

O TRANSTORNO DO QUAL EU FALO: AS MODALIDADES DISCURSIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PAIS NA COMPREENSÃO DO TDAH¹

Emanuelle Siqueira de Souza²

Jane Martins³

Resumo: Este estudo teve como objetivo reconhecer as modalidades discursivas de pais e profissionais da saúde, a partir de Lacan, na compreensão do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em um ambulatório materno-infantil e seus efeitos sobre a condução do projeto terapêutico. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais e dois pais envolvidos no processo de diagnóstico e tratamento do TDAH. Foram explorados os seguintes aspectos: os discursos que perpassam a compreensão do TDAH por profissionais e pais, bem como o quanto as modalidades discursivas no campo da saúde são facilitadoras ou dificultadoras da construção de um projeto terapêutico singular. A análise dos resultados apontam para dificuldades no diálogo de profissionais e pais diante de certas posições de discurso, levando a prejuízos na condução do projeto terapêutico, além de serem percebidas influências do discurso capitalista no modo de tratamento dos profissionais e demanda dos pais.

Palavras-chave: Laço Social. TDAH. Projeto Terapêutico Singular.

1 INTRODUÇÃO

Ao introduzir a teoria dos discursos como forma de laços sociais, Lacan compreende que as relações humanas funcionam em uma lógica além da referente às comunicações práticas e conscientes de ação. Estão também vinculadas a uma dinâmica discursiva fundada na linguagem, a qual toda a sociedade está, invariavelmente, mergulhada em seus significantes (QUINET, 2009). Sendo assim, esta pesquisa busca reconhecer as modalidades discursivas presentes nos laços sociais de profissionais da saúde envolvidos no processo de diagnóstico e tratamento da criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em um ambulatório materno-infantil parte da estrutura clínica-escola de uma universidade, que se referencia ao modelo de atenção psicossocial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O TDAH é um dos quadros psicopatológicos mais diagnosticados em crianças na idade escolar. As razões que levaram a pesquisadora à problemática evidenciada nesta pesquisa estão centradas em seu interesse pelas condições subjetivas que influenciam a forma como este

¹ Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Psicólogo (a).

² Acadêmica do curso de Psicologia. E-mail: emanuellesiqueirasouza@gmail.com

³ Professora orientadora. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). E-mail: jane.martins1007@gmail.com

quadro é percebido por pais e profissionais da saúde. Por fazer parte de um terreno bastante discutido por meio de narrativas compostas por saberes de diferentes áreas da saúde, buscou-se colaborar, através da abordagem psicanalítica, na visualização das condições psíquicas e singulares, assim como as coletivas e culturais, que se determinam por meio da linguagem, através das quais se fundamentam as propostas de compreensão e tratamento do TDAH.

O profissional da saúde, antes de sua técnica, antes de sua teoria, é, primeiramente, um sujeito imerso na linguagem. Um pai ou uma mãe, antes de serem vinculados aos significantes pai/mãe, foram inscritos em outros lugares, muito mais antigos, primitivos, de sua própria infância. O mesmo ocorre com o profissional, que viveu todo um trajeto pessoal até chegar ali, naquela sala de atendimento. Imersos na cultura e em seus próprios dramas privados, profissionais e pais não estarão naturalmente advertidos de seu movimento relacional. “Um discurso específico facilita determinadas coisas e dificulta outras, permite que se veja determinadas coisas enquanto impede que se vejam outras” (FINK, 1998, p. 160). Dessa forma, há discursos que possibilitarão o aparecimento das questões referentes à singularidade do sujeito, enquanto outros irão seguir caminhos distintos de escuta e proposta de intervenção.

Criança e família relacionam-se ativamente com a equipe. Se não for através da comunicação explícita, será através de indicadores como cooperação, resistência ao tratamento, atrasos e faltas, não observar os métodos estipulados na última consulta, entre outras tantas formas da família e do paciente demonstrarem que no campo da clínica há uma dialética de trabalho. É possível interpretar esse movimento através da compreensão dos discursos como forma de laço social.

Atualmente, a construção de caso clínico entre profissionais de saúde afasta-se do saber da autoridade do profissional como mestre especialista e, através de um debate democrático, leva a uma nova autoridade, que terá função norteadora para os profissionais em suas tomadas de decisões: a autoridade clínica (VIGANÒ, 1999). O sujeito responsável por reconhecer e reescrever sua história e, em parceria com os profissionais, colaborar ativamente com os rumos do seu próprio tratamento. Em cartilha do SUS - clínica ampliada e compartilhada - o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS) referencia-se ao método de construção de caso clínico (BRASIL, 2009) e visa a articular não somente o saber dos especialistas em saúde, mas, sim, também, as condições do paciente como sujeito.

Diante deste enfoque, levanta-se o seguinte problema de pesquisa: quais as modalidades discursivas de pais e profissionais da saúde, a partir de Lacan, na compreensão do TDAH em um ambulatório materno-infantil e seus efeitos sobre a condução do projeto

terapêutico? Esta pesquisa buscou identificar os discursos que perpassam a compreensão do TDAH por profissionais e pais, correlacionar as alternativas de tratamento com a lógica dos discursos e verificar o quanto as modalidades discursivas no campo da saúde sobre o TDAH são facilitadores ou dificultadores da construção de um PTS.

1.1 LAÇO SOCIAL

Baseando-se na dinâmica de trabalho dos sonhos explicitada por Freud, Lacan declara que o inconsciente estrutura-se como linguagem (DOR, 1989). Se o ser é humano, é humano porque fala. A linguagem organiza o sujeito entre os mesmos de sua espécie, funda a sociedade. Lacan (1992) compreende o discurso como uma estrutura, o discurso ao qual se remete é um discurso sem palavras. A partir disso, não está dizendo que elas não façam parte do discurso, mas o discurso independe delas, pois as narrativas que estabelecem as relações ultrapassam essa lógica.

Um discurso é aquilo que funda e define cada realidade. Para o falante não há realidade pré-discursiva. Indica-se um lugar simbólico que deverá ser ocupado pelo falante, que se inscreverá numa realidade discursiva a partir do significante do Outro. Discurso como um liame social [...] O discurso é sem palavras, mas não sem linguagem (FIOCHI, 2009, p. 79).

Ao nascer, o bebê não sabe, demanda. A mãe, no toque, no olhar, na fala, explicita seu desejo, faz um convite: “vem”. O discurso da mãe traz o bebê para a linguagem, ele responde. Faz-se laço. Os laços sociais acompanham toda a vida do sujeito humano, é por meio deles que há comunicação. Comunicação trôpega, comunicação falha, comunicação que quer dizer, mas não garante que o que foi dito chegará como se enunciou. E como foi enunciado? Não há medidas para isso.

Toda relação humana dá-se através da linguagem, onde o sujeito está inscrito. Não há relação neutra, toda relação presume um envolvimento, uma posição que é tomada diante do laço. Isso não quer dizer que a posição é fruto de uma escolha deliberada. Pela lógica do estruturalismo, que fundamenta a teoria lacaniana, “[...] o homem não é ‘agente’, [...], mas as estruturas que o ‘agem’, as estruturas sociais. Os sujeitos não ‘falam’, mas são ‘falados’ pela linguagem, sem que estes saibam. [...] as estruturas sociais são autônomas e inconscientes em relação à vontade individual” (MARTINS, 2010, p. 16).

O discurso é o que faz laço, e o laço possui articulação com o campo do gozo dos sujeitos da relação (COELHO, 2006). Sendo assim, o enlaçamento social proporcionado através

da inserção do sujeito na linguagem desdobra-se no ímpeto de promover os modos de gozo inscritos nos sujeitos envolvidos numa narrativa.

