: a mulher, submetida à autoridade marital e patriarcal, silenciosa, assistia aos arbítrios e abusos do marido-pai (Kamers, 2013). No patriarcado “A vida escrava, submissa e amedrontada, era também endógena e incestuosa. O empobrecimento do psiquismo permanecia imantado à repetição, como a neurose não cessará de, por sua vez, demonstrar” (Endo, 2011, p.68).

A partir das considerações realizadas, podemos pensar que a religião e a tradição asseguravam, sim, o lugar do pai na família. Mas, a autoridade nunca foi dele. Ao contrário, raramente ele era um bom exemplo dentro de casa. Os casamentos não eram realizados com base no amor, mas, um negócio entre famílias, na medida em que eram feitos para durar eternamente, independentemente da relação entre os cônjuges.

Nesse contexto, a autoridade do pai era sustentada não apenas pela mãe dentro de casa, mas, na esfera pública e política, através da religião e dos costumes. Nesse mesmo lastro residia a autoridade do professor e dos adultos em geral.

Um adulto, independentemente de quem fosse, estava autorizado a intervir sobre as crianças. Tanto que na comunidade, os vizinhos se incumbiam da tarefa de vigiar os pequenos e bastava um simples “Vou contar para teu pai” para organizar o bando de crianças que brincavam na rua.

Esse cenário começou a mudar a partir de um longo processo de transformações históricas e sociais que solapou a tradição e a religião enquanto organizadores da família e da sociedade. De acordo com Lebrun (2010) a Modernidade destronou a autoridade que se fundava na tradição e na crença em Deus, legitimando a ciência como autoridade desde então; mas, adverte que, antes de pensarmos em uma crise ou declínio da autoridade, devemos pensar em uma mutação da mesma.

De acordo com Arendt (2005) uma crise sinaliza uma insuficiência das velhas respostas para novas questões.

Uma crise nos obriga a voltar às questões mesmas e exige respostas novas ou velhas, mas de qualquer modo, julgamentos diretos. Uma crise só se torna um desastre quando respondemos a ela com juízos pré-formados, isto é, com preconceitos. Uma atitude dessas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência da realidade e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão (Arendt, 2005, p.223)

Segundo Poli e Rickes (2011) a perda da tradição que organizava as relações no mundo pré-moderno, não consiste necessariamente na perda do passado, mas, dos fios que nos conduziam ao mesmo. Tanto que “a psicanálise como exercício de fazer falar coisas que não se teve ainda ouvidos para ouvir surge em um tempo de organização social na qual a tradição não situa mais a chave de leitura do passado nem mesmo determina uma posição de enunciação no futuro” (Poli e Rickes, 2011, p.16). Logo, se a tradição não situa mais a chave de leitura do passado, a quebra com a mesma exigiu dos sujeitos um trabalho de interpretação singular do passado para inventar para si um lugar no presente e vislumbrar um possível futuro.

Nesse sentido, podemos dizer que não sofremos de uma falta de referências, mas, da falta de referências hegemonicamente reconhecidas e compartilhadas.

Nos dias de hoje, frequentemente ouvimos falar de ausência de referências, e a pertinência dessa afirmação sem dúvida não é contestável, mas é essencial identificá-la como descrição de superfície, pois se poderia igualmente falar hoje de um excesso de referências (Lebrun, 2010, p.12).

A valorização da criança produzida pelo capitalismo, em que a mesma passou a sustentar a promessa de fabricação do futuro adulto, produziu não apenas a valorização da mulher como mãe, mas, instituiu uma preocupação do Estado em limitar cada vez mais os poderes do pai, visando proteger a mulher e os filhos de sua arbitrariedade.

A mudança das formas de sociabilidade operada na modernidade estabeleceu estatuto inédito à criança. O grande movimento de moralização, promovido pelos reformadores da Igreja e do Estado, no final do século XVII, instituindo a educação como principal garantia de ordem pública, promoveu a criança a objeto privilegiado da escolarização (Bercherie, 1988, p.226-227).

Entretanto,

tornando-se a escola gratuita e obrigatória, ela passa a ser povoada por uma massa de indivíduos insubmissos ou pouco preparados para a disciplina escolar. Suas manifestações de indisciplina, as inaptidões declaradas à aquisição escolar colocam para os professores, problemas

insuperáveis. Quais precisariam ser eliminados? Como reconhecer um idiota, um débil, uma criança que nunca poderá se adaptar à escola ou, ao contrário, uma outra, à qual seria suficiente um pouco de tempo e de atenção especial? (Donzelot, 1986, p.118).

Nesse contexto, a medicina social foi convocada a operar e intervir a partir das demandas realizadas pelas instituições sociais, especialmente, pela escola. A tentativa de encontrar a etiologia da loucura do adulto na criança deu origem ao nascimento da psiquiatria infantil. “O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (Donzelot, 1986, p.121.). Trata-se aí, de um dispositivo de pré-seleção do doente e respectivo encaminhamento para tratamento.

Entretanto, essa tática somente foi possível graças a uma dupla operação: a) A designação da escola como instituição padrão, na qual o comportamento escolar passa a ser a queixa comum entre todas as instâncias sociais, se tornando a escola um observatório das tendências anti-sociais. b) A atribuição da origem dos distúrbios à família. Esta, “(...) mais do que o doente, mais do que a criança-problema torna-se, portanto, o verdadeiro lugar da doença, e o médico psiquiatra é o único a poder discriminar, nessa patologia, o que compete à disciplina ou ao tratamento orgânico” (Donzelot, 1986, p.122).

6.2 O Patriarca de Outrora e a Mãe Incestuosa

A partir das considerações realizadas, podemos dizer que o patriarcalismo familiar só foi destruído em proveito de um patriarcado do Estado. Este começou a regular não apenas as relações sociais, mas, a penetrar cada vez mais no seio da família, visando intervir e regular os excessos que ali aconteciam. Entretanto, essa regulação somente foi possível graças à aliança entre o médico e a família, através da mãe: “Os papéis de mãe e o de médico são e devem permanecer nitidamente distintos. Um prepara e facilita o outro, eles se completam, ou melhor, deveriam se completar no interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa” (Donzelot, 1986, p.23).

Nesse contexto, a ligação entre o médico e a família, realizada pela mãe, conduziu a três mudanças na mesma: a) O fechamento da família contra as influências do antigo

meio educativo, nesse caso, paterno; b) A constituição de uma aliança privilegiada com a mãe, em que o pai também se encontra excluído; c) A utilização da família, pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, disciplina e internato, representativas da instância paterna. O que, de acordo com Lebrun (2010) podemos ler como um remanejamento do lugar do pai realizado pelo discurso da ciência.

Assim, o especialista assume o lugar de agente tutelar da família e a criança torna-se objeto de intervenção e de produção de saber por parte do discurso especializado, situação em que “Estudar-se-á com refinamento o clima familiar, o contexto social que faz com que determinada criança se transforme numa criança de risco” (Donzelot, 1986, p. 92).

A mulher, que graças ao lugar dado à criança passou a ser valorizada como mãe, também se libertou da autoridade do marido e do pai através da pílula e do trabalho assalariado. Agora ela poderia escolher quando e quantos filhos queria ter, já que as referências paternas não determinavam mais sua posição e valor social. Poderia escolher também se ficaria casada e até quando, já que não dependia mais financeiramente do marido (Kamers, 2013).

Começaram as primeiras separações conjugais. E as netas e filhas daquelas mulheres silenciosas da geração anterior decidiram não mais repetir a história de suas mães e avós. Estavam decididas a não mais obedecer ao marido. E mais, agora, queriam tomar suas próprias decisões, inclusive, tomaram para si a educação dos filhos.

O filho se tornou propriedade privada da mulher-mãe. Ao pai, restou um colchão ao lado da cama do casal, agora ocupado pela mãe e seu filho. Quando ele intervém, é logo interpelado pela sua mulher com um “Cala a boca, você não sabe de nada”. O homem-pai se viu reduzido a uma criança que nada sabe, nem sobre a vida doméstica nem sobre os filhos. Ela briga com ele como briga com uma criança: “Não faça isso! Não faça aquilo! Você não sabe de nada!”.

Diante dessa mãe onipotente, o homem-pai se viu reduzido a uma criança impotente. Criticado ele se cala. Interpelado silencia. Mal consegue balbuciar o que pensa. Defende-se das críticas de sua mulher através de seu silêncio (Kamers, 2013).

Entretanto,

Se a função paterna é determinante para a constituição do aparelho psíquico, ela deve, com efeito, passar pelo exercício real de um pai que quer precisamente consentir em desempenhar o pai concreto e que tradicionalmente podia se apoiar na função patriarcal para sustentar sua legitimidade. Não é menos verdade que esse pai concreto não se reveste dessa importância senão à medida em que ele remete a uma terceiridade inscrita na estrutura e situada além da sociedade concreta na qual ele opera (Lebrun, 2010, p. 19).

Logo, se na tradição o pai da realidade, o pai concreto, por mais arbitrário que fosse se apoiava no que Lebrun (2010) chama de função patriarcal para legitimar sua autoridade, na atualidade o pai, por não ter mais uma legitimação social, por não contar mais com a função patriarcal, não encontra mais legitimidade para intervir junto a seu filho.

Pois bem, se na família patriarcal a autoridade era atribuída e não necessariamente exercida pelo pai, na família moderna a mãe passou a ocupar esse lugar. O que ela diz é lei. E do mesmo modo que o pai, ela também se tornou arbitrária. Coloca os filhos para dormir em sua cama. Decide por ela mesma quando vai tirar as fraldas. Administra a casa, as finanças e os filhos, incluindo seu marido como um deles.

Os filhos, por sua vez, quando recorrem ao pai para se defenderem dos excessos dessa mãe, são interpelados com um “Teu pai é um banana! Quem manda aqui sou eu!”.

Na família moderna o pai se viu reduzido a um pobre coitado. Sua palavra não vale. O que inevitavelmente produziu excessos na relação da mãe com os filhos. Ela, literalmente, se transformou no patriarca, outrora por ela odiado!

Entretanto, tanto o patriarca de outrora, quanto a mãe de agora, na medida em que intervêm de modo arbitrário, ou seja, não referidos a um terceiro social, encarnam o pai da horda.

O pai da horda – o velho orango, como o disse Lacan – não era pai, de modo algum, mas mãe incestuosa embebida em seu próprio gozo. Na origem, radicalmente falando, não há função paterna. A equação triádica é um efeito posterior da reação à profunda privação e restrição

dos filhos em relação à própria necessidade, imposta pelo pai tirano. A reação é o assassinato do pai e seu efeito é a lei (Endo, 2011, p.69).

Desde Lacan (1953) devemos lembrar que a Lei primordial é aquela que ao reger as alianças sobrepõe a cultura ao campo da natureza, na medida em que, através da linguagem, nomeia e delimita os lugares e as relações de parentesco.

É no *nome do pai* que se deve reconhecer o suporte da função simbólica que, desde o limiar dos tempos históricos, identifica sua pessoa com a imagem da lei. Essa concepção nos permite estabelecer uma distinção clara, na análise de um caso, entre os efeitos inconscientes dessa função e as relações narcísicas, ou entre eles e as relações reais que o sujeito mantém com a imagem e a ação da pessoa que a encarna, daí resultando um modo de compreensão que irá repercutir na própria condução das intervenções (Lacan, 1953, p. 280).

Desta forma, ao levarmos em conta que a função simbólica consiste em lugares vazios inscritos no discurso, o pai vale como nome, na medida em que se identifica sua imagem com a lei. Entretanto, na atualidade a situação se inverte:

Abandonado por um discurso social que lhe asseguraria sua legitimidade e então sua autoridade, ele busca junto de seu próprio filho o apoio que lhe foi retirado. O resultado é evidentemente a consequência: a criança se vê protegida pelo pai da prova de confrontação com o limite, o que tem apenas como efeito tornar mais difícil a inscrição deste último no aparelho psíquico da criança (Lebrun, 2010, p.19).

O discurso social bem sabe disso. Tanto que assistimos a uma queixa generalizada de que falta pai e de que faltam limites para as crianças. O que “(...) conduz a uma espécie de ortopedia paterna que falha na sua função. Falha, pois, acreditamos que se recolocam aí as figuras que chamamos de pais ideais: ideais no sentido de totais e sem falhas, porque pai ideal implica também filho ideal” (Backes, 2011, p.37). E é claro que diante dessa tentativa de substituição de uma autoridade que supostamente teria falhado, responde-se a ela na tentativa de, imaginariamente, dar para a criança o pai que faltou.

A autoridade paterna é cada vez mais substituída pelos peritos sociais, deslocando o saber parental para o social e institucional. “Essa tendência tem se acentuado na contemporaneidade e novas figuras são incorporadas ao controle e ao resgate de uma lei que supostamente falha” (Backes, 2011, p.38).

Através dos especialistas, o Estado passou a encarnar esse lugar terceiro, visando regular os excessos na família: indicou o tempo de amamentação até os dois anos, assim como vem falando da importância dos limites e da boa educação. Mas, do mesmo modo que o pai infantilizado, sua intervenção é ineficaz, na medida em que seu discurso opera como uma extensão da mãe: dar à criança aquilo que a ela supostamente faltou.

Segundo Donzelot (1986) o pai quando está presente,

(...) na quase totalidade dos casos, é para se calar e deixar a palavra a sua esposa. Sente-se que se ele está presente é por insistência de sua mulher, ou por um hábito adquirido de se submeter às convocações, mas, certamente, não na esperança de desempenhar algum papel. Pois, para ele, papel algum é possível. Sua função simbólica de autoridade foi usurpada pelo juiz: sua função prática pelo educador. Resta a mãe, cujo papel não é anulado mas, ao contrário, preservado, solicitado (Donzelot, 1986, p. 98).

Diante da ausência de referências, o pai, não sabendo mais seu lugar, se viu reduzido a uma condição infantil. Não sabendo mais como ser pai, ora toma a mãe como modelo de relação com os filhos, funcionando como uma “segunda mãe”, ora se identifica com a criança, demandando à mãe, mais cuidados do que deveria.

E é isso que temos escutado na clínica: Homens-pais impotentes frente as suas mulheres. Incapazes de dizerem algo a seus filhos. De um lado funcionam como pequenas crianças demandando às mães que deveriam amamentar mais tempo a criança. Como me dizia uma mãe: “Estou há meses tentando tirar o peito de meu filho de 4 anos, mas, toda vez que tento tirar, meu marido briga comigo”. De outro, temos aqueles que, desamparados de uma referência sobre como ser pai, se espelham na mãe como modelo para se posicionarem frente a seus filhos: falam como uma mãe, vivem com a criança no colo, dormem na cama com os pequenos, encarnando como dissemos anteriormente, a posição de uma mãe toda gozante.

Como consequência dessa crise de referências, temos encontrado um cenário não pouco assustador: crianças que dormem na cama dos pais, ainda usam fraldas apesar da idade, ficando dependentes de um funcionamento de bebê. Têm dentes, mas ainda tomam mamadeira. São grandes em peso e altura, mas vivem no colo dos pais. Crianças presas ao que Winnicott (1951) denominou ilusão de onipotência do bebê: um mundo mágico em que a criança funciona a partir de uma simbiose com o outro. Mal ela chora a mamadeira chega “magicamente” em sua boca. Faz cocô e xixi sem se preocupar, pois logo ela será trocada. Diante de qualquer mal-estar os adultos a cercam com mil e um brinquedos. Crianças que não conhecem a frustração. Privadas da intervenção educativa, pouco a pouco vão se tornando pequenos monstros assustadores e demandantes: querem tudo e ao mesmo tempo nada! Choram por qualquer coisa. As crianças se tornaram pequenos tiranos, pequenos senhores, e os pais, escravos da tirania dos filhos.

6.3 Função Simbólica e Parentalidade

Desde a psicanálise, sabemos que não há *O-Pai*, *A-Mãe* ou *A-Criança*. Mas, lugares vazios inscritos no discurso compondo uma estrutura. Logo, é a função simbólica que, ao nomear as posições, delimita os lugares permitindo um valor e uma posição relativa de cada um na estrutura: um pai, uma mãe e um filho.

“A “mãe” (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa às necessidades do mesmo, uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração” (Winnicott, 1951, p.326). Dito de outro modo, a mãe suficientemente boa, desde Lacan (1964) é aquela que, atravessada pela castração, parte de uma adaptação quase total às necessidades de seu bebê (alienação), mas com o tempo adapta-se cada vez menos de acordo com a capacidade do bebê em suportar a frustração (separação). E Winnicott (1951) acrescenta: “Se tudo vai bem, o bebê pode realmente ganhar algo com a experiência de frustração, pois a adaptação incompleta à necessidade torna os objetos reais, ou seja, tanto odiados quanto amados” (p.326).

Entretanto, caso a desilusão gradativa não aconteça, a criança fica impedida de se relacionar com a realidade externa, o que de fato irá provocar importantes fraturas em sua constituição psíquica e seu desenvolvimento.

Desse modo, se por um lado é a exigência fálica que permite ao agente da função materna “ser uma mãe suficientemente boa” no sentido da instauração da criança na dialética do princípio do prazer e princípio de realidade, ela somente o poderia ao estar atravessada pela castração, operação que introduz essa dívida simbólica ligada à exigência fálica. “Mais precisamente – a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária – os três termos estão aí” (Lacan, 1956-7, p. 71).

Nesse sentido, podemos dizer que a identificação ao discurso materno faz da criança uma Outra, do mesmo modo que faz da mãe, na posição de testemunho, um Outro para a criança. Segundo Bergés (2002), esse desencontro necessário poderia ser pensado nos seguintes termos:

Quando a mãe faz uma hipótese para transitar, ela faz a hipótese de um saber no filho. Assim fazendo, ela é o agente desse saber; o que a coloca segundo os conceitos de Lacan, na posição de significante mestre S1 no lugar do Outro. Quando o filho faz uma demanda a partir da hipótese de sua mãe, ele formula sua demanda a partir desse saber hipotético, saber que é evidentemente não-sabido por ele, que é portanto o que se denomina, em termos lacanianos, S2, ele também é colocado no lugar de grande Outro (Bergés, 2002, p.35)

É interessante assinalar que do mesmo modo que a mãe ocupa o lugar de Outro para a criança, este lugar também é ocupado pela criança quando se encontra como destinatária da solicitação materna. Portanto, isso que chamamos de função simbólica não se produz nem do lado da mãe, nem do lado da criança, mas, no (des)encontro entre ambos.

O Outro barrado se produz justamente quando a mãe constata que apesar de satisfazer-se em responder às demandas da criança, sabe que não poderá satisfazê-las completamente. Deste modo, a hipótese materna ao falhar, cria as condições necessárias para que a criança se pergunte acerca do desejo de sua mãe, na medida em que ela não lhe responde nem verdadeira, nem completamente, uma vez que ela é um Outro barrado (Bergés, 2002).

Nesse sentido, poderíamos nos perguntar se os pais, na medida em que têm operado de modo arbitrário, ou seja, não referidos ao terceiro social, não têm se apresentado para a criança como uma mãe incestuosa embebida em seu próprio gozo?

Pela primeira vez na história, registramos uma fratura na solidariedade entre o funcionamento social e o funcionamento da família, sendo que esta passa para uma posição de antagonismo ao social. A consequência dessa fratura se evidencia no fato de que a criança, por não ser mais forçada a se inscrever no social pelos seus primeiros outros, encontra-se espontaneamente convidada a recusar o trabalho de subjetivação que a ordenava ao mesmo tempo à renunciar à sua onipotência infantil e a se separar de seus genitores (Lebrun, 2010, p.06).

E mais, será que também o social, através dos dispositivos tutelares, justamente não operaria também à moda Pai da Horda, logo, como mãe incestuosa, já que, arbitrariamente, retira da família o poder de decisão sobre os filhos e o coloca no Estado?

Na medida em que a família não encontra no social nenhum acolhimento nem referência simbólica que possa balizar seu funcionamento e posição frente à criança, nos parece que a única saída seja uma posição de antagonismo ao social em que a família fecha-se narcisicamente sobre si mesma, o que podemos vislumbrar através da relação persecutória que os pais de hoje estabelecem com o social. Posição em que os pais se encontram extremamente identificados aos filhos na tarefa de se proteger contra as exigências sociais. Nesse contexto, não nos parece ao acaso que a escola, enquanto Primeiro Outro social não familiar para a criança tenha aparecido, como podemos vislumbrar a partir do discurso do Bullying como o cenário de violências e chacinas realizadas pelos próprios estudantes que se sentem injustiçados por ela.

Conforme Jerusalinsky (2011) “Numa época em que os castigos corporais têm sido erradicados da educação escolar e moralmente desqualificados na educação familiar, curiosamente são as próprias crianças que têm tomado a seu cargo o exercício da violência contra seus pares” (p. 86). O que podemos vislumbrar através de um pequeno fragmento clínico: Certa vez, escutávamos um pai que dizia o seguinte: Ele estava em uma festa infantil e viu seu filho envolvido em uma pequena confusão com outras crianças. Na ocasião, viu seu pequeno sendo empurrado por um amigo. Como a relação dos adultos de hoje com as crianças é uma relação narcísica, nesse momento o pai “se viu” na “cena” com essa outra criança. E como ele espera que seu filho faça “mais” ou “melhor” do que

ele fez, automaticamente foi até o filho e disse: “Se ele te empurrar de novo, dá um soco na cara dele”. A pergunta que precisamos nos fazer é a seguinte: Quem falava ali? O pai, ou o menino que o pai foi? Certamente sabemos a resposta. Era o menino dentro do pai que falava mais alto, e nesse sentido, ele só podia se posicionar como “um outro menino” dizendo: “Dá um soco na cara dele!!”. Nesse sentido, se o pai, o adulto, ao se posicionar como “uma outra criança”, apaga a alteridade, sua diferença geracional com a criança, a possibilidade da intervenção como um adulto se perde, restando somente a lei do olho por olho e dente por dente. Dessa forma, se não há mais adulto mediando o laço entre as crianças, as mesmas ficam desamparadas de uma referência que lhes dê sentido. O que magistralmente podemos vislumbrar no filme de Polanski intitulado no original “*Carnage*” e traduzido para a língua portuguesa como “Deus da Carnificina”. Neste filme, duas famílias estão às voltas com a questão da violência sofrida/realizada pelos seus filhos na escola. Mas, pais que não estão dispostos a se responsabilizarem como pais, nem como adultos pelos seus filhos. Por isso, passam o filme “brigando” como crianças sobre quem é a vítima ou o culpado pela violência sofrida pelo filho na escola. A ponto de uma das mães dizer literalmente: “Eu estou muito feliz que o meu filho tenha enchido o seu de porrada!” Nos parece ser essa a posição paradoxal dos pais hoje.

Configura-se, desse modo, o fantasma paranoico na qual a criança antecipa a ameaça imaginária do outro como inevitável realização violenta, diante do qual somente lhe cabe responder com sua própria agressivização. O bullying, os escolares armados, as gangues cruéis, os adolescentes franco-atiradores não são a mera emergência de cérebros mal-regulados, nem de indivíduos desajustados; são sintomas próprios do discurso paranoico atual que faz carne, como sempre acontece, naqueles que antecipam o desenlace do fragmento da história por este discurso determinado, aqueles que brincam de vir a ser, ou seja, a criança (Jerusalinsky, 2011, p.87).

Desta forma, na medida em que os adultos respondem ora identificados à criança, ora não reconhecendo ou desconhecendo completamente o que se passa com elas, as deixam à mercê de sua própria agressividade – como sabemos, tão necessária e constitutiva do eu – colocando-as em uma posição de desamparo de referências, e a violência constituindo-se como a busca de algum sentido. Ou seja, no Bullying o que ocorre não é um desafio à lei ou à autoridade, como se costuma supor, mas justamente o contrário: trata-se de uma ação agressiva que busca estabelecer uma autoridade e uma Lei

(Ribeiro, 2011). E não nos parece casual que o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), juntamente com o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de conduta liderem a lista dos transtornos mais diagnosticados em crianças nos dias atuais (Graeff e Vaz, 2008).

Quando essas crianças chegam à escola, é claro que os excessos aparecem: não querem dividir os brinquedos, não conseguem se socializar com os amigos; há aquelas que ainda usam fraldas, outras não querem largar o bico, e na grande maioria das vezes não conseguem se alfabetizar. E a clínica tem nos mostrado isso: boa parte dessas crianças que não conseguem se concentrar e não aprendem são tratadas como pequenos bebês dentro de casa. Dormem com os pais. Não conhecem os limites e vivem como se o mundo girasse em torno delas. Diante das dificuldades frente ao aprendizado, os pais convocam a psicopedagoga. Ao se confrontarem com a desorganização do filho, recorrem ao pediatra a fim de saber se há algum problema com o filho. Quando não sabem mais o que fazer, recorrem ao conselho tutelar para que o Estado lhes diga o que fazer. O que nos permite dizer que a escola tem se tornado o dispositivo regulador da inclusão/ exclusão da criança no domínio do saber médico psiquiátrico, sendo o saber e a intervenção médica e farmacológica asseguradas pelos dispositivos sociais disciplinares, tais como as escolas, as unidades de saúde e as clínicas privadas. Contexto em que a medicação se tornou a principal forma de tratamento utilizada pela medicina para responder às demandas sociais realizadas, fundamentalmente, pelas instituições de assistência à infância. Desta forma, os técnicos intervêm, ora identificados com a criança, dizendo aos pais que os mesmos não estão dando o suficiente para a mesma, ora agem como o patriarca de outrora, sendo arbitrários e destituindo a família. Para esses técnicos, de antemão a família é culpada, e a criança geralmente vista como vítima desses pais “insuficientes”.