Lacan distingue, em seu ensino, dois campos operatórios: a) campo da linguagem, onde o discurso equivale à fala, sendo estruturado através dos ditos, e b) campo do gozo, onde o discurso estabelece laço por meio de uma estrutura sem palavras, que ultrapassa as enunciações e antecede a fala, “[...] mas que também a organiza, marcando distintas maneiras de tratamento do gozo no encontro do sujeito com o campo do Outro” (BRANDÃO, 2011, p. 76).

Roudinesco e Plon (1998), contextualizando o termo gozo, trazem-no como o ato de fazer uso de um objeto ligado a terceiros, no sentido de usufruto, esperando obter satisfação através desse meio. Além do prazer que proporciona, o gozo funciona na lógica de uma identificação. A identificação aliena o sujeito ao envolvê-lo numa lógica de repetição, essa dinâmica faz-se presente em todas as relações do sujeito com o outro, desde sua mais tenra infância, onde a angústia decorrente de suas necessidades vitais eram saciadas por meio do outro que respondia e dava sentido às suas manifestações, proporcionando-lhe satisfação. O primeiro prazer, primeira inscrição de gozo, traço unário de satisfação, é um objeto para sempre perdido. A lógica de gozo corresponde à busca incessante dessa coisa perdida e impossível de ser resgatada. A repetição presentifica o desencontro com o outro, esse outro que supostamente teria o que foi perdido (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Lacan, em “O Avesso da Psicanálise”, introduz quatro formas de discurso que visam a articular o gozo dos sujeitos, baseando-se nos quatro modos de relacionamento, observados anteriormente por Freud (1930) em “Mal-estar na Civilização”, como fonte de sofrimento humano. Essas fontes de sofrimento estariam vinculadas aos lugares que constituem a impossibilidade do ato de governar, de educar, de analisar e de fazer desejar (COELHO, 2006).

Os discursos são estruturados através de conexões de quatro matemas com quatro lugares definidos. O agente organiza o discurso, porém isso não quer dizer que é ele quem faz o discurso, e sim que o discurso se faz agir a partir dele (BRANDÃO, 2011). Nenhuma relação forma-se unicamente de um só tipo de discurso, pois os significantes deslizam na cadeia, oscilam a forma de laço, sempre numa relação entre pares: o agente e o outro, a verdade e a produção (MARIE; FREITAS, 1992). Esses lugares são fixos, pois “[...] todo e qualquer discurso sempre apresenta uma verdade que o move, por meio da qual fala um agente, que se dirige a um outro, com objetivo de obter uma produção [...] [os] laços sociais, que são em síntese uma formalização do encontro do sujeito com o outro” (FIOCHI, 2009, p. 82). (Anexo A)

O agente é o modo pelo qual se fará operar o discurso, o outro é sobre quem o discurso opera sua construção, a produção é a consequência do efeito que o discurso faz, enquanto a verdade é aquela que sustenta o agente do discurso, só podendo ser compreendida através da condição de “semidito”, pois a verdade é impossível de se dizer na integralidade (COELHO, 2006). A verdade, sempre abaixo do agente, revela sua impossibilidade, sua impotência, a castração (LACAN, 1992).

Os modos de laços sociais apresentados por Lacan estruturam-se a partir do discurso do mestre, o discurso da universidade, o discurso da histérica e o discurso do analista. (Anexo B) Também irá, posteriormente, identificar o discurso do capitalista como uma variante do discurso do mestre.

Ao enunciar as implicações do discurso do capitalista, Lacan procura demonstrar sua preocupação com o modo de fazer laço social na atualidade, em que o sujeito é supostamente completado por objetos, com os quais mantém uma relação em que está implicada a lógica do consumo. Na visão lacaniana, a rigor, essa modalidade discursiva não faz laço social e, ao se mostrar dominante em nossa época, tem sobreposto a lógica do mercado ao sujeito do inconsciente. Cada época pode ser pensada pelas características do seu laço social predominante (BRANDÃO, 2011, p. 79).

Os discursos do mestre e da universidade operam em uma lógica de poder através do saber, enquanto os discursos da histérica e do analista estruturam-se através da lógica do desejo. Os conteúdos dos discursos, simbolizados através dos matemas, trocam de lugar entre a posição de agente, do outro, da verdade e da produção de cada um deles, resultando, assim, nos diferentes discursos. A álgebra lacaniana, organizada através dos matemas, parte da lógica do significante que busca uma proximidade maior possível com a teoria do Real (FIOCHI, 2009).

Real é o nome que Lacan dá ao Outro (S1) do Simbólico, esse Outro configura-se na lógica do não sentido, diferentemente do simbólico, produzido pelo cultural, sendo aquilo que se permite elaborar sentido. A física é a ciência que tenta compreender o Real, não através do que já é compreendido como realidade, pois isto está no campo do simbólico, mas na tentativa de assimilar aquilo que é da ordem do inapreensível (SOLER, 1989).

Para a Psicanálise, o que irá importar é o Real do sujeito, o não sentido encontrado em sua condição de fala-ser que é:

[...] uma condensação entre o falar e o ser enquanto isto reúne o sujeito, o sujeito que não é um vivente. É um efeito do significante. Isto quer dizer então que este sujeito é o que lhe resta de vida. O Real que interessa à psicanálise é o Real do fala-ser. Isto é uma particularidade que o diferencia do Real da ciência porque é um Real que se sofre,

de que se padece. É um Real do qual se padece, que não dorme, não deixa o sujeito tranqüilo (SOLER, 1989, p. 18).

Não há um Real inteiro, ele apresenta-se de forma fragmentada, pois, a partir do momento em que há a compreensão de determinado ponto do Real, ele deixa de ser da ordem de um Real, tornando-se simbólico (SOLER, 1989). O Real é a denúncia do mal-estar presente nos laços sociais, do sofrimento humano dos sujeitos envolvidos na impossibilidade angustiante das relações.

O S1 é o significante do mestre, “[...] desprovido de qualquer significação, pelo qual os outros significantes são ordenados” (BRANDÃO, 2011, p. 79). Representa o traço unário da primeira satisfação, é o significante do poder e da autoridade. Está ligado ao gozo primordial que busca retorno (QUINET, 2009).

O S2, significante do saber, representa o gozo através da produção de saber para o senhor Outro (S1). “É o meio de gozo para construir o gozo do Outro” (BRANDÃO, 2011, p. 80). O S2 instrumentaliza a repetição da primeira forma de gozo, presentifica o S1 e depara-se com sua falta, o vazio do Um perdido (QUINET, 2009). Trata-se de um saber faltoso, limitado, que denuncia o vazio intamponável.

O \$ representa o sujeito dividido pela lógica do significante. Ele está entre S1 e S2, sendo representado por eles na relação com o outro. Um significante representando para outro significante (FIOCHI, 2009). O \$ emerge dessa articulação entre os significantes S1 e S2, tratando-se de uma resposta do Real acerca do sujeito do inconsciente, marcado pela linguagem e pela impossibilidade de completude (BRANDÃO, 2011).

O objeto “a” faz-se presente na repetição que tem seu princípio a partir do retorno do gozo, produzindo algo de defeito, de fracasso, pois há perda na repetição, há desperdício. Percebendo isso, Freud teorizou a função do objeto perdido, a busca de natureza masoquista do sujeito por esse gozo, para sempre perdido (LACAN, 1992). Condensador de gozo e causa-do-desejo, o objeto “a” é o representante da pulsão nas discursividades e também aquele responsável por provocar o mal-estar nas relações (BRANDÃO, 2011).