6.4 A Medicalização como resposta a isso que não é reconhecido pelo Ideal Social e Parental

Ao não reconhecerem a desorganização da criança como proveniente de sua própria renúncia educativa, os pais recorrem ao “Outro-especialista”, leia-se, Outro Ciência, representado pelo médico, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicopedagogo - buscando um saber sobre o que se passa com seu filho. Ocasão em que

a criança se torna objeto de amor eterno ou de pesquisa científica, objeto da pedagogia, da neurologia, da psiquiatria. Na medida em que a criança torna-se um objeto nomeado por uma nomenclatura especializada, o cenário familiar necessário para uma “familiarização”, para a significação do mal estar da criança a partir do discurso familiar, é substituído por uma outra cena especializada, que acaba excluindo os não especialistas no assunto, nesse caso, os pais (Kamers, 2005).

Nessa outra cena “especializada”, o filho é um estrangeiro, que em vez de despertar nos pais um desejo de saber sobre sua diferença, essa mesmíssima diferença, quando encarnada no real, é tomada como a impossibilidade de vir a conhecê-lo. Nessa lógica, os atos da criança, em vez de serem capturados numa rede discursiva capaz de metaforizar, produzir significações para seus atos, transformando-os em demandas, acabam sendo tomados como atos próprios de determinadas patologias, que a criança, sem outras possibilidades, encena de uma forma mortífera (Kamers, 2005, p.133).

A questão que se coloca para nós é que, os pais, ao não reconhecerem a desorganização ou o mal-estar da criança como pertencentes a sua própria novela familiar, ficam impossibilitados de vir a produzir algum tipo de saber sobre seu filho, na medida em que não conseguem ver sua própria imagem refletida nele. Ocasão em que o filho se apresenta para os pais, verdadeiramente, como um “estranho”. Entretanto, desde o clássico texto de Freud *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914)* sabemos que o que os pais vêem nos filhos nada mais é do que uma miragem proveniente de seu próprio narcisismo. Ao tomar sua criança como filho, o Outro parental vê sua própria imagem refletida no espelho. Dito de outro modo, ao inventar o filho os pais se inventam como pais desse sujeito:

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram. O indicador digno de confiança constituído pela supervalorização, que já reconhecemos como um estigma narcisista no caso da escolha objetal, domina, como todos nós sabemos, sua atitude emocional. Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. (Incidentalmente, a negação da sexualidade nas crianças está relacionada a isso.) Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar

em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimento que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê”, como outrora nós mesmos nos imaginamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizarão – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetual, inequivocamente revela sua natureza anterior (Freud, 1914, p.98).

Deste modo, a criança, ao não ser reconhecida desde o ideal parental, logo, a criança em que os pais não se reconhecem, apresenta-se como um “estranho” ou como tenho comportamentos “estranhos” aos olhos dos pais.

No texto *O Estranho* Freud (1919) o conceitua como uma categoria do assustador que remete ao que é conhecido e muito familiar, nos colocando a seguinte pergunta: como é possível, em que circunstâncias, o familiar pode se tornar estranho e assustador? Sobre essa questão ele nos responde:

Naturalmente, contudo, nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser invertida. Só podemos dizer que aquilo que é novo pode tornar-se facilmente assustador e estranho; algumas novidades são assustadoras, mas de modo algum todas elas. Algo tem de ser acrescentado ao que é novo e não familiar, para torná-lo estranho (Freud, 1919, p.239).

Ele associa o tema do estranho ao fenômeno do duplo, que aparece em todos os sujeitos. Ocasão em que o sujeito ora identifica-se com outra pessoa de modo que fica em dúvida sobre quem é, ou substitui o seu próprio eu por um estranho. O que segundo ele consiste em uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu. Ao falar do duplo, nos diz que a ideia do duplo está relacionada ao narcisismo do sujeito, que tem a função de observar e criticar o eu e de exercer uma censura dentro do psiquismo. “Não é, contudo, apenas esse último material, ofensivo como é para a crítica do ego, que pode ser incorporado à ideia de um duplo. Há também todos os futuros, não cumpridos mas possíveis, a que gostaríamos ainda de nos apegar” (Freud, 1919, p.253).

Trata-se de uma ânsia de defesa que leva o ego a projetar para fora aquele material como algo estranho a si mesmo. Um estranho, que por sua condição de familiaridade, causa estranheza. O que segundo ele é o mesmo que acontece com as crianças que sonham e que desejam e o desejado se realiza. Ou ainda, quando localizamos nossa própria dimensão pulsional no outro. O que toca em temas como o médico e o monstro. Ocasão em que o médico se horroriza ao ver seus desejos realizados pelo outro dele mesmo. “Quem quer que possua algo que seja a um só tempo valioso e frágil, tem medo da inveja de outras pessoas, na medida em que projeta nelas a inveja que teria sentido em seu lugar” (Freud, 1919, p.257). Dito de outro modo, para Freud o estranho consiste no retorno do recalcado. Segundo ele, um elemento que assusta porque retorna. *Unheimlich* “(...) esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de repressão” (Freud, 1919, p.258). Logo, o estranho é algo familiar que foi reprimido.

Nesse sentido, podemos pensar que a estranheza dos pais em (des)conhecer como familiar os atos e atitudes de seu filho teria relação com esta estranha familiaridade de seus próprios atos? Poderíamos pensar que o estranhamento em relação à falta de limites das crianças tem a ver com o (des)conhecimento da própria falta de limites dos adultos? Quando se fala da hiperatividade das crianças, de qual hiperatividade se fala? Da criança, ou do seu duplo, nesse caso, o adulto?

O fato é que o mal-estar provocado pela criança tem íntima relação com o desejo dos adultos. Desta forma, o que está em cena é a impossibilidade do adulto em reconhecer o mal-estar da criança como seu próprio mal-estar, na medida em que esse mesmíssimo mal-estar retorna para ele como espelho de si mesmo. Dito de outro modo, o jogo familiar de nos mirarmos do outro lado de nós mesmos na loucura, nos diz de modo mais próximo possível o que somos (Foucault, 1964).

Desta forma, se outrora, a desorganização da criança era merecedora da intervenção parental, atualmente, na medida em que ela tem se transformado em patologia, sendo a ela atribuída uma causalidade cerebral, logo, alheia aos pais, estes ficam impossibilitados de intervir, já que desconhecem o que se passa com a sua criança.

O que denuncia o lugar da criança nos dias atuais: Ela encarna o sintoma de uma neurose que responde ao que há de sintomático no funcionamento social. Define-se, portanto, como representante da verdade, daquilo que o social exclui e que retorna sob a

forma do recalcado: Desejamos uma criança sem limites! Mas, não suportamos quando nosso próprio desejo se realiza! Como na história de Frankenstein, quando o cientista pai, confrontado com sua criatura, fica horrorizado e foge. Foge por estar impossibilitado de reconhecer a autoria frente a sua obra.

Lugar em que a distância entre a identificação com o ideal do eu e o desejo do Outro não tem medida, deixando a criança exposta a todas as capturas fantasmáticas que a colocam em uma posição de objeto capaz de obturar a falta no Outro (Lacan, 1969).

Nesse sentido, se a autoridade não está mais sustentada numa tradição poderiam os pais construir uma ficção que possa sustentá-los na posição de alteridade/autoridade/autoria frente ao filho?

6.5 Transmissão, Autoridade e Laço Social

O valor de uma cultura se mede pela maneira pela qual ela trata suas crianças e seus loucos (Gori e Del Volgo, 2008).

A cultura moderna priva simultaneamente o sujeito humano de seu valor subjetivo e de sua função política. Sobre a função política, o ponto de partida da análise de Arendt (2013) é a constatação de uma constante e profunda crise da autoridade no mundo moderno que culminou na dura realidade dos regimes totalitários no século XX, cuja compreensão exige uma profunda análise da crise política que acompanhou a história do ocidente. Vários sintomas parecem justificar a inquietude daqueles que denunciam a falência da autoridade na época contemporânea. A “banalidade do mal” procede de uma lógica política determinada pelo conformismo, pela normalização, reificação e instrumentalização do humano.

A desumanização aparece em sua forma radical no seio de discursos totalitários cuja história recolhe os horrores. Jamais, na história da humanidade, fomos confrontados com tal vontade coletiva de desumanizar. O que se passou em Auschwitz significa em escala coletiva e histórica a radical ruptura com a civilização na medida em que a metáfora fundadora do humano ali fora erradicada. Não há mais pacto ao qual se referir, nenhum Terceiro a convocar.

Mas, o que teria permitido aos nazistas pensar que poderiam se emancipar da humanidade? Segundo Lebrun (2010) Auschwitz foi a realização final de um sistema

político que, em nome da racionalidade científica, decidiu se desvencilhar de toda e qualquer diferença. O atentado ao corpo, à vida nua, até então reservado unicamente ao soberano, prefigura o atentado que se exerce hoje cotidianamente graças ao desenvolvimento extraordinário da tecnociência e do universalismo que ela promove.

Nesse contexto, a uniformidade estatística não é de nenhuma maneira um ideal científico inofensivo. As normas estatísticas conduzem a uma massificação social dos comportamentos pronta a se disfarçar de pragmatismo moral e de utilitarismo social. Totalitarismo e conformismo se inscrevem na mesma região do ser cuja fonte é o ódio do espaço público¹⁵ (política) e o desligamento do sujeito de sua singularidade e de seu desejo. Essa igualdade moderna, baseada no conformismo inerente à sociedade, só é possível porque o comportamento substituiu a ação. E não é ao acaso que a estatística tenha se tornado a ciência social por excelência (Arendt, 2014). Nesse contexto, o darwinismo social procede do darwinismo científico desconhecendo aí a função política e intersubjetiva da linguagem. Ao negar a função significativa da linguagem, a nova língua da tecnociência naturaliza o humano que, desligado de sua condição sócio-política, é transformado em consumidor (Gori e Del Volgo, 2005).

Nos discursos atuais convergem simultaneamente uma ideologia científicista, uma neozoologia de comportamentos, um conformismo de diagnósticos e tratamentos, uma prevalência dos parâmetros estatísticos da epidemiologia, uma lógica consumidora das práticas de saúde associadas ao desenvolvimento dos direitos sociais dos usuários em que o discurso da ciência, encarnado pelo discurso médico, passa a governar as condutas da vida cotidiana instrumentalizando o sujeito e o transformado em corpo vivente (Idem, 2005).

A racionalidade científica arrebatou todas as figuras de autoridade em sua dimensão de terceiridade e o sintoma mais significativo desta crise é ela ter se espalhado em áreas pré-políticas como a criação dos filhos e a educação, onde a autoridade no sentido mais lato sempre fora aceita como uma necessidade natural (o desamparo da criança) e política (a continuidade da civilização) que somente pode ser garantida “se os

¹⁵ Para Arendt (2013) o domínio público consiste no mundo “comum” na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que privadamente possuímos nele. Trata-se do mundo comum que nos reúne na companhia uns dos outros ao mesmo tempo que evita que caiamos uns sobre os outros. Dito de outro modo, o mundo comum consiste numa comunidade de pessoas que se sentem relacionadas e separadas por ele. “(...) aquilo que adentramos ao nascer e que deixamos para trás quando morremos. Transcende a duração de nossa vida tanto no passado quanto no futuro, preexistia à nossa chegada e sobreviverá à nossa breve permanência nele” (p.67).

recém-chegados por nascimento forem guiados através de um mundo preestabelecido no qual nasceram como estrangeiros” (Arendt, 2013, p.128). Trata-se de uma época deserta de figuras de autoridade. E não é porque não há mais mestre, mas porque cada um pode ocupar este lugar vazio, com as dificuldades que isto pode criar para o viver junto como bem demonstra o ódio nas relações sociais e a disputa fállica realizada pelos pequenos mestres no atual reino das opiniões.

O desaparecimento do lugar de exterioridade legitimado pela transcendência, até então encarnado pela Tradição, introduz a ilusão de que seria possível nos desembaraçarmos de qualquer diferença de lugares e recusar qualquer outra prevalência que não aquela que se mantém por minha única e exclusiva decisão. Mas, na falta desse discernimento, é a legitimidade de ocupar um lugar qualquer diferente que está invalidada, acarretando na geração seguinte a erosão do processo pelo qual se transmite o consentimento à existência da diferença de lugares. O que torna mais difícil o alcance de uma norma comum necessária para a vida social. “Isso não pode então ter outro efeito que um embalo no qual a legitimidade em ocupar um lugar diferente – de fato, a autoridade – é cada vez mais colocada em uma situação difícil” (Lebrun, 2010, p.13). E mais, como nestas condições seria possível interiorizar o mestre da exceção como modelo paterno quando a criança, ela mesma, disputa com o adulto o lugar de autoridade?

A situação atual está ligada a uma modalidade contemporânea de laço social em tempos de capitalismo que Lacan (1972) denomina discurso do capitalista. Este laço social capitalista é caracterizado pela dominação (imperialismo ou totalitarismo) da tecnociência e do mercado com o propósito de fabricar o objeto que completaria o sujeito em um gozo sem compartilhamento e a todo preço. Não é ao acaso que tanto o nazismo quanto o totalitarismo foram os dois sistemas políticos que marcaram de maneira trágica o século XX na medida em que eles têm em comum uma concepção científica do humano e da organização social. Eles se constroem pela erradicação do que constitui a singularidade de cada um, cujo efeito é, primeiramente, de individualização, atomização do tecido social, seguido da fusão dos sujeitos em uma mesma massa (Sauret, 2008).

Talvez a principal diferença entre a sociedade e a sociedade de massas esteja em que a sociedade sentia necessidade de cultura, valorizava e desvalorizava objetos culturais ao transformá-los em mercadorias e usava e abusava deles em proveito de seus fins mesquinhos, porém não os “consumia”. Mesmo em suas formas mais gastas esses objetos permaneciam sendo objetos e retinham um certo caráter objetivo; desintegravam-se até se parecerem a um montão de pedregulhos, mas não desapareciam. A sociedade de massas, ao contrário, não

precisa de cultura, mas de diversão, e os produtos oferecidos pela indústria de diversões são com efeito consumidos pela sociedade exatamente como quaisquer outros bens de consumo. (...) E a vida biológica constitui sempre, seja trabalhando ou em repouso, seja empenhada no consumo ou na recepção passiva do divertimento, um metabolismo que se alimenta das coisas devorando-as (Arendt, 2013, p.258).

O discurso capitalista deixa os sujeitos em pane de autoridade, sobretudo na impossibilidade de simbolizar o que eles perdem de gozo ao falar. O primeiro conluio entre esta “foraclusão da castração” e da “falência da autoridade reguladora” é paradoxalmente a reivindicação do “direito” ao gozar, a uma liberdade sem constrangimento, ao bem-estar, à saúde, etc., numa lógica em que o sujeito se apresenta como um frustrado reivindicando seu direito à reparação (Sauret, 2008). Como nas palavras de Maria Rita Kehl (2011) um sujeito marcado pelo “ressentimento”, condenado a uma espiral de reivindicações e pelo consumo solitário de bens sociais que ele se reconhece proprietário, consumidor e usuário de pleno direito assegurado por uma legislação que eleva sua saúde à categoria de bem de consumo.

A medicalização da existência repudia o cuidado terapêutico das práticas clínicas em nome de uma ciência fundada sob provas. Contexto, em que a psiquiatria constitui uma aposta estratégica essencial, já que é a partir de suas normas que se estabelecem as populações-alvo necessárias para a oferta de novos tratamentos, sejam eles químicos ou educativos.

Como observa Arendt (2013), o que há de deplorável nas teorias modernas do comportamento não é que elas são falsas, mas, que elas podem se tornar verdadeiras. Entretanto, o doente não se reduz a seu comportamento. E é bem porque o humano é incalculável que as normas estatísticas que prevalecem como princípios de governo político se revelam desastrosas (Gori e Del Volgo, 2005). Vivenciamos uma das fases mais reacionárias da história da loucura num contexto em que retrocessos e interesses econômicos têm conduzido à políticas higienistas cada vez mais precoces. Trata-se de uma lógica que visa não apenas transformar o sofrimento psíquico em doença, mas, a psiquiatria em especialidade médica.

Entretanto, a psicanálise nasce justamente da necessidade de ter de tratar desse “gozo” produzido como “resto” da lógica médica. Historicamente falando, a psicanálise é bem-sucedida ao promover o resto como objeto específico de uma situação clínica, de uma maneira quase experimental (Gori e Del Volgo, 2005).

Assim, a aposta atual é a de que esse “resto” que há séculos perturba a medicina pudesse ser eliminado. Aposta radical na transformação do humano em vivente, repetindo a formula científica e totalitária aplicada pelo nazismo ao instalar a vida nua e o poder soberano. Vida que fora absorvida na Modernidade como elemento de controle político e como tal, biopolítico, na medida em que as condições naturais e animais do homem teriam sido absorvidas no campo dos elementos sobre os quais o político também se exerce. A vida nua não se constitui quando cessa o domínio do Direito sobre o vivente, mas, quando a vida foi excluída por sua inclusão no campo do Direito (leia-se psiquiatria) onde a vida torna-se matável por obra do poder soberano juridicamente constituído (ciência) e que determina que o vivente seja excluído e aniquilado. Na lógica das massas, o sujeito é animalizado, naturalizado biologicamente como corpo privado de sua própria diferenciação, mantido absolutamente controlado e dissolvido em meio a uma massa disforme. Fundamento do que aconteceu não apenas nos campos de concentração, mas nos exílios da psiquiatria. “É como se, eliminando esse homem, matamos o conflito que ele representa” (Endo, 2011, p.499). Ou seja, com a exclusão da diferença se realiza a fantasia de eliminação desse “resto” não reconhecido como pertencente ao sujeito no laço social. Entretanto, quando tratamos do estabelecimento do saber da ciência a partir da exclusão do sujeito, anunciamos também um questionamento sobre os efeitos de retorno dessa exclusão (Costa, 2011).

Na lógica das massas, a autoridade se dissolve em uma ideologia científica que não suporta nenhuma contestação. Nessa lógica, a singularidade do sujeito se dissipa e é acompanhada da restauração do poder e da violência. Sem dúvida, é o exercício do poder que tem feito mais contra a autoridade, pois, enquanto a autoridade implica uma restrição da liberdade, mas jamais a abolição dela, o poder visa a abolição radical da mesma. Conforme Arendt (2013) visto que a autoridade sempre exige obediência, ela comumente é confundida com alguma forma de poder ou violência. Contudo, a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesma fracassou. Por outro lado, a autoridade é incompatível com a persuasão, que pressupõe igualdade e opera mediante um processo de argumentação. “Onde se utilizam argumentos, a autoridade é colocada em suspenso. Contra a ordem igualitária da persuasão ergue-se a ordem autoritária, que é sempre hierárquica” (Arendt, 2013, p.129).

Para Arendt (2013) a perda da autoridade é a fase final, embora decisiva, de um processo que durante séculos solapou a religião e a tradição. Com a perda da autoridade,

a dúvida geral da época moderna invadiu também o domínio da política na medida em que com a perda da tradição, não apenas perdemos o fio que nos guiava através dos vastos domínios do passado, mas, a dimensão de terceiridade que legitimava a diferença de posições no seio da comunidade. Assim, quando essa dimensão terceira é destruída, os sujeitos são reduzidos a uma massa de indivíduos cuidadosamente isolados, desintegrados e completamente iguais, o que inevitavelmente abre espaço para a barbárie. Como nos lembra Freud (1921) a vida civilizada só se tornou possível quando a violência bruta do indivíduo foi substituída pelo poder da comunidade num contexto em que todos foram submetidos à mesma autoridade de discurso, a uma ordem simbólica que ao singularizar e interditar um gozo sem limites, tornou possível a vida em comunidade. Mas, como pensar a dimensão da transmissão e do viver junto em uma lógica em que a metáfora fundadora do humano é recusada? O que transmitimos e quais os efeitos *d'isso* na constituição psíquica dos recém-chegados?

De acordo com Sauret (2008) isso implica distinguir a reprodução biológica do nascimento do sujeito na linguagem. Dito de outro modo, a tese freudiana é a de que o humano não é humano apenas porque seus pais são humanos. Mas, porque toma deles os fundamentos de sua própria humanidade. E esta transmissão, até os dias atuais, sem dúvida, passa pela família. A família é a instituição inventada pelos humanos para, além dos cuidados necessários à sobrevivência que poderiam ser assegurados por outros, transmitir à criança a linguagem com sua Lei. Tal é o sentido da educação: introduzir a criança à necessária dependência ao Outro, à autoridade do simbólico e ao “menos gozar” que a faz desejante. Transmitir marcas simbólicas que possibilitem aos pequenos gozar de um lugar de enunciação no campo da palavra e da linguagem, a partir da qual seja possível lançar-se às empresas impossíveis do desejo (Lajonquière, 2006).

6.6 A medicalização na Infância: Recusa do Sujeito e Massificação Social

Como vimos, os objetos específicos da psicopatologia estão cada vez mais dissolvidos na lógica médica em uma aposta de que esse “resto” não reconhecível pudesse ser incluído através da transformação do psíquico em cerebral, dos conflitos humanos em alterações produzidas no sistema dopaminérgico, enfim, numa tentativa de transformação daquilo que experimentamos hoje, sob o modo limite, de estranheza ou de insuportável, como patologia médica (Foucault, 1964).

Por que a cultura ocidental rejeitou para os confins aquilo mesmo em que ela teria podido, afinal, reconhecer-se – em que, de fato, ela própria reconheceu-se de modo tortuoso? Por que ela formulou claramente, a partir do século XIX, mas também desde a Idade Clássica, que a loucura era a vontade desnuda do homem e, no entanto, a colocou em um espaço neutralizado e pálido no qual ela era como que anulada? (...) Entre as mãos das culturas historiadoras não restará mais nada a não ser as medidas codificadas da internação, as técnicas da medicina e, do outro lado, a inclusão repentina, irruptiva, em nossa linguagem, da fala dos excluídos (Foucault, 1964, p.211).

Sobre a transformação do *pathos* em doença Foucault se pergunta: Qual será o suporte técnico dessa mutação? A possibilidade de a medicina dominar a doença mental como qualquer outra afecção orgânica? O controle farmacológico de todos os sintomas psíquicos? Uma definição bastante rigorosa dos desvios de comportamento para que se possa neutralizá-los como convém?

Para Gori e Del Volgo (2005) trata-se da tentativa de devolver à medicina este “resto” irreduzível que há séculos perturba a paisagem ordenada das nostalgias médicas que agora, ancorada em uma nova lógica discursiva, a tecnociência, poderia enfim, ser reduzida e encontraria seus efeitos conjugados no imaginário cerebral.

De acordo com Coser (2010) esta nova língua consiste em metáforas farmacológicas que sustentam a ilusão de que os comportamentos poderiam ser regulados pelo cérebro e que bastaria a introdução de um fármaco para o reestabelecimento do equilíbrio perdido. Metáforas que damos consistência imaginária num contexto em que, quando encarnadas, são vividas ora como um grande enigma ou como “resposta” para o mal-estar inerente ao laço social. Trata-se de metáforas discursivas que, ao instituírem as sintaxes do viver, instauram novas formas de gerenciamento do gozo. Como afirma Costa (2011) propõem uma medida comum para o gozo.

Deste modo, ao estar regido pela lógica do discurso do capitalista, pela lógica da tecnociência, estas metáforas criam a ilusão de que haveria um objeto específico para apaziguar o mal-estar, que desde a psicanálise, é estrutural e estruturante do laço social. Nessa lógica, o sujeito não somente consome, mas se consome produzindo não apenas uma nova economia psíquica, mas o que Lacan (1973-1974) denominou “degenerescência catastrófica” como a resultante da forclusão do Nome-do-pai em benefício do nomear-para. O que implica no apagamento da boa distância entre desejo e

gozo, lançando o sujeito em uma ordem de ferro evacuada do peso da fala do sujeito em que a falta-a-ser necessária ao desejo é substituída pelo fazer e agir.

Ora, a progressiva substituição da função nomeante do pai pela operação de nomear-para tem como consequência a inversão do progresso civilizatório descrito por Freud (passagem do matriarcado, evidência sensível, para o patriarcado, conjectura). Assim, se a mãe se considera capaz de realizar a operação de *nomear-para*, não há mais necessidade de intervenção do terceiro. Isso determina algo que se pode denominar de um ressurgimento do matriarcado, em sintonia com os progressos da civilização científica, que autoriza o sujeito a se privar do Nome-do-Pai e assim a se esquivar do indispensável trabalho de subjetivação que é requerido de quem quer viver no desejo (Fleig, 2010).