No discurso do mestre o agente não se dirige a um sujeito e sim a um saber (consciente). É a forma de discurso mais comum, na qual se demanda que o outro seja capaz de oferecer o saber e produção que escapa ao agente. O saber consciente do outro da relação é posto em trabalho para que produza para o mestre, saber do qual o mestre ignora, bastando apenas que o outro consiga os resultados que o agente demanda (FIOCHI, 2009). Segundo a ordem hegeliana, o mestre (S1) exige do escravo (S2) que este trabalhe. Ao trabalhar, o escravo encarna o saber na medida em que aprende o ofício que nem o mestre sabe. O mestre não se

preocupa em saber como as coisas funcionam, preocupa-se que elas continuem correndo a seu modo, que seu poder mantenha-se ou aumente. É o discurso que incorpora a alienação da qual nenhum sujeito está salvo, constitui-se como discurso primário (FINK, 1998). O agente neste discurso utiliza de sua potência para não permitir espaço para dúvidas, é o significante da relação de autoridade, do saber integral e incontestável.

O discurso da universidade está relacionado à transmissão de saber e condição do educar. O saber ocupa a posição dominante nesse discurso, é quem o age. O outro é representado pelo significante “a”, levado pelo agente ao desejo de saber mais, produzindo saber em busca de mais saber. É uma condição de incompletude presentificada pela falta a saber, estrutura-se em um *continuum* de busca, onde S1 está no lugar da verdade e demanda que a produção de mais saber continue a se efetivar (COELHO, 2006). Nele, há a passagem do saber-fazer (do escravo em resposta ao mestre) ao saber teórico. “O saber (S2), como conhecimento organizado e acumulado, ao ser sustentado pelo significante mestre (S1), indica que os índices de confiabilidade de seus autores assumem o poder de mando” (BRANDÃO, 2011, p. 82).

No discurso da histórica, todas as posições são inversas ao discurso da universidade, que segue o exemplo do significante mestre. Como sujeito barrado, o discurso histórico mostra o conflito da contradição do seu desejo, ele “[...] não busca cuidadosamente reconciliar os paradoxos e as contradições, numa tentativa de provar que a teoria não tem lacunas. [...] mas procura levar esses paradoxos e contradições o mais longe possível” (FINK, 1998, p. 165). Trata-se de um discurso onde o sujeito, com os instrumentos que possui, luta contra a alienação do significante mestre (S1), lança interrogações sobre si e sobre os outros, essas interrogações o levam a buscar um saber que dê conta de assimilar sua divisão. Nele, a dominante é o sintoma, e é em torno do sintoma que se ordena o discurso (LACAN, 1992).

O discurso do analista “[...] coloca em evidência e elabora a falha daquilo que, no discurso do mestre, aparece como resto, como perda de gozo e, portanto, gozo a ser recuperado. É o discurso do analista que promove o aparecimento da divisão subjetiva” (BRANDÃO, 2011, p. 85). O sujeito, como agente do discurso analítico, não se considera um sujeito de suposto saber, não aceita responder através deste lugar onde ele está posto, como mestre, pelo paciente. Ao contrário: “O analista diz àquele que está para começar – *Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso*. É ele que o analista institui como sujeito suposto saber” (LACAN, 1992, p. 50).

A posição do psicanalista é a de objeto “a”, causa de desejo. Quando um sujeito põe-se frente a outro sujeito, considerando este um mestre para que produza um saber em seu nome, o sujeito na posição do analista mostrará que sua substância é de objeto “a”. Ele se coloca

como objeto causa de desejo, desejo de quê? De levar o paciente a produzir um saber sobre si. O sujeito como agente do discurso do analista representa o efeito do rechaço do discurso, a substância mais obscura, porém essencial à condição humana (LACAN, 1992). Articular o objeto “a”, sem excluí-lo ou negá-lo, é articular o desejo do paciente, utilizá-lo para estimular a cadeia de significantes, mostrando a ele que é capaz, por si mesmo, de produzir ressignificações de sua autoria sobre as questões vividas por ele.

1.2 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, com a proposta de “[...] fomentar continuamente um caráter questionador nos processos de planejamento, nos mecanismos de decisão, nas estratégias de implementação e de avaliação das práticas de saúde” (FERNANDES, 2013, p. 43). Desse modo, foi outorgado aos profissionais e ao próprio usuário dos serviços o direcionamento do tratamento em saúde, de uma forma dinâmica e não normatizada.

A fragmentação do trabalho reduz o objeto de atenção por meio da especialização do profissional, levando estes a se sentirem responsabilizados de forma parcial por procedimentos e diagnósticos isolados em sua área de conhecimento. A inflexibilidade de profissionais que exercem a clínica de um objeto de trabalho reduzido cria uma função protetora para estes que, nessa posição, autorizam-se a não ouvir o sujeito de sofrimento, dessa forma, não necessitando acessar sua própria subjetividade e lidar com as angústias ou medos que o trabalho em saúde pode explicitar (BRASIL, 2009). Pode-se compreender esse movimento como uma estratégia para evitação do mal-estar presente nas relações profissional-paciente. A Política de Humanização objetiva que os profissionais, não importando sua área de conhecimento teórico, sintam-se responsabilizados por uma escuta integral do sujeito paciente.

Figurar uma política pública de saúde como transversal é vincular sua ação à característica de uma prática que preconiza a comunicação. Torna-se necessário “[...] alterar o padrão organizacional e de gestão do trabalho em saúde que verticaliza e hierarquiza os discursos ou os homogeneiza na horizontalidade corporativa dificultando a comunicação” (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4.543).

Como construir práticas de intervenção em saúde utilizando-se de mais diálogo, preconizando autonomia e indo na direção contrária de práticas que produzem resultados por meio da submissão acrítica do paciente? “Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas

práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?” (BRASIL, 2009, p. 31).

Uma proposta do Ministério da Saúde para atenção humanizada ao sujeito é o PTS, que se referencia ao método de construção de caso clínico. Viganò (1999, p. 47) diz que a construção de caso clínico “[...] interroga o lugar que elas [as figuras profissionais] ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento”. Considerar a contratransferência dos profissionais e suas implicações na condução da clínica também é um fator importante. “Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois sujeitos” (BRASIL, 2009, p. 52).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, estruturadas em quatro formas de ação: levantamento de hipóteses diagnósticas, definição dos modos de tratamento, divisão de responsabilidades e, por último, a reavaliação. Nele, o paciente e a família participam ativamente do tratamento. A capacidade adaptativa do sujeito é uma forte ferramenta de trabalho, o paciente está sempre em um processo de construção, de atualização. “Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito” (BRASIL, 2009, p. 12).

À medida que a patologia for compreendida pelo paciente e correlacionada à sua vida, deixará de ser um problema restrito ao serviço de saúde. Ele compreenderá que o desenvolvimento de métodos para combater seu adoecimento não se dá de forma isolada, por um ato individual do profissional pelo qual está sendo atendido. Talvez não seja possível escutar todos os pacientes dessa forma, porém “[...] é possível escolher quem precisa mais e é possível temperar os encontros clínicos com estas ‘frestas de vida’” (BRASIL, 2009, p. 23).

Estas propostas do governo federal, enquanto norte do trabalho em saúde, remetem a outras questões em Psicologia. Diferentemente da Gestalt, que tem como sua máxima a fala de que “o todo é mais que a soma das partes”, a Psicanálise entende que, mesmo somando as partes, não há um todo. Nunca há. Faz-se um furo, mostra-se um ponto cego (FIGUEIREDO, 2005). O lugar do “não se sabe todo” é denunciado através do sintoma do paciente, do diagnóstico que “não fecha”, da demanda enigmática do tratamento que destitui a equipe de sua potência.

Não há como trabalhar sozinho, como exercer um fazer isolado do restante dos profissionais. O ato profissional é solitário, mas é possível (e recomenda-se) pensá-lo entre pares, compartilhando o que se colhe das intervenções, tecendo um saber conjunto que

corrobore a percepção dessa falta, e que essa falta faça os profissionais caminharem na direção da demanda de tratamento do sujeito que os procura (FIGUEIREDO, 2005). Porém, se os profissionais possuem a mesma linguagem, o mesmo discurso, fazem as mesmas perguntas e olham o paciente da mesma forma, um PTS não acrescentará muito. Sabe-se que um diagnóstico nasce de um princípio generalizável, porém, essa universalidade é verdadeira apenas em partes, no determinado recorte que se propõe analisar (BRASIL, 2009).

O PTS assemelha-se ao discurso do analista, na medida em que pressupõe a entrada do “resto”, do rechaço do discurso, permite (e convida) a entrada do sujeito de desejo. Se essa entrada não é permitida, por meio de discursos que visam a vincular modos de gozo estritamente pelo poder e pelo saber sobre o paciente, o Real do sintoma, sua condição de sofrimento como ser falante imerso na linguagem, faz-se presente de alguma forma. A posição do analista, como dito anteriormente, é a posição de objeto “a”, causa de desejo e de trabalho psíquico. É essa posição discursiva, que leva ao saber da autoridade clínica do sujeito, que o PTS busca resgatar.

1.2.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O TDAH, considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância, é orientado através de três principais categorias sintomáticas: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Atualmente, este quadro tornou-se popularmente discutido, instrumentalizado por repercussões midiáticas de fonte televisiva, bem como informações em rede.

À medida que o discurso da ciência médica começou a fazer parte do campo social e das vivências em educação, pais e professores passaram a buscar nas disfunções neurológicas explicações sobre o fracasso escolar. A escola passa, então, a fazer o trabalho de dispositivo de patologização, encaminhando para diagnóstico crianças que não correspondem às suas expectativas de rendimento e comportamento (KAMERS, 2015).

Mannoni (2004) destaca a importância dos pontos do desenvolvimento infantil onde há os significantes que o marcam, sujeitam-no a algo. Quando se fala da história de um sujeito com sua família, com a escola ou qualquer outra instituição, é sobre a relação do ser humano com a lei que se está falando. As interdições bem-sucedidas são os meios que possibilitam a entrada do sujeito no social (TESTI, 2009). E, dentro dessa problemática, que tipo de interdição pode ser considerada bem-sucedida?

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014) é o manual através do qual o TDAH foi estruturado e evidenciado da forma como é visto hoje. Exercendo ampla aceitação na comunidade médica, é também por meio dele que se dá o

embasamento da maioria dos diagnósticos clínicos referentes ao quadro. O diagnóstico orientado por essa métrica dá-se através da observação clínica do profissional e das informações que ele obtém através dos pais e, por vezes, através da escola.

A forma de tratamento utilizada para o TDAH é predominantemente medicamentosa. Os medicamentos são estimulantes, em grande parte prescritos para crianças na fase escolar, sendo que o principal deles é o metilfenidato (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008). No Brasil, o metilfenidato é o único da classe de fármacos psicoestimulantes aprovado para uso (BRZOZOWSKI, 2009). No ano de 2015, o Ministério da Saúde, considerando recomendações do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), emitiu um documento sobre a dispensação exacerbada de metilfenidato, na tentativa de prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes, considerando que o Brasil tornou-se o segundo mercado mundial no consumo da substância, com aproximadamente 2.000.000 (dois milhões) de caixas vendidas no ano de 2000. No ano da publicação do documento (2015), dados do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) verificou que seu consumo sofreu um aumento de 775% nos últimos 10 anos no país (BRASIL, 2015).

A Psicanálise compreende que, no processo de avaliação de um quadro de TDAH, o profissional deve buscar compor sua escuta articulando “[...] os conteúdos específicos de uma história singular com os traços do universal que sobressaem da construção discursiva” (LEGNANI, 2012, p. 310). Dessa forma, é possível reconhecer o lugar subjetivo que a criança e o seu sintoma ocupam na narrativa dos pais e na cultura.

A criança, segundo Lacan, situa-se no lugar de sintoma do casal parental, sua manifestação sintomática possui uma relação íntima com os desejos reprimidos de pais que, insatisfeitos com sua própria condição social ou conjugal, depositam em seus filhos toda expectativa de compensação por seu próprio sentimento de fracasso (KAMERS, 2015). O profissional, ao ouvir a história de vida do paciente por ele mesmo e também por seus pais, terá informações do lugar que este ocupa nessa família, bem como qual o uso que ele faz do sintoma na modalidade de relacionamento com os pais, buscando, assim, “[...] o significado do sintoma para a família e também o significado do sintoma na família. [...] As manifestações da criança estruturam-se como uma linguagem e devem ser lidas como a escrita de um texto de sua relação com o Outro” (TESTI, 2009, p. 25-26).

O interesse pelo sintoma não deve focar-se no objeto onde ele parece estar localizado (a hiperatividade da criança, por exemplo), e sim na relação desse sintoma com o mundo do sujeito (MANNONI, 2004). Assim, pode-se entender que procurar compreender o

sintoma pelo sintoma não irá responder muita coisa sobre o sujeito. O sintoma está no lugar de algo, está no campo da relação da criança com o meio.

Voltando ao trabalho de Freud em “O mal-estar na civilização”, pode-se compreender que a agressividade (manifestação hostil frente a um outro) é produto do próprio processo civilizatório, na medida em que interdita as pulsões do sujeito através da figura do outro semelhante a ele, causando essa constante fonte de mal-estar das relações (KAMERS, 2015). O processo civilizatório dá-se por meio de uma dialética (angustiante) do sujeito com o mundo e do mundo com o sujeito.

Jerusalinky (2006 apud DE LUCCIA, 2014), através de observação clínica, percebe que os objetos para as crianças com TDAH ficam reduzidos à condição de coisa. Ela não se relaciona com eles, sua relação limita-se ao manuseio, à destruição deles. As manifestações de desatenção, impulsividade e hiperatividade seriam menção justamente dessa dificuldade no estabelecimento do laço social. Porém, compreendendo esse movimento como uma mensagem ao outro, poder-se-ia supor que, ao invés de ser interpretado como uma dificuldade no estabelecimento do laço social, estivesse aí uma tentativa de assimilação, por parte da criança, de questões do próprio laço social já estabelecido com ela?

Os sintomas podem ser compreendidos como a manifestação da agressividade que, nas construções psicanalíticas de Freud e Lacan, são a base da constituição subjetiva do sujeito e suas relações objetais, ela é “[...] uma resistência do eu tentando marcar seus contornos identificatórios, ora quando se sente ameaçado, ora quando busca reconhecimento [...] uma palavra aprisionada que espera o aval do outro para ser legitimada e assumir o formato discursivo” (KAMERS, 2015, p. 279). A agressividade é o modo por onde há a diferenciação, a separação entre o sujeito e o outro. A criança, através da oposição e hostilidade frente aos outros de sua relação, tenta provocar o corte da simbiose estabelecida como meio pelo qual esta foi possibilitada a inserir-se na linguagem. Trata-se de um instrumento inerente à maturação humana. Quais serão as consequências para a vida da criança, ao ser negada a diferenciação e tamponada toda possibilidade de hostilidade e rejeição da demanda do outro?