Desta forma, ao desumanizar o *pathos*, destruímos as condições necessárias para a subjetivação na medida em que o discurso científico introduz uma certeza sem precedentes na história ocidental. Privar-se do Nome-do-pai ou dessa dimensão Terceira implica na radical realização do mito do indivíduo, que atualmente se impõe de forma logicamente aceitável em processos de reificação, instrumentalização, manipulação e de massificação social e biológica que conduzem ao risco de uma indiferenciação, ou seja, do completo apagamento do sujeito. Lógica em que o sujeito se encontra reduzido à condição de evidência científica exigindo as provas formais da ciência, da técnica e dos procedimentos jurídicos, esvaziando e desqualificando o lugar da palavra (Gori e Del Volgo, 2005).

Entretanto, se a ciência é capaz de responder ao “como” as coisas funcionam, ela é incapaz de responder ao “porquê” as coisas são o que elas são. De acordo com Sauret (2008) a ciência fornece significações, mas deixa o sujeito em pane de sentido. “Ora, os sujeitos seguem fabricados da mesma maneira: eles demandam, por estrutura, esta função da autoridade que permite a cada um se confrontar com a questão sobre quem ele é e tentar em ato uma resposta” (p.131).

Atualmente, o mito contemporâneo de aposta na possibilidade de que uma transmissão possa ser feita de forma anônima, parece mais do nunca se realizar numa lógica em que a aposta no objeto substitui a potência da linguagem. Nesta lógica, a promessa mercadológica se efetua de maneira em que o objeto, ao invés de funcionar como um representante simbólico que metaforiza a relação com o Outro, “se interpõe em uma pretensa economia da relação, supostamente “poupando” o trabalho de se relacionar com todo mal-estar e equívocos que isso comporta, pois haveria um objeto realmente adequado à satisfação” (Jerusalinsky, 2017, p.47).

Curioso notar que é desta lógica que decorre o que há de mais atual em termos de discurso pedagógico e que gira em torno da pergunta sobre a adequação ou não de determinado objeto (incluindo a metodologia pedagógica, também tomada nesta lógica mercadológica) para cada faixa etária ou “fase do desenvolvimento” da criança. E mais, é como se qualquer transmissão realizada pelos adultos em posição educativa fosse pernicioso para os pequenos, introduzindo a fantasia de que seria possível uma assepsia desta relação. Como atestam os pais que se “negam” a dar um nome para seu filho com o objetivo de que ele mesmo possa fazer essa escolha!

A ideia implícita, entretanto, de que é possível não influenciar os filhos nas escolhas, ou seja, de que essa escolha poderia ser autônoma, reflete bem a crença louca de uma época que parece condenar como pernicioso qualquer lastro que condicione, a partir do passado, o futuro. Que os pais não decidam deliberadamente o destino dos filhos não significa que não o influenciem de nenhum modo (Voltolini, 2011, p.266).

Interessante, pois, quando o ideal de autonomia é levado à cabo, revela a tentativa dos adultos de “poupar” os recém-chegados do necessário trabalho de subjetivação.

De acordo com Voltolini (2011) o sujeito capitalista sustenta a ilusão de que seria possível livrar-se dos constrangimentos impostos pela civilização para sua completa realização. Ilusão de que ele poderia se autodeterminar, autorizar-se por si mesmo fora do laço com o Outro e de suas determinações inconscientes. “Toda essa ilusão de autonomia, é claro, serve para que o indivíduo não perceba outra determinação, essa sim, a que propulsiona o sistema capitalista: a determinação do objeto sobre o sujeito” (p.270). Entretanto, como todo objeto de consumo, o objeto do capitalismo é produzido em série, logo, para um objeto padrão, um sujeito massificado. “A tarefa importante e decisiva para o capitalista é como seduzir. Utilizar-se da própria dinâmica do desejo para suprimi-la, instaurando o reino da necessidade” (Voltolini, 2011, p.270).

Dito de outro modo, o atentado ao corpo, à vida nua que se efetuou nos campos de extermínio, prefigura o atentado que se exerce hoje cotidianamente graças ao desenvolvimento da tecnociência e do universalismo que ela promove (Lebrun, 2010). E aqui, não nos referimos apenas ao lugar ocupado pelo objeto de consumo, como por exemplo o lugar intoxicante ocupado pelos gadgets, tablets, etc., mas aos efeitos que essa desumanização tem produzido graças ao governo das condutas que visa guiar e orientar a vida cotidiana, numa lógica em que a violência se exerce em nome das “políticas do cuidado”.

Após Michel Foucault numerosos trabalhos têm contribuído para mostrar que em nossa época moderna “governar” é fazer com que cada um se governe por si mesmo e que o “governo dos corpos” se redistribui atualmente a partir de novas formas de biopolítica das populações que operam pela interiorização das normas culturais. A inclusão recíproca do corpo e da linguagem é preciosa e pertinente em particular já que ela mostra até que ponto a construção de uma “ordem natural” ou “médica” pode servir para defender uma ordem moral e contribuir para satisfazer os interesses econômicos das indústrias de saúde (Gori e Del Volgo, 2008, p.261).

Sendo assim, se a “ordem” é “natural” supõe-se que a mesma seja regida pelo mesmo princípio que rege a vida dos seres vivos: a homeostase. Por isso, não é de se estranhar que não apenas a mesma seja ordenada pela lógica da “adaptação”, mas que recuse qualquer indício de mal-estar. O que conduz a uma patologização daquilo que escapa à ordem “natural” recusando o que é da ordem civilizatória. Aliás, o que já havia sido anunciado por Ariès (1981) no clássico “História Social da Criança e da Família” em relação ao interesse dos adultos pela educação das crianças: “Tentava-se penetrar na mentalidade das crianças para tentar adaptar a seu nível os métodos de educação” (p.174). E podemos pensar que a lógica atual seria a de tentar penetrar na mentalidade dos especialistas para “saber” quais as “necessidades reais”, leia-se “necessidades naturais” das crianças. O que coloca algumas questões. Primeiro, a constatação de que nessa lógica o saber está do lado do especialista, o que introduz a perguntar sobre o lugar daqueles que encarnam o lugar de primeiros Outros na constituição psíquica de uma criança. Em segundo, estando esse saber no mesmíssimo lugar da mercadoria, ou seja, sendo um objeto de consumo, está sujeito à mesma obsolescência programada própria ao capitalismo, ou seja, com o propósito de que o mesmo se torne obsoleto após certo prazo para forçar os consumidores a comprar a “nova geração” do produto (Jerusalinsky, 2017).

Nessa lógica, as “descobertas científicas” não apenas são ofertadas ao consumidor como “a última geração” do produto, como obedecem à lógica da sedução. Nesta ordem, a mercadoria lança olhares amorosos aos compradores, imitando e oferecendo nada mais que os mesmos olhares amorosos com os quais os compradores tentam cortejar os objetos humanos do desejo com o objetivo de criar no outro uma nova necessidade, a fim de obrigá-lo a um novo sacrifício, de impingir-lhe uma nova dependência, de induzi-lo a uma nova forma de prazer em que a mercadoria é criada à imagem da ansiedade do público consumidor. “À medida que a estética da mercadoria é “recebida” pelo comprador, determinando seu comportamento (...), ele se vê numa situação comparável à de Tântalo, ludibriado permanentemente pelas mais belas ilusões de suas necessidades –

ao tentar apanhá-las, elas desaparecem. Tântalo é um consumidor inveterado” (Haug, 1997, p.47)

Assim, a racionalidade científica, ao funcionar na ordem do discurso do capitalista, não apenas arrebatou todas as figuras de autoridade, mas acabou por afetar todos os domínios da vida deixando subsistir o ideal do saber sem falhas que ela contribui para criar (Sauret, 2008). O entusiasmo pelo “novo” exibido em quase todos os aspectos da vida e a confiança na “perfectibilidade ilimitada” presumivelmente resultaria em uma atenção maior dada aos recém-chegados por nascimento, as crianças. Dessa fonte, derivou-se um ideal educativo impregnado pelas ideias de Rousseau em que a educação se tornou um instrumento da política e a própria atividade política concebida como uma forma de educação. Entretanto, a educação não pode desempenhar nenhum papel na política, pois na política lidamos com aqueles que já estão educados. O que há é um simulacro de educação, na medida em que o objetivo real é a coerção sem o uso da força (Arendt, 2013).

Deste modo, o que torna a crise educacional particularmente aguda é a tentativa de “igualar ou apagar tanto quanto possível as diferenças entre jovens e velhos, entre dotados e pouco dotados, entre crianças e adultos e, particularmente, entre alunos e professores” (Idem, 2013, p.229). Diante da desvalorização da palavra e de qualquer perspectiva de transmissão, restou aos adultos “seduzir”. Nessa perspectiva, os adultos em posição educativa acabam por encarnar o próprio funcionamento da mercadoria, ora colocando-se como detentores da última geração das metodologias pedagógicas do mercado, ora realizando as vontades da criança, valorizando-as e elogiando suas produções. Nessa lógica, a dimensão terceira fica excluída e o que se produz aí é um simulacro de educação.

Tudo ocorre, então, lembrando o mecanismo hipnótico, a fim de que, submersos na educação, possamos *esquecer* aquilo para que estamos mesmo ali reunidos, ou seja: o *em nome de* (que, lembremos, nada por acaso é o terceiro, que impede que a cena se feche nos dois que pretendem fazer Um, marcando que a validade daquilo está situada num mais além, no Outro) (Voltolini, 2011, p.273).

O exercício da autoridade, assentando-se sobre um alicerce no passado, sobre o patrimônio legado pelas gerações anteriores, cederia espaço para o exercício tirânico da sedução em uma dinâmica narcísica de reconhecimento em que esta violência, estando mascarada, não encontraria mais objeção. A diferença entre tirania e autoridade é que o

tirano governa de acordo com seu arbítrio e interesse, enquanto que a autoridade é limitada e está submetida à Lei. Dito de outro modo, a sedução desloca a cena educativa para o campo materno, introduzindo a criança num jogo especular e alienante, num convite mortífero à não distinção e à não separação (Idem, 2011).

Entretanto, como sabemos, é preciso que cada sociedade se encarregue de transmitir essa humanização e legitimar aqueles que assumem esta função, na medida em que, sem renúncia pulsional, não há civilização. Os gozos pulsionais da criança devem encontrar um não para que ela seja constrangida a se reorganizar de um modo diferente a partir da perda do objeto com a qual ela deve consentir. Tarefa reservada inicialmente à família, em seguida à escola, pois está fora de questão qualquer possibilidade de aprendizagem sem renúncia ao gozo (Lebrun, 2010).

Mas, como seria possível essa renúncia numa lógica em que o adulto se encontra em posição especular diante da criança?

De acordo com Lajonquière (2009) o que se produz aí é um infanticídio simbólico uma vez que a sustentação do lugar de assimetria entre adultos e crianças não encontra mais lugar e a tarefa de familiarizar a criança foi entregue ao discurso médico, pedagógico e jurídico. Nesse contexto, a criança ora aparece situada na posição de selvagem, ora na posição de extraterrestre, figurações da impossibilidade de acolher esta diferença. Trata-se de um lugar altamente idealizado que exprime desejos ambivalentes frente à criança. Queremos eternizá-la, mas também exterminá-la naquilo em que ela apresenta de diferença num contexto em que o mal-estar, não podendo ser reconhecido pelo saber parental, é convertido em transtorno, em patologia.

Que uma criança seja recebida como se fosse um estrangeiro não é equivalente a que o seja como se fosse um extraterrestre ou um selvagem. Do indivíduo considerado um selvagem aquele que se toma por civilizado pretende manter certa distância. Se o considera um bom selvagem, então quererá estudá-lo de forma minuciosa e científica para, assim, saber a exata medida da diferença que há entre ambos e, dessa maneira, apagar o estranho mistério que tanto anima um quanto angustia o outro. Ao contrário, se se trata de um mau selvagem, o civilizado tentará livrar-se da temerária estranheza organizando uma campanha de extermínio. Por outro lado, do extraterrestre no fundo nada queremos saber, tão-só queremos manter sempre a mesma distância que, ao mesmo tempo, nos permita adorá-lo, sonhá-lo, como também fugirmos dele, caso lhe ocorra aproximar-se um pouco mais de nós. Em suma, tanto um quanto outro são tratados diferentemente de um estrangeiro sobre o qual supomos, com maior ou menor simpatia, que possui coisas de um Outro mundo para nos contar (Lajonquière, 2009, p.168).

Assim, se partirmos do pressuposto de que a função simbólica, a transmissão da Lei somente se torna possível porque há uma falha no universal que enxerta nele algo de uma singularidade, de um não anonimato (Lacan, 1959-60) como poderíamos pensar a posição dos adultos em posição educativa (pais, educadores) quando os mesmos se encontram orientados pelo discurso da tecnociência, logo, por um saber que se pretende sem falhas, portanto, absoluto?