Como as histerias da época de Freud, a depressão, a desatenção e a hiperatividade tomam, atualmente, lugar de sintoma social. A banalização da dor, a fragmentação de informação (além de seu excesso e o tédio recorrente disso), colaboram no adormecimento da alegria e do espírito lúdico dos sujeitos (FERNÁNDEZ, 2012). Ou seja, adormecem a condição simbólica do sujeito, provocando um esvaziamento de sentido.

Segundo De Luccia (2014), qualificar o diagnóstico de TDAH é uma tarefa difícil, pois as características listadas nas classificações nosográficas são típicas de comportamentos

normais e também de comportamentos referentes a outros transtornos psiquiátricos, dependendo precisamente do julgamento clínico sobre a intensidade dos sintomas apresentados.

Os discursos trabalham na construção de um modo de contornar a impossibilidade da relação entre os sujeitos dentro do laço social, fazendo-se valer através disso os pressupostos necessários à civilização, nos quais os próprios sujeitos que regulam esses pressupostos estão mergulhados no mal-estar das suas relações com os semelhantes que buscam regular. A agressividade infantil no TDAH mostra-se através dos próprios comportamentos de oposição e não acolhimento de demanda do outro. A criança que não escuta e que não presta atenção, a criança que não obedece, que não responde às exigências dos adultos. Considerando que “[...] a relação com o outro é de antemão agressiva, ainda que sublimada” (KAMERS, 2015, p. 279), o quanto de agressividade sublimada está sendo utilizada para tornar a hostil criança agitada em uma criança calma e civilizada?

O diagnóstico e tratamento do TDAH necessitam de um olhar multifatorial, integrando os aspectos sociais, escolares e emocionais. Situações familiares complexas, desmotivação com o contexto da escola, relacionamento com os colegas ou com a relação professor-aluno também podem levar ao aparecimento de sintomas do TDAH. “A decisão de metilfenidato deve depender da determinação da gravidade dos sintomas [...] e de outras possibilidades de trabalho psicoterapêutico e pediátrico (orientação familiar e de professores)” (BRASIL, 2015, p. 7). Dessa forma, faz-se necessária a valorização das compreensões feitas em contexto interdisciplinar, que possibilitem formas de perceber o paciente com quadro de TDAH do modo mais abrangente possível.

2 MÉTODO

Esta pesquisa configura-se como qualitativa, já que visou a obter uma compreensão e explicação das dinâmicas sociais envolvidas em uma determinada situação. “O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, [...] reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles)” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

De nível descritivo, este estudo teve como objetivo principal a descrição de características de um grupo envolvido em uma determinada problemática. Em relação aos objetivos gerais e específicos, o mesmo possuiu delineamento de estudo de caso, definido pelo estudo profundo de poucos objetos, permitindo um conhecimento amplo e detalhado dos mesmos, assim como a explicação de variáveis causais do fenômeno estudado (GIL, 1999).

2.1 PARTICIPANTES

A amostra foi constituída de 5 (cinco) profissionais da saúde e 2 (dois) pais. O critério de inclusão em relação aos profissionais foi estar entre aqueles que mais possuem contato com casos de TDAH no ambulatório; o dos pais foi encontrar-se em atendimento com seus filhos referente ao diagnóstico ou suspeita de TDAH, sendo acompanhados pelos mesmos profissionais entrevistados.

A escolha dos participantes decorreu de amostragem por acessibilidade, nesse tipo de amostra o pesquisador seleciona elementos a que tem acesso e que possam melhor representar o grupo característico ao qual se quer pesquisar (GIL, 1999).

2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O método de coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas. Nessa modalidade de entrevista, fazem-se poucas perguntas diretas, deixando o entrevistado falar livremente à medida em que são apresentadas para ele as pautas da entrevista, possibilitando a “[...] obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social. [...] [e] profundidade acerca do comportamento humano” (GIL, 1999, p. 118).

A pesquisa foi desenvolvida observando-se a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos. Questões referentes ao sigilo e anonimato, riscos da pesquisa e demais questões éticas referentes a este trabalho foram orientados por meio desta resolução.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados deu-se de forma qualitativa, caracterizada pela busca de uma apreensão de significados nas falas dos sujeitos, interligando-as ao contexto em que eles se inserem, trazendo à tona uma sistematização baseada na qualidade de conteúdo, sem visar a atingir o limiar da representatividade (FERNANDES, 1991 apud ALVES; SILVA, 1992). Sendo assim, será proporcionada por meio desta análise a possibilidade de compreender, com o máximo de detalhes da subjetividade dos indivíduos pesquisados, a problemática teorizada a partir de algumas categorias específicas.

Categoria 1) Reconhecimento das modalidades discursivas de pais e profissionais da saúde, a partir de Lacan, que perpassam a compreensão do TDAH.

Todos os cinco profissionais entrevistados apresentam como dificuldade central a falta de compreensão e engajamento dos pais em relação ao tratamento proposto, além de terem percebido muitos casos de descontinuidade do mesmo. A escola também é mencionada como despreparada e deficitária para compreender e dar o suporte devido aos casos de TDAH.

Você tem uma condição de base biológica que é o TDAH, mas cujo tratamento depende fundamentalmente não só da medicação, não é como uma condição em que você consiga dar um remédio e reverter aquela situação. É necessário que a escola seja uma escola que ofereça todas as condições, com professores que tenham competência para lidar do ponto de vista psicopedagógico, e os pais também criem um ambiente adequado para essa criança (Profissional D).

O profissional E relata que, quando há pré-diagnóstico da família, os pais, muitas vezes, mostram interesse na intervenção medicamentosa. Por não haverem exames que atestem o TDAH, além da fala dos pais sobre os sintomas do filho, há um direcionamento em relação ao pré-diagnóstico concebido por eles. Identificar os sintomas, então, torna-se difícil.

[...] eles já vêm com aquela ideia de que o filho tem uma patologia e que ele precisa ser tratado, e muitas vezes isso não é real. [...] eles vêm mesmo como se a medicação fosse resolver o problema, e muitas vezes a criança não tem aquela patologia, ou, mesmo que tenha, a gente sabe que é limitado. Ela precisa de uma alteração comportamental, social, orientação familiar [...]. Têm pais que são bem acessíveis, mas acredito que seja minoria, porque a maioria deles, quando vêm pra *[sic]* gente, como eles já vêm com o diagnóstico feito, estabelecido, eles não querem aceitar o que a gente tem a dizer, conversar sobre a doença. Eles partem de um conceito preconcebido e aí eles querem trabalhar em cima daquilo (Profissional E).

Segundo Lacan (1992), o objeto perdido encontra-se na repetição específica observada na condição do sujeito como ser falante. Essa repetição tem relação com aquilo que é o limite do saber, o gozo. O sujeito dá giros discursivos, nunca no mesmo discurso, porém sempre articulando o gozo, na medida em que ele estabelece o limite, sua impossibilidade.

O discurso do mestre é o discurso primário, aquele do qual nenhum sujeito escapa. Nesse discurso, desvinculando-se do simples saber-fazer do escravo, o objeto “a” é compreendido como um pensamento laborioso. Lacan (1992) diz que é como se o saber do escravo pudesse passar de seu bolso para o bolso do mestre. O profissional, operando como agente desse discurso, irá utilizar sua posição de especialista para impor modalidades de tratamento, demandando o assujeitamento do outro-paciente à sua vontade, tal como um

escravo que trabalha para um mestre, excluindo sua subjetividade e exigindo produção. Segundo o profissional A, há uma maior adesão dos pais quando veem a boa resposta do medicamento, “na hora, diferentemente da psicoterapia” ([sic] Profissional A) ou quando estes são alertados sobre os riscos para o futuro do filho em questão ao diagnóstico (principalmente os referentes a dificuldades na aprendizagem escolar e na carreira profissional).

Observa-se, nesta fala, que o profissional A transita em duas posições do discurso do mestre: a de agente e de outro. Como bom “escravo”, produz uma resposta rápida, eficiente e sem necessidade de implicação do mestre: o medicamento funciona na hora, não precisa de trabalho subjetivo nem esforço maior além de lembrar de dá-lo ao filho nos horários corretos. O saber laborioso do profissional vai de seu bolso para o bolso do mestre. Ao trocar de posição no discurso, agora como agente, o profissional A utiliza o medo para causar adesão ao tratamento, essa espécie de laço não permite lugar para o desejo, e o exclui.

No laço social pela via do discurso do mestre, o saber (S2) é meio de gozo para o mestre. A produção é consequência do que o discurso faz, nessa posição percebem-se profissionais e pais que buscam aliciar o saber do outro para produzir poder para si. Quando não há o retorno esperado, o outro passa a ser o escravo que se recusa a trabalhar, seja não aderindo ao tratamento ou não prescrevendo o medicamento.

Os profissionais C e D falam da importância da compreensão do quadro por parte dos pais. Os profissionais B e C mencionam que há, também, pais que não acreditam no diagnóstico do filho, compreendendo o filho como “normal” ([sic] Profissional B).

Em várias situações [...], a gente precisa realmente que os pais entendam o tratamento. Afinal de contas, se eles não entenderem o tratamento, ou não entenderem a importância do tratamento, é difícil que eles consigam fazer uma aderência adequada ao tratamento. Se eles não confiarem, dificilmente eles vão dar os medicamentos na hora correta ou de forma correta (Profissional D).

Muitos pais, você não consegue chegar neles, por conta do entendimento, ‘não entende’ [sic]. Esse diálogo torna-se difícil por conta do ‘até onde você compreende’. [...] Eles não entendem, talvez assim, até a própria sigla do TDAH [...] (Profissional C).

Os profissionais C e D falam da importância da compreensão do quadro por parte dos pais, compreensão no sentido de entendimento sobre, quase que em sentido teórico, vê-se, novamente, o aparecimento do discurso universitário. É preciso, dentro deste laço, segundo Quinet (2009), que os pais realmente creiam (no sentido literal de “crença”) no saber teórico do profissional. Os profissionais, já emparelhados com essa dinâmica discursiva, podem não perceber a dificuldade dos familiares em estabelecer laço por esse meio, explicitado pela

seguinte fala de um dos familiares, que sintetiza sua dificuldade em compreender a linguagem dos profissionais:

[...] vocês falam de um jeito diferente da gente, né [*sic*]? Umhas palavras mais difíceis, que a gente não sabe, às vezes é o código que a gente não conhece, acho que poderiam falar como a gente fala. Eu não tenho muito estudo, mas têm pessoas que são piores do que eu, então às vezes vão pra [*sic*] casa sem saber o que eles falaram (Familiar B).

Os laços sociais são os modos de formalização do encontro com o outro. A repetição de desistências, descontinuidades de tratamento e sensação de despreparo por parte dos pais e escola faz parte de uma produção endereçada ao agente profissional, produto do mal-estar da relação dessas duas partes. Diz algo sobre o que está ali, mesmo que de forma implícita. Há uma impossibilidade no ato de governar e educar esses pais, essa escola, esses profissionais, não há meios de poder e saber completo, e sobrevém a angústia das relações. “No discurso do universitário o que é produzido é o sujeito dividido (\$) que se revolta ou sintomatiza ao ser tratado como objeto a” (QUINET, 2009, p. 35-36). Sendo somente objeto “a” do outro, sem participação na produção de significados, sem vinculação com seu desejo, o sujeito desiste da relação, do laço que o profissional visa a estabelecer.

“Quando a gente inicia esse processo, tudo é novo. Eu nem sabia o que era isso [o diagnóstico]. Aí quando chegaram para mim e falaram, eu meio que não aceitei muito, eu não sabia o que que era, achei que era uma coisa assim [...] sabe? Apavorante” (Familiar B).

A demanda de que a escola e os pais saibam mais, que seu conhecimento não é suficiente, faz parte do discurso universitário. Faz-se presente em toda situação em que se busca construir um saber consciente e universal sobre o outro, ensinar ou convencer o paciente do que a sua ciência tem a dizer sobre seu caso. O dominado, neste discurso fica referenciado, a partir do saber produzido pelo dominante, a uma posição de objeto da ciência, objeto do saber científico. Esse objeto, generalizado através dos significantes teóricos, torna-se passível de compreensões universalizantes sem furos ou objeções, dissociado de suas significações próprias (objeto “a”) que “poluem” o quadro absoluto do indivíduo teorizado (QUINET, 2009). Levanta-se aqui a hipótese de haver pais que desistem ou negam o tratamento ou diagnóstico não desconsiderando a saúde dos filhos, e sim porque não acreditam no que está sendo oferecido, não entendem a linguagem utilizada, ela não os alcança como sujeitos de sofrimento, não articula seu desejo, o que é falado ali não lhes diz respeito. A fala do familiar B, a seguir, explicita o pedido de um laço que o considere como sujeito:

[...] hoje o que elas falam eu entendo, porque eu mesmo procurei saber o que que [sic] era [...] Acho que tem que ter um pouquinho mais de jeito pra [sic] falar pros [sic] pais, sabe? [...] eu tava [sic] levando, achando que era uma coisinha de nada, de repente ‘pow’, assim. [...] as estagiárias de Psicologia conversavam certinho. [...] às vezes ter um psicólogo junto na hora de dar um diagnóstico, ou uma pessoa que saiba conversar, eu acho que nem todo mundo iria ficar como eu fiquei na época (Familiar B).

O familiar A buscou atendimento para seu filho após ser solicitado pela escola, não havendo notado, antes disso, o comportamento de seu filho como algo sintomático, gerador de sofrimento.

[...] em casa a gente mandava fazer: ‘filho, põe a roupa.’ ‘Filho, vai tomar banho.’ ‘Filho, vai escovar os dentes’, muitas vezes. Ele não fazia, mas a gente achava o quê? Criança, menino, arteiro, a gente achava que era coisa de criança, aí depois que a gente descobriu que era hiperatividade (Familiar A).

Nesta última fala, pode-se perceber a transição que o familiar A fez ao entrar em contato com o saber científico dos profissionais em atendimento, seus significantes próprios para compreender a situação (criança, menino, arteiro) sofreram uma transmutação no laço de tratamento do discurso predominantemente universitário. Ele não sofre mais de “criancice, meninice, arterice”, e sim de hiperatividade.

Categoria 2) Correlacionar as alternativas de tratamento com a lógica dos discursos em profissionais e pais de crianças com diagnósticos ou hipóteses diagnósticas de TDAH.