Como observa Lacan (1973-74) para portar esse nome — o Nome-do-Pai —, não basta que aquele que encarna o Outro, o Outro como tal, encarne a voz, a saber, a mãe fala, através da qual a fala se transmite, seja reduzida a esse nome. Não basta que a mãe seja reduzida ao nome do pai, é preciso que traduza o Nome-do-Pai por um não. A homofonia em francês é maior: *nom du père* e *non*, o não que diz o pai, ou seja, esse nome não fica somente no nível do dizer, mas, se converte pela voz da mãe em um certo número de interdições. Mas, como pensar a metáfora humana, a dimensão da Lei quando o nome do pai é substituído pela função de nomeação, ser nomeado para alguma coisa?

Para Lacan, isso implica que bastaria a mãe para designar o projeto numa ordem social de ferro em que o nome do pai está forcluído. Para Lacan aqui reside o sintoma atual. De modo que “não se trata somente de reintroduzir o Nome-do-Pai no discurso geral, mas também na consideração científica. Ora, como reintroduzi-lo na consideração científica se é a forclusão da verdade que a caracteriza?” (Porge, 1998, p.195).

Nessa lógica, o sintoma da criança *não é* o sintoma do casal parental, na medida em que estando o nome do pai forcluído, bastaria a mãe para designar o projeto, o que para Lacan (1973-74) consiste no princípio mesmo da loucura.

Para Lacan (1973-74) a função de resíduo que sustenta a família conjugal na evolução das sociedades, coloca em valor o irreduzível de uma transmissão, consistindo na relação com um desejo que não seja anônimo. Para ele, é daí que decorre as funções da mãe e do pai: da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, mesmo que seja pela via de suas próprias faltas, e do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo.

Nesse contexto, poderíamos pensar que a transformação do mal-estar na infância em patologia médica não consistiria justamente nessa operação de forclusão do nome-do-pai na medida em que busca eliminar a distância entre a criança e o ideal que ela encarna? Dito de outro modo, “O encontro objetivo de tal determinismo orgânico se faz às expensas da exclusão de bordas subjetivas, exclusão necessária ao diagnóstico” (Vorcaro, 2011,

p.222). O que nos coloca frente aos impasses colocado pela incidência do diagnóstico e do uso dos psicofármacos na subjetividade, fundamentalmente, em sujeitos que ainda estão em constituição.

6.7 Sobre os efeitos do Diagnóstico e da Medicalização na Infância

“Sob o império das normas, se apaga a Lei” (Genet)

Se inicialmente o projeto da psiquiatria consistiu em inventariar por meio da observação objetiva os diversos quadros psicopatológicos e sua decomposição, esta clínica desapareceu, sendo substituída por uma linguagem codificada que pretende transcrever as manifestações da criança (Vorcaro, 2011). Foi a partir do DSM III que a abordagem psicopatológica foi excluída, dando lugar a uma abordagem empírico-pragmática que transformou o *pathos* em transtorno de natureza biológica, excluindo a vida psíquica e a história do indivíduo que dele padece (Pereira, 2008), ao mesmo tempo em que oferece uma explicação, uma resposta “única” para o mal-estar. Nesse sentido, não deixa de ser curioso que um instrumento que se pretende a-teórico coloque quase de maneira *prêt-à-porter* os fenômenos que ele classifica como de natureza biológica, numa lógica em que quando não se encontra nenhuma lesão, quando o exame neurológico dá negativo, mas ainda assim existem os sintomas, torna-se legítimo afirmar que há uma “lesão”, uma “disfunção” mínima que não se pode provar, mas que extrai sua razão da lógica do discurso médico. “Eu não posso provar a lesão, mas não é por isto que ela não existe; eis o que são “as lesões ou disfunções cerebrais mínimas”: o resultado lógico de um pensamento determinado” (Bergès, 2008, p.112).

Nesse contexto, a ciência fabrica fatos credíveis em nome de ideias aptas a reforçar o conformismo das opiniões e dos preconceitos. Assim, quando as pesquisas invocam a primazia dos fatos, seu argumento se assevera em parte retórico já que elas se confrontam com o impasse produzido pelo dispositivo que as fabrica, a saber, seus vieses ideológicos e de crença no instrumento. “Vemos aqui o retorno de um neocientismo, mais técnico, mais pragmático, mais oportunista e mais imoral do que aquele que se desenvolveu no século XIX, um verdadeiro theocientismo” (Gori e Del Volgo, 2008, p.261).

Entretanto, como pensar os efeitos dessa “nomeação” diagnóstica produzida pelo DSM numa lógica em que seu discurso se pretende sem avesso, sem faltas e sem furo?

Dito de outro modo, na medida em que se propõe e enunciar “A VERDADE” sobre o sujeito? E mais, como pensarmos os efeitos dessa “nomeação” a partir da premissa de que a criança precisa diferenciar-se do ideal para constituir-se como sujeito?

De acordo com Vorcaro (2011) é a partir de sua captura no campo do Outro que o organismo toma corpo. Em sua ilusão de ter um corpo ensaia a conquista de seu organismo de modo que a imagem capturada pelo EU é, ao mesmo tempo, antecipadora de um sujeito a vir e encobridora do que já tinha sido atribuído à criança. Entretanto,

A imagem não é tudo o que está em jogo nessa assunção narcísica da criança. O que não é especularizável são os resíduos das discordâncias inomináveis. Elas permitem manter certa distância do que seu corpo é para o outro sem perder nem o corpo, nem o outro. O sujeito é esse impedimento, essa mediação, essa defesa entre seu corpo e o Outro, esse exército que protege o corpo da captura do Outro, o que a reduziria a seu corpo, ou seja, a objeto de gozo do Outro (Idem, 2011, p.227).

Dito de outro modo, é somente a partir da morte dessa representação narcísica primária que um *infans* pode vir a falar. Trata-se da morte da criança maravilhosa ou terrível que fomos nos sonhos daqueles que nos conceberam para que uma outra lógica apareça, comandada pela impossibilidade de realizar esta morte de uma vez por todas e pela necessidade de perpetrá-la toda vez que nos pomos verdadeiramente a falar (Leclaire, 1977).

A criança ao não querer ocupar o lugar dessa criança transmite aos pais um golpe fatal. Não apenas destrói a chave desse sonho em que os pais vivem, como mata uma segunda vez essa criança maravilhosa que eles não foram ou suporam ter sido, obrigando os pais a fazerem um luto que eles não estiveram dispostos a fazer. Tarefa bastante difícil para um “bom filho” (Idem, 1977, p.20).

Entretanto, como se separar dessa representação primária numa lógica em que a medicação, especialmente o metilfenidato, produz como efeito “o entorpecimento da espontaneidade da criança com a produção de docilidade e conformidade”? (Jerusalinsky, 2011, p.250) num contexto em que é atribuída a ela a causa do mal-estar do adulto?

Desta forma, a medicação se transforma em uma resposta coercitiva ao mal-estar, em que a parte mais fraca, nesse caso, a criança, estaria colocada, por meio da droga, como objeto num contexto em que os efeitos produzidos pelo fármaco, submissão e obediência, poderiam vir a impedir radicalmente seu processo de separação e diferenciação, já que na lógica do discurso médico as manifestações da criança são equivalentes à de todas as outras portadoras do mesmo transtorno. E não nos parece ao

acaso que o diagnóstico e o início do dito “tratamento” seja desencadeado pelos conflitos com os adultos na escola ou na família.

Quase sempre o tratamento começa quando se desenvolvem conflitos com adultos na escola ou em casa. E na maioria das vezes é a escola que sugere ou mesmo pressiona para que os pais concordem em da medicação para seus filhos. Muitas destas crianças logo desenvolvem depressão, alucinações, medos paranoias e outras reações induzidas por drogas quando estão tomando os psicoestimulantes, então, os profissionais que dela tratam, concluem, quase sempre erroneamente, que as crianças sofrem de depressão, esquizofrenia ou desordem bipolar, e que estas síndromes foram “desmascaradas graças” aos estimulantes. Assim, prescrevem-se drogas adicionais tais como antidepressivos e neurolépticos, por exemplo. Desta forma, as crianças que foram tratadas com estimulantes por sua falta de atenção ou por sua hiperatividade, terminam sob o efeito de múltiplas drogas psiquiátricas para adultos, que podem causar efeitos adversos muito graves, incluindo por exemplo psicose e discinesia tardia (Jerusalinsky, 2011, p.253).

O que podemos atestar a partir de nossa experiência clínica em que atendemos não apenas crianças diagnosticadas com TDAH, mas adolescentes que foram diagnosticados e passaram sua infância fazendo uso contínuo do metilfenidato. Crianças e adolescentes que em sua maioria receberam o diagnóstico quando entraram no dispositivo escolar (centros de educação infantil e escolas regulares) e foram encaminhados pela escola para a realização do diagnóstico pelo neuropediatra que, sempre escolhido à dedo, garantiria o diagnóstico e a prescrição medicamentosa. Essas crianças, na maior parte, meninos, receberam o diagnóstico a partir dos 3 anos de idade quando ingressaram na educação infantil e começaram a fazer uso da medicação a partir dos 6 anos quando de sua entrada no ensino regular.

Nesse contexto, talvez um caso seja paradigmático para pensarmos os efeitos produzidos não apenas pelo uso da medicação, mas, sobretudo, pela incidência do diagnóstico na constituição da subjetividade da criança.

Trata-se de um adolescente que recebeu o diagnóstico de TDAH aos 3 anos de idade quando ainda frequentava a educação infantil devido a sua “hiperatividade” e “impulsividade” na classe escolar. Primeiro filho de um casal jovem, essa criança estava investida de todas expectativas depositadas sobre um primeiro filho. Ganhava tudo que esperava, era mimado, cuidado excessivamente e mais, podia fazer absolutamente “tudo” que pretendia. O que provocava imensas dificuldades em sua adaptação na educação infantil, na medida em que não apenas não obedecia suas professoras como não tinha nenhum interesse pelas atividades realizadas na escola. Diante desse contexto, a escola sugeriu uma avaliação neuropsiquiátrica. A criança é levada pelos pais ao neuropediatra

que assegura o pertencimento desses comportamentos a um transtorno denominado TDAH, mas que era necessário aguardar a idade de seis anos para iniciar o uso da medicação, sugerido então um acompanhamento psicopedagógico como atenuador da situação.

Interessante que as palavras do neuropediatra tiveram tanta valência e poder que conduziram os pais a organizar suas vidas para acolher a “doença” do filho: reformaram a casa construindo um quarto “exclusivo” para que o menino pudesse “vivenciar de modo pleno” sua hiperatividade, ao ponto de não terem se surpreendido quando a criança, na ocasião com 4 anos de idade, desmontou esse quarto, inclusive, desfazendo toda a instalação elétrica. Como me disseram os pais, dele se podia esperar “tudo”, o que paradoxalmente, o colocava na posição de “nada”.

Quando ingressou na escola regular, as dificuldades aumentaram, entretanto, foram rapidamente atenuadas pela prescrição medicamentosa. Segundo os pais, começaram usando Ritalina, mas como a duração do efeito medicamentoso era curto (3 a 5 horas), optaram pelo uso da Ritalina LA que possui um efeito de até 12 horas.

O “tratamento” Ritalina associado com sessões de psicopedagogia se estendeu até os 14 anos desse menino quando já em estado completamente psicótico enfiou uma vassoura no ânus que atravessou seu intestino quase o levando à morte.

Após esse grave incidente, começamos a atender esse menino em sua casa, já que o mesmo recém havia saído do hospital e estava com uma bolsa de colostomia atada a seu corpo. Como até então só havíamos realizado algumas entrevistas com os pais, nos surpreendemos com o grau de desorganização desse adolescente. Não diferenciado do outro, ele mal conseguia manter distância. Se comportava “literalmente” como um “retardado”. Nunca havia ido para a escola a pé, apesar de morar ao lado dela. Não mastigava os alimentos, sua higiene era precária de maneira que não limpava o ânus quando fazia suas necessidades básicas. Manuseava os genitais de maneira desinibida, inclusive expondo-os durante as sessões.

Começamos o trabalho construindo bordas. Adentrando na vida desse garoto tentando encontrar algum ponto de ancoragem em meio a tanta desorganização. Diante da gravidade do caso, passamos a atendê-lo 3 vezes por semana participando de sua rotina diária e expandindo as sessões para o espaço público. Fomos ao buffet e ele pegou a comida com as mãos. Fomos à confeitaria e ele não “enxergava” que havia uma fila a ser

respeitada. Fomos para a rua e ele não fazia a mínima ideia de onde estava e nem como chegar aos lugares que combinávamos.

Começamos a introduzir mapas, sim, mapas. Não se tratava de explicar como ele deveria chegar, era necessária alguma Outra coordenada, diferente daquela “visada totalitária” que atestou seu fim de sujeito, as coordenadas do TDAH.

Diferente dos atendimentos psicopedagógicos, “nada” sabíamos. E foi essa posição de “nada saber” que permitiu que esse garoto, após 10 anos de atendimento, pudesse construir algumas coordenadas para sua vida. Passou no vestibular e curiosamente fez sua escolha pelo curso de “História”. E talvez possamos pensar que essa escolha não foi ao acaso, na medida em que serão necessárias muitas histórias para elaborar o excesso de real que habitou sua vida.

O que nos permite pensar que o diagnóstico de um transtorno pode “decidir” sim sobre a estruturação do sujeito ao tornar-se o traço prevalente através do qual ele é reconhecido pelos agentes parentais e pelos agentes de seu tratamento, de tal maneira que a importância do distúrbio pode adquirir tanto privilégio que a criança sujeito se perde no organismo em risco de insuficiência permanente (Vorcaro, 2011). Contexto em que a nomeação precoce pode provocar um deslocamento da identidade atribuída à criança na medida em que provoca efeitos no lugar da mesma no fantasma parental. Aqui, no lugar de detentores de “um saber parental sobre a criança”, os pais se tornam “funcionários do discurso médico” (Clavreu, 1983) apagando-se como sujeitos e seguindo à risca as prescrições do discurso médico. Assim, transferem suas funções ao saber do especialista, agente do saber pleno, depositando nele as expectativas em relação ao futuro da criança a partir da “profecia” colocada pelo diagnóstico que não apenas antecipa o futuro da criança, mas acaba funcionando como um veredito insuperável, estabelecendo assim uma nova filiação que baliza e justifica os atos, as falas e as condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua própria de filiação. Inserir uma criança no laço social a partir de uma patologia é o mesmo que impedir qualquer possibilidade de constituição subjetiva, na medida em que a figuração imaginária da patologia determina não apenas a produção discursiva sobre a criança, mas seu futuro enquanto sujeito (Vorcaro, 2011). Ou seja, diante da impossibilidade de matar a criança do ideal, mata-se uma criança na realidade. Como nos lembra Leclaire (1977) “o que se tem de matar é uma representação presidindo, tal qual um astro, o destino da criança de carne osso” (p.18).

Entretanto, se cabe à ordem familiar e social tomar para si a tarefa de se ocupar dessa representação narcísica primária que obstaculiza o processo civilizatório, como podemos pensá-lo numa lógica discursiva que sustenta a “promessa” do encontro entre o ideal e o sujeito? E mais, o que poderia fazer objeção, obstáculo à essa promessa de reencontro entre o objeto e o sujeito promovida pelo discurso da ciência e do capitalismo?

De acordo com Sauret (2008) a criança deve se separar da autoridade dos pais e a neurose o curar de sua dependência do Outro a fim de que ela possa assumir a responsabilidade pelo mundo e por sua vida. Construir um sintoma que possa fazer laço com o outro, dar estilo à sua vida. O sujeito contemporâneo precisou descobrir que não existe Outro à altura do que ele espera. Por isso, tenta recriá-lo para assegurar seu ser, sua singularidade, numa tentativa de não ser reduzido a um objeto da ciência, do saber, ou do mercado. Daí a importância do sintoma. Ele indexa o ponto onde nenhum Outro possa exercer o menor poder sobre ele sem seu consentimento. Mas, no caso de uma criança, o exercício desse poder seria sem consentimento? Como fazer emergir de um corpo-morto a palavra numa lógica em que se espera de dois fazer UM?

A eventualidade de uma criança que vai nascer parece reatualizar esta perda e introduzi-la no reconhecimento que marca seu corpo e sua história. Todo desejo e toda espera de uma criança parecem passar por este retorno, o da representação da criança no narcisismo parental. Na falta deste, se o “mata-se uma criança” ou a “criança-morta” não inauguram o nascimento, confrontamos com a espera de uma criança reduzida a um retorno do semelhantes que deixa pressagiar uma captura desta última seja na rede da psicose, seja nas redes mais radicais da morte na realidade” (Benhaim, 2007, p.15).

Assim, mesmo que a criança faça sintoma, ela continua em uma relação de dependência do Outro, conseqüentemente, na dependência desta dependência que se tornou fundamental. O que abre campo para as manifestações psicopatológicas em que as crianças, imediata e totalmente satisfeitas, se desorganizam em diversos quadros psicopatológicos num contexto em que os pais dizem: Não entendo por que meu filho é assim, ele tem “TUDO” para ser feliz (Idem, 2007).

Deste modo, a escola poderia consistir em uma dimensão terceira desde que esta função tenha sido reservada ao pai como metáfora estruturante da linguagem e do pensamento, sustentando a distância entre o ideal e o sujeito. Contudo, como sustentar essa posição terceira, na medida em que a escola também reivindica à moda “mãe toda” uma adequação da criança ao ideal alimentando ao mesmo tempo as fantasias maternas de fusão e as queixas infantis de reivindicação ao gozo?

Como sabemos, a psicanálise nasceu de uma crise da representação do objeto - o sofrimento psíquico - representado pela histeria e pela impossibilidade de captura total da mesma pelo discurso médico. Nessa lógica, a psicanálise não discute a “boa relação” pedagógica, antes adverte sobre impossibilidade do ato educativo. Não que uma educação seja impossível, mas ela só se torna possível quando “não toda”. O que implica o reconhecimento da distância entre o sujeito e o ideal e a decepção antecipada de que os resultados de antemão serão insatisfatórios. Por isso, uma educação bem-sucedida é aquela que fracassa justamente por “impedir” o encontro entre o objeto e o ideal, entre o sujeito e o discurso.

Nesse sentido, processo educativo e processo civilizatório aparecem como sinônimos já que é na própria humanização que a educação encontra sua tarefa mais determinante. A educação não se instala através de um mero prolongamento da vida, mas através de uma “violência” que introduz a criança em uma “outra ordem” simbólica e civilizatória, com a condição de que cada um possa se apoiar sobre o que é como objeção ao saber. Que diante da ausência de garantias se faça “autor” e que possa, a partir do encontro com o outro, renovar sua aposta no viver junto. Em outras palavras, que não renuncie a contribuir para a criação de um laço social que possa incluir a diferença, sobretudo, quando é ela que nos torna radicalmente humanos.

VII – REFERÊNCIAS

- ABRASME. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Iniciativa Exemplar da SMS de São Paulo*. Nota da Associação Brasileira de Saúde Mental, 2014. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/mensagem/view2?q=MTY4NTUIMkMxNTEIMkM5ZWQ3M2VhODc0ZjFiOTIwMWI5OGU5Y2Y5YTA3ODJIZA>>. Acesso em: 23/03/2016.
- AGAMBEN, Giorgio. *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris: Rivages poche, 2014.
- A.L.I. (Association Lacanienne Internationale). *Ces enfants turbulents nommés "T.D.A.H"*. Disponível em: <http://www.freud-lacan.com/index.php/fr/controverses/tdah/4703-ces-enfants-turbulents-nommes-t-d-a-h>>. Acesso em 23/03/2016.
- AJURIAGUERRA Julian de. *Manual de Psiquiatria Infantil*, Espanha: Ed. Masson S.A, 1972.
- ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. 11.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.
- _____. *Entre o passado e o futuro*. Tradução Mauro W. Barbosa. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. RJ: Zahar, 1981.
- BACKES, Carmem. *Família e Estado: o adolescente e as instituições de autoridade*. In: Autoridade e Violência. Porto Alegre: APPOA, 2011.
- BADINTER, Elizabeth. *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno*. RJ: Nova Fronteira, 1985.
- BANKS-LEITE, Luci e GALVÃO, Izabel. *Uma Introdução à história de Victor de Aveyron e suas repercussões*. In: A Educação de um Selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard. Luci Banks-Leite e Izabel Galvão (organizadoras). São Paulo: Cortez, 2000.
- BENHAÏM, Michèle. *Amor e ódio: a ambivalência da mãe*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2007.

BENTES, Ana Lúcia Seabra. *Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

BERCHERIE, Paul. *Genesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós, 1988.

BERCHERIE, Paul. *A Clínica Psiquiátrica da Criança: estudo histórico*. IN: Cirino, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. P.127-144.

BERGÈS, Jean. *Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transativismo*. POA: CMC Editora, 2002.

_____. *O corpo na neurologia e na psicanálise*. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.

BERNARDINO, Leda Fischer; KAMERS, Michele. *A creche e o brincar: Alternativas para a educação no primeiro ano de vida*. Estilos clin., São Paulo, v. 8, n. 15, jun. 2003 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282003000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 set. 2013.

BIAREZ, Sylvie. *Politique de santé mentale et mouvement associatif en France*, Pyramides [En ligne], Disponível em: <<http://pyramides.revues.org/457>> Acesso em 23/03/2016.

BOFFEY, Daniel. *Children's hyperactivity 'is not a real disease', says US expert*. *The Observer*, Londres , 30 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.theguardian.com/society/2014/mar/30/children-hyperactivity-not-real-disease-neuroscientist-adhd>>. Acesso em: 23/3/2016

BRASIL. *Lei Federal nº 8069*, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, RAADH. *Recomendações do Ministério da Saúde Para Adoção de Práticas não Medicalizantes e para Publicação de Protocolos Municipais e Estaduais de Dispensação de Metilfenidato para Prevenir a Excessiva Medicalização de Crianças e Adolescentes*, 2015.

BRATS - *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*. Ano III, n 23, março de 2014. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f9021b8047aad12aa094af917d786298/brats23.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 01/04/2016.

CALAZANS, Roberto; LUSTOZA, Rosane Zétola. *A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde*. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, abr. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 set. 2013.

CARRIJO, Adriana. *Da Pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do cuidado*. In: XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_304.pdf. Acesso em 18/09/2013.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHECCHIA, Marcelo Amorim. *A Clínica Psicanalítica é um Dispositivo?* In: Revista A Peste, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 89-100, jan./jun. 2010.

COSER, Orlando. *As metáforas farmacológicas com que vivemos: Ensaio de Metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

COSTA, Ana Maria Medeiros da. *Classificação e medida comum de gozo*. In: O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea, São Paulo, Editora Via Lettera, 2011.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. RJ: Edições Graal, 1999.

DINIZ, Margareth. *Os equívocos da infância medicalizada*. In: FORMACAO DE PROFISSIONAIS E A CRIANCA-SUJEITO, 7., 2009, São Paulo. Proceedings online. Available from: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn. Acess on: 18 Sep. 2013.

DOLTO, Françoise. *O caso Dominique*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. _____. *Prefácio do livro A primeira entrevista em psicanálise de Maud Mannoni*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2 ed., 1986.

DUCHÉ, Didier-Jacques. *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, in Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France « Quadrige », 2004 (2e éd.), p. 3-13.

ELIA, L. *Psicanálise: clínica e pesquisa*. Em S. Albertini & L. Elia, (Orgs.) Clínica e pesquisa em Psicanálise. (pp.19-35) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. *A Psicanálise na Atenção Psicossocial: o dispositivo psicanalítico ampliado na rede pública*. In: Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba. Associação Psicanalítica de Curitiba, n.26, 2013. Curitiba: APC, 1997, ----.

ENDO, P. *Elaboração onírica e representação na literatura de testemunho pós-ditadura no Brasil*. In: Trauma, memória e transmissão: A incidência da política na clínica psicanalítica. SP: Primavera editorial, 2009.

_____. *A Ressurgência da tirania como elemento originário da política*. In: entreto o poético e o analítico. SP: Fapesp-Mercado das Letras, 2011.

_____. *Um futuro sem origem: transmissão, autoridade e violência*. In: Autoridade e violência. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre: APPOA, 2011.

EY, Henry, BERNARD, Paul, BRISSET, Charles. *Manual de psiquiatria*. 5.ed. Rio de Janeiro: Masson, Atheneu, s.d. 1.257p.

FLEIG, Mário. *Apresentação do livro O Mal-Estar na Subjetivação*. Jean-Pierre Lebrun. Porto Alegre: CMC, 2010.

FOUCAULT, M. (1964). *A loucura, a ausência da obra*. In: Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da Prisão*. 38ª ed., Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. (1926-1984). *Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. *Histoire de la médicalisation*, 1988. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-1988-2-page-11.htm>> Acesso em: 15/04/2016.