Na narrativa dos profissionais A e B, não são mencionados outros profissionais participando do processo de diagnóstico do TDAH, somente a partir do tratamento/acompanhamento. Já o profissional C, faz associações que abrangem mais do que sua observação clínica individual como ferramenta diagnóstica, pois percebe a necessidade de auxílio de outras áreas de conhecimento, não só no acompanhamento do caso, mas também no seu processo diagnóstico. O profissional D menciona a importância de se obter uma avaliação neuropsicológica prévia e o profissional E fala da relevância em se preconizar um método de trabalho interdisciplinar.

O familiar A faz acompanhamento com seu filho há quatro anos. Durante esse tempo, seu tratamento foi exclusivamente medicamentoso, prescrito por médico neurologista. Recentemente, o paciente foi encaminhado a um psicólogo pelo mesmo profissional. Ao ser questionado sobre os modos de tratamento para TDAH que conhece, declara que:

Eu conheço esse que eu trato ele [sic], que é com Ritalina, quando ele vai para a aula ou para um reforço, estudar para uma atividade [...], e agora ele (neurologista) encaminhou para uma psicóloga, que ele ainda continua ansioso, meio assim. [ao ser questionado acreditava que o profissional psicólogo pudesse ajudar no caso] Agora, não sei, né [sic]? Eu nunca levei, nunca fui. Eu vou levar acreditando que sim, né [sic]? Ajuda é sempre bem-vinda, eu acredito que vá ajudar bastante. Dr. Neurologista falou que ajuda bastante, que é bom, aí a gente [...] vou ver (Familiar A).

Percebe-se, nesta fala, a importância da transferência da família com o profissional de saúde. Não há um conhecimento prévio sobre a Psicologia ou convicção ao falar dela, mas a certeza de que o profissional com o qual o familiar já possui um bom vínculo sabe o que deve ser feito referente ao tratamento basta. É o vínculo que gera a adesão. Esta espécie de laço dá-se por meio do discurso do mestre, com o profissional como agente. Ele estabelece, a família acata. Ao iniciar um acompanhamento psicoterapêutico, este familiar estará respondendo à vontade do mestre (S1), o saber consciente (S2) produzido por ele é o meio de gozo para a construção do gozo do Outro.

O laço social, no discurso do mestre, não fortalece a condição de sujeito desejante, não implica o familiar no seu anseio pela melhora do quadro do filho e sua própria potência de mudança. Ele deve buscar porque o mestre mandou, o familiar produz através da influência da figura de poder que o significante do profissional especialista ocupa para ele, não por construções que ele mesmo fez na presença daquele profissional.

O medicamento, dentro do discurso do capitalista, serve de instrumento para os pais que ocupam este lugar de desimplicação subjetiva. O profissional D relata que há uma dificuldade em:

Fazer com que os pais entendam que a medicação não é uma pílula mágica [...] A medicação vai fazer apenas com que ele preste mais atenção, onde ele vai usar essa atenção vai depender fundamentalmente da educação que ele recebe em casa e na escola, ou seja, vai depender fundamentalmente dos pais (Profissional D).

Quando a ciência envereda pela via do discurso do capitalista, os objetos produzidos por meio do saber da neurociência são os medicamentos, que podem, de acordo com a dinâmica desse laço, virar objetos de consumo, oferta de gozo (QUINET, 2009). O método de tratamento para TDAH mais divulgado, o mais conhecido pelos pais e, além deles, pela própria sociedade, é o tratamento medicamentoso. Os profissionais mencionam os pré-diagnósticos de pais e professores, que muitas vezes buscam a resolução de sua problemática por meio da intervenção química, rejeitando a intervenção humana, pois esta visa à sua implicação.

Segundo Kamers (2015), a psiquiatrização do discurso escolar tem como produção a desresponsabilização da escola e dos pais no processo de educação, reduzindo problemas

escolares a questões de ordem neurológica. Ao ser questionado, o profissional E confirma que há casos onde a escola não aceita manter a criança se esta não estiver medicada. O medicamento, nesse sentido, substitui a produção de sentido sobre a patologia do filho, substitui o papel da escola na produção de modos de compreender e integrar seus alunos.

Categoria 3) Facilitadores ou dificultadores da construção de um PTS a partir da posição discursiva.

Dos cinco profissionais entrevistados, três deles não conheciam a proposta de condutas terapêuticas articuladas do PTS, um deles já havia ouvido falar sobre, porém de modo superficial, apenas o profissional C, de outra área da saúde que não a médica, possuía conhecimento teórico sobre o mesmo.

Os profissionais A e E consideram-no uma metodologia de trabalho possível, os profissionais B e D não acreditam em sua possibilidade prática. Na visão do profissional B, há um empecilho para a construção de um PTS, o próprio contexto do SUS, as longas filas por atendimento, a falta de tempo, falta de profissionais na rede, falta de apoio financeiro. O profissional abaixo relatado amplia suas considerações além do contexto de saúde coletiva, estendendo-o também para o setor privado, pontuando uma inviabilidade do PTS.

Do ponto de vista privado todos esses serviços demandam custo, a avaliação neuropsicológica exige mais de uma sessão, não é um exame que fica barato, [...] a própria medicação não é uma medicação barata, acompanhamento psicopedagógico e psicológico constante e regular também não é uma coisa barata, [...] acaba sendo uma dificuldade do ponto de vista financeiro (Profissional D).

O discurso capitalista dá-se pela via da segregação. Sua relação com o sujeito não estabelece laço, mas o exclui do laço. “A única via de tratar as diferenças em nossa sociedade científica capitalista é a segregação determinada pelo mercado: os que têm ou não acesso aos produtos da ciência” (QUINET, 2009, p. 41). O agente desse discurso é o consumidor, sua verdade é o próprio capital, o outro ao qual se remete é a ciência, sendo esta a responsável, nessa ordem discursiva, pela produção dos objetos de consumo (*gadgets*). “A ciência no discurso do capitalista é a produtora dos objetos de consumo, que operam como causa de desejo. O saber científico nesse discurso é capitalizado para fabricar os objetos que possam representar os objetos pulsionais (S 2 → a)” (QUINET, 2009, p. 39). Esse discurso oferta a mercantilização da cura, a saída rápida para as mazelas da civilização, sua influência desautoriza o saber dos

profissionais de saúde, que precisam debater com os pré-diagnósticos inconsistentes dos pais que buscam neles esse objeto de gozo.

O único tratamento garantido através do SUS é, em partes, o medicamentoso. O Ministério da Saúde adverte sobre a crescente onda de medicalização, ao mesmo tempo em que este é o produto da ciência que o mesmo oferta. Paradoxalmente, o governo estadual, na jurisdição de desenvolvimento da pesquisa, deixou de garantir às crianças diagnosticadas com TDAH o apoio de um professor auxiliar. Dito isso, que formas de tratamento, efetivamente, se tem, considerando o contexto da saúde pública?

É dito pelos profissionais que o medicamento pelo medicamento não possui valor se não associado a uma boa estrutura familiar e acesso a uma educação diferenciada. Os outros profissionais que poderiam auxiliar na construção de um tratamento diferenciado (psicólogo, psicopedagogo, etc.) não são uma garantia, não existem na quantidade devida.

“[...] hoje, aqui na nossa região, esse ambulatório está servindo de contrarreferência para o município. E não deveria ser o inverso? Deveria, mas por que não é o inverso? Porque a gente não tem esses profissionais na rede” (Profissional C).

Sem investimento, não há tratamento subjetivo, a subjetividade torna-se, então, um bem inacessível. A normatização, em contrapartida, é oferecida. A medicação é o que esses pais, dentro da limitação estabelecida pelo capital, podem oferecer aos seus filhos. Além disso, se for necessidade da criança TDAH um tratamento com doses mais altas de metilfenidato, caso relatado pelo familiar B, este deixa de ser apreciado pelo SUS.

O profissional C, além de considerar possível a condição do estabelecimento de um PTS, crê que esse é o caminho pelo qual a saúde deve enveredar.

[...] como estamos caminhando aqui no processo de ensino-aprendizagem, tem que ensinar o aluno a fazer. Porque daqui a pouco nós estamos liberando esse aluno para o mercado de trabalho. [...] qual é o objetivo maior do PTS? É fortalecer, e fortalecer é dar subsídios. E eu acho que isso é uma grande saída. Porque nós não vamos ter profissionais para todo mundo, então algumas pessoas você vai ter que fortalecer para elas seguirem em frente (Profissional C).

[...] se a gente não tiver uma boa relação interdisciplinar, daqui a pouco essas crianças vão estar todas medicadas. [...] quando a criança tem alguém lá fora, o professor ou o próprio pediatra, ou o clínico geral, que diz: ‘ah, essa criança é um TDAH’, a gente vai pedir pra [sic] Psicologia ver [...] E às vezes não é, às vezes você vai em 3, 4 sessões [...] não, ele não é. O que acontece? Muitas vezes a criança, ela [sic] tá [sic] ali triste, chateada, então acha que é um TDA, mas daí tu vai [sic] ver, o pai dele tá [sic] preso, o pai dele mataram, a mãe abandonou ele [sic], ele é criado pela avó [...] (Profissional C).

Nesta última fala, percebe-se que o profissional C mostra-se atento às questões circundantes que podem estar atreladas ao fenômeno sintomatológico, levantando fatores sociais que podem colaborar na deflagração do quadro de TDAH. As condutas terapêuticas articuladas propostas no método de PTS convidam os agentes profissionais a trabalharem com a imprevisibilidade da história de seus pacientes, o desejo, capacidade de implicar-se, de elaborar a causa de seu sofrimento. Nessa posição discursiva, os profissionais se permitem ser estimulados por conteúdos que não dizem somente respeito à sua área de formação teórica, ou, ao menos, não se deixam encerrar totalmente nela. A subjetividade do outro é terreno não mapeado.

O PTS, além de interrogar a família em atendimento, também tem função de fazer o profissional interrogar seu trabalho, que lugar este está ocupando diante de seu paciente, o que está solicitando dele. Dentro da lógica do discurso do analista, “[...] a referência não é o analista, é o analisante. [...] O discurso do analista é o único laço social que trata o outro como um sujeito. Quando não é assim, estamos tratando o outro ou como objeto, ou como um mestre, ou como escravo” (QUINET, 2009, p. 35).

Assim como no discurso do analista, os profissionais dentro de um PTS não buscam governar ou educar seus pacientes. Fazer semblante, sem efetivamente tomar um lugar, pois compreendem que não é isso que buscam. “[...] O discurso do analista revela que esse S1 é apenas um significante, que não precisa necessariamente ser encarnado por ninguém” (QUINET, 2009, p. 35). Não há meio de poder que governe completamente um sujeito, não há meio de saber que englobe ou o conduza, não há uma verdade completa a ser alcançada ou transmitida.

O discurso histórico fornece uma organização singular frente ao saber (implicação, desejo de produção a partir do estímulo do campo), por esse motivo, Lacan considerava a discursividade histórica como o modo de intervenção esperado da ciência (FINK, 1998).

Deixar-se capturar por algo do paciente, reverberar significações e desejo de compreender, trabalhar baseando-se na experiência clínica do sujeito em sofrimento. Não é mais a criança TDAH que precisa estar com prejuízo em dois lugares etc., e sim a criança sintomática, a criança que traz uma verdade sua através do enigma de seu sintoma. A força motriz do discurso da histórica é o objeto “a”, ou seja, o real, que se mostra através daquilo que não funciona, que não encaixa e que, por conta disso, leva ao pesquisador o desejo de pesquisar, procurar, dar conta de compreender, ao menos em partes, o fenômeno apresentado.

“[...] eu vejo hoje uma dificuldade muito grande das áreas quererem abrir a sua ciência. Eu vejo assim, ah, porque cada um quer ser dono de um pedaço, e nós não podemos mais, como se fosse uma pizza, não é uma pizza. A saúde não é uma pizza” (Profissional C).

Quando o profissional C metaforiza a divisão dos saberes em saúde em “especialismos” através da divisão de uma pizza, mostra sua insatisfação com o fracionamento do trabalho complexo dos profissionais em áreas específicas de atuação, onde cada um é responsável por uma parte que corresponde a um todo. Essa divisão mostra uma necessidade de complementaridade entre as áreas, ao mesmo tempo que desemplica aquele profissional que não faz parte dela.

O profissional, no discurso da histórica, é aquele capaz de olhar para o sujeito da esquizofrenia. Nessa dinâmica de trabalho, o sujeito dividido subjetivamente põe-se como agente, onde sua verdade é o real de seu sofrimento, que remete-se a um outro mestre-cientista para que produza um saber a partir disso (QUINET, 2009). Um saber não da ordem do universal, não de um método de tratamento *standard* para todos, e sim de um tratamento com base no sujeito que lança ao profissional o enigma de seu conflito, algo não encontrado na norma, pois foge dela, é um encontro somente possível por meio da clínica. Quando se perde a clínica em nome da norma, onde fica o sujeito?

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a compreensão de um caso, a proposta e o percurso de um tratamento, os sujeitos, profissionais e familiares, são falados por meio dos discursos, representados por eles. Vegh (2001, p. 150 apud FIOCHI, 2009) compreende que não deve haver a valoração de discursos entre bons ou ruins, não se trata disso, porém a persistência em somente um tipo de discurso traz prejuízos ao laço social. Na narrativa dos profissionais foi possível perceber que não há inflexibilidade discursiva, há alteração entre discursos, inclusive entre o discurso histórico, que traz a dúvida, necessária ao crescimento científico.

Foram percebidos pais que estão no discurso do mestre, que possuem um saber inquestionável, que não precisam de algo que dê uma razão, um sentido para sua demanda. Remetem-se ao profissional como aquele que sabe, para produzir o que procuram. Quando estes passam para uma posição de “outro” no laço social do discurso universitário ou do mestre, não manifestam qualquer oposição ou dúvida às inferências profissionais e, em sua fala, não se revela o desejo. Quando tomam lugar de agente no discurso da histórica, questionam os modos de tratamento, o sistema de saúde que não dá conta de suprir suas necessidades, sendo uma

posição que, se não manejada, resulta em um familiar descontente, inquieto, que irá destituir o poder dos profissionais à medida que estes não corresponderem às suas expectativas, impossibilitando avançar no processo de tratamento.

Dentre estas posições de discurso percebidas nos pais, a que traz possibilidade de gerar uma inquietação produtiva no profissional é a do discurso da histórica. Os pais, como agentes deste discurso, têm a possibilidade de questionar os profissionais em seus modos de tratamento e também de serem questionados sobre si, sobre aquilo que pedem, nutrindo a clínica. O profissional, vinculando seu desejo como modo de levar o paciente ao encontro com o seu próprio desejo, pode proporcionar implicação do mesmo e de sua família para que desejem sair do lugar de gozo que o sintoma proporciona. Articular esse desejo é articular a vontade de curar-se, de sair do lugar de sofrimento em que se encontram, utilizando-se disso como mola propulsora de engajamento e mudança.

Há dificuldades em desenvolver-se um PTS quando há rigidez de discurso entre agentes, profissionais e pais, que não permitem