FRANCE, Haute Autorité de Santé. Décision n.2014.0246/DC/SBPP. *Recommandation de Bonne Pratique. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou*

un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Paris, 2014. Disponível em: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite>. Acesso em: 15/04/2015

FRANCES, Allen. *Saving Normal. A revolta de um insider contra a falta de controle do diagnóstico psiquiátrico DSM-5, a Indústria Farmacêutica e a Medicalização da Vida Cotidiana.* USA: William Morrow, Harper Collin Publishers, 2013.

Freud, Sigmund. (1905). *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade.* In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1909). *Romances Familiares.* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

_____. (1914). *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução.* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

_____. (1915). *A pulsão e seus destinos.* In: Edição bilíngue das Obras Incompletas de Sigmund Freud. Tradução de Pedro H. Tavares. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

_____. (1919). *O Estranho.* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

_____. (1921). *Psicologia das Massas e Análise do Eu.* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

_____. (1930). *O Mal-Estar na Civilização.* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

GIAMPINO, Sylviane; DUGNAT, Michel; SUESSER, Pierre. *Il faut protéger la petite enfance du sécuritaire.* Le Monde.fr. Pas de zero de conduite pour les enfants de trois ans. Publicado em 18/02/2011. Disponível em: <http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/02/18/il-faut-protoger-la-petite-enfance-du-securitaire_1481782_3232.html#xd1WUjsXxDMQz6OP.99>. Acesso em 23/03/2016.

GIBELLO, Bernard. *INSERM – Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective Étude critique du document par le professeur Bernard Gibello.*

Disponível em: <http://www.gercpea.lu/textes_livres/Gibello%20Bernard%20INSERM-rapport%20BG%20sur%20l'expertise.pdf> Acesso em: 23/03/2016.

GOLSE, Bernard. *Le rapport inserm 2005 sur les troubles des conduites chez l'enfant, ou le top des top?* In: Le collectif «pas de conduite» (Org.). *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans!* Paris: ERES, 2006. p.73-82.

GONON, François. Table 1: *Neurosciences et psychiatrie*. In: Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, 2015. Disponível em: <<http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7912>>. Acesso em: 23/03/2016.

GORI, Roland; DEL VOLGO, Marie-José. *Exilés de l'intime*. Paris: Denoël, 2008.

_____. *La Santé Totalitaire; Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël, 2005.

GRAEFF, Rodrigo L.; VAZ, Cícero E. *Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. Psicologia USP, São Paulo, v.19, n.3, p. 341-361, jul/set. 2008.

GUARIDO, Renata Lauretti. *O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2008.

_____. *A Medicalização do Sofrimento Psíquico: Considerações Sobre o Discurso Psiquiátrico e seus efeitos na Educação*. In: Educação e Pesquisa, SP: v.33, n.1, p.151-161 – jan/abril, 2007.

_____. *O sujeito refém do orgânico*. In: Formação de profissionais e a criança-sujeito, 7., 2009, São Paulo. **proceedings online...** available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=msc0000000032008000100070&lng=en&nrm=abn>. access on: 18 sep. 2013.

GRAEFF, Rodrigo L. e VAZ, Cícero E. (2008) *Personalidade de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por Meio do Rorschach*. In: Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília: Set-Dez 2006, V.22 n.3 pp 269-276.

HASSOUN, Jacques. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HAUG, Wolfgang Fritz. *Crítica da Estética da Mercadoria*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

INFANTE, Domingos P. *Psiquiatria para que e para quem?* In: O Livro Negro psicopatologia Contemporânea. Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (orgs.). – São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, Alfredo e FENDRIK, Silvia. *Prefácio* In: O Livro Negro psicopatologia Contemporânea. Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (orgs.). – São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, A. *Violência e agressividade na infância*. In: Autoridade e Violência. Porto Alegre: APPOA, 2011.

_____. *Gotinhas e Comprimidos para Crianças sem História. Uma Psicopatologia pós-moderna para a infância*. In: O Livro Negro psicopatologia Contemporânea. Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (orgs.). – São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, Diana A. *Trata-se de Caçar o Caçador?* In: O Livro Negro psicopatologia Contemporânea. Alfredo Jerusalinsky e Silvia Fendrik (orgs.). – São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, Julieta. *Que rede nos sustenta no balanço da web? – o sujeito na era das relações virtuais*. In: Intoxicações Eletrônicas: o sujeito na era das relações digitais. Angela Baptista, Julieta Jerusalinsky. Salvador: Ágalma, 2017.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. *Fundamentos da psicanálise – de Freud a Lacan – V.2*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

JULIEN, Philippe. *Abandonarás Teu Pai e Tua Mãe*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud: 2000.

KAMERS, Michele. *A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança*. In: Estilos da clínica. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan/abr. 2013.

_____. *Psicopatologia dos transtornos de Comportamento*. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINI, R (Org.). Por uma (Nova) Psicopatologia da Infância e da Adolescência. São Paulo: Editora Escuta, 2015. p.267-288.

_____. *O que se espera de uma criança hoje? Crise da autoridade, renúncia educativa e medicalização na infância.* In: Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba. Associação Psicanalítica de Curitiba, n.26, 2013. Curitiba: APC, 1997, ----.

_____. *Do universal da maternagem ao singular da função materna.* Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. *Resenha do livro Clínica e educação com as crianças do outro espelho.* In: Estilos da Clínica, 2005, Vol. X, n 18, 132-139.

_____. *Do “Encantamento” Necessário à Realidade de uma Construção.* In: Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. N. 110. Ano IX. Jan. 2003.

KAMERS, Michele; BARATTO, Geselda. *O discurso parental e sua relação com a inscrição da criança no universo simbólico dos pais.* Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 set. 2013.

KEHL, Maria Rita. *Ressentimento.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KUPFER, Maria Cristina. *O sujeito na Psicanálise e na Educação: bases para a educação terapêutica.* In: Educação & Realidade, 35(1): 265-281, jan/abr, 2010.

LASCH, Christopher. *Refúgio num mundo sem coração: a família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e terra, 1991.

LACAN, Jacques. (1950). *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia.* In: _____. *Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p.125-151.

_____. (1953). *O Seminário livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud.* RJ: Zahar, 1979.

_____. (1956-57). *Seminário livro 4: As Relações de Objeto.* RJ: Zahar, 1995.

_____. (1959-1960) *O seminário livro 7: A ética da psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1964). *O Seminário livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. (1967) *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola.* In: Outros Escritos. (pp. 248-264) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1969). *Nota sobre a criança*. In: Outros Escritos. RJ: Zahar, 2003.

_____. (1972) *Lacan en Italie. Lacan in Italia*. Milano: La Salamandra Editore, 1978.

_____. (1973-1974) *Seminário 21. Les non-dupes errent. Os não-tolos erram*. Inédito.

LAJONQUIERE, Leandro de. *Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. *Itard Victor!!! Ou do que não deve ser feito na educação das crianças*. In: A Educação de um Selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard. Luci Banks-Leite e Izabel Galvão (organizadoras). São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *A psicanálise e o debate sobre o desaparecimento da infância*. Educação & Realidade, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 1, p. 89-105, jan./jun.2006.

_____. *Educação e infanticídio*. Educ. rev., Belo Horizonte , v. 25, n. 1, p. 165-177, Apr. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982009000100009>.

_____. *Figuras do Infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis, RJ: Vozes: 2010.

LANDMAN, Patrick. *Tous Hyperactifs? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention*. Préface du Pr Allen Frances. Paris: Albin Michel, 2015.

LAPLANCHE, J. *A psicanálise extramuros*. In: Novos fundamentos para a psicanálise. (pp.11-12) São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEBRUN, Jean-Pierre. *O Mal-Estar na Subjetivação*. Porto Alegre: CMC editora, 2010.

LECLAIRE, Serge. *Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE. *Classification Française des Troubles Mentaux de L'enfant Et de L'adolescent – R-2012*. Paris: Presses de L'école des Hautes Études en Santé Publique: 5e Édition, 2012.

LE COLLECTIF «PASDE0DECONDUITE». *Appel en réponse à l'expertise inserm sur le trouble des conduites chez l'enfant*. In: Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans! Paris: ERES, 2006. p.13-16.

LENOBLE, Evelin; BERGÈS-BOUNES, Marika; CALMETTES; Sandrine; FORGET, Jean-Marie. *L'Inserm sème le trouble*. Le Monde, Paris, 20 mar. 2006. Disponível em: <http://www.lemonde.fr/idees/article/2006/03/20/l-inserm-seme-le-trouble_695288_3232.html>. Acesso em: 23/03/2016.

LINDENMEYER, Cristina. *Qual é o estatuto do corpo na psicanálise?* In: Tempo psicanalítico., Rio de Janeiro , v. 44, n. 2, dez. 2012.

Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/> Acesso em 18/09/2013.

MANNONI, Maud. *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MATTOS, Paulo; ROHDE, Luis Augusto; POLANCZYK, Guilherme V.. *O TDAH é subtratado no Brasil*. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2012, vol.34, n.4, pp.513-514. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000400023&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 23/03/2016.

MOTA, Daniel Marques e OLIVEIRA, Márcia Gonçalves de. *Prescrição e Consumo de Metilfenidato No Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário*. In: boletim de farmacoepidemiologia. SNGPC- ANVISA - agência nacional de vigilância sanitária. Ano 2, nº 2 | jul./dez.de 2012.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. *A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal*. – UNICAMP – trabalho apresentado na ANPED, 2008.

MUEL-FREYFUS, Francine. *L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale*. Actes de la recherche en sciences sociales, número temático Hiérarchie des objets, Paris, v.1, n.1, p. 60-74, jan. 1975.

MÜLLER, T. M. P. *A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal – o Pavilhão Bourneville do hospício Nacional de Alienados (1903-1920): uma*

leitura foucaultiana. 1998. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Cristiane. *Eugenizar a alma: a constituição da euphrenia no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Higiene Mental*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 627-641, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142011000400004>.

PATTO, Maria Helena Sousa. *Para uma crítica da razão psicométrica*. In: Mutações do Cativo: escritos de psicologia e política. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. *Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais*. Rev. Latinoamericana de psicopatologia fundamental. (online). vol.12, n.1. São Paulo: 2009.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. *Bayle e a descrição da aracnoidite crônica na paralisia geral: sobre as origens da psiquiatria biológica na França*. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. (online) Vol. 12. N.4. São Paulo: Dezembro, 2009.

_____. *Pânico e Desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

PEREIRA, Juliana Garrido. *A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional*. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências médicas, 2010.

PESSOTTI, Isaías. *Deficiência Mental: Da Superstição à Ciência*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1984.

PINELL, Patrice e ZAFIROPOULOS, Markos. *La médicalisation de l'échec scolaire: De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile*. Actes de la recherche en sciences sociales, número temático Le déclassement, Paris, v.24, pp. 23-49, nov. 1978.

POLI, M. C. e RICKES, S. M. *Qual o lastro da autoridade?* In: Autoridade e Violência. Porto Alegre: APPOA, 2011.

PORGE, Erik. *Os nomes do pai em Jacques Lacan: Pontuações e Problemáticas*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

POSTMAN, Neil. *O Desaparecimento da Infância*. RJ: Graphia, 1999.

QUINET, Antônio, 1951- *Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. RJ: Jorge Zahar Ed., 2009.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. *História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha*. *Psicol. estud.* [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 29-38. ISSN 1413-7372.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2000.

SAURET, Marie-Jean. *L'effet révolutionnaire du symptôme*. Toulouse: Éditions Érès, 2008.

SCHEINKMAN, Lilian. *Relações entre Medicina e Psiquiatria*. In: Duzentos anos de psiquiatria; coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro, 1992. Jane Araujo Russo et al; orgs: João Ferreira da Silva Filho e Jane Araujo Russo. – Rio de Janeiro: Relumê Dumará: Ed. UFRJ, 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Portaria N. 986/2014*, Diário Oficial [da] Cidade de São Paulo, SP, 12 jun. 2014. p.19.

SHARPE, Katherine. *The Smart-Pill Oversell: Evidence is mounting that medication for ADHD doesn't make a lasting difference to school work or achievement*, 2014. Disponível em: http://www.nature.com/polopoly_fs/1.14701!/menu/main/topColumns/topLeftColumn/pdf/506146a.pdf>. Acesso em: 23/03/2016.

SILVA, Renata Prudencio da. *Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX*. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 195-208, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100013>.

VOLTOLINI, Rinaldo. *Educação e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. *Autoridade, Violência e Sedução*. In: *Autoridade e Violência*. Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). Porto Alegre: APPOA, 2011.

VORCARO, Angela. *O Efeito Bumerangue da classificação psicopatológica da Infância*. In: Alfredo JERUSALINSKY, A; FENDRIK, S. (Org.). *O Livro Negro psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p.219-229.

WINNICOTT, D. W. (1951). *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. RJ: Imago, 2000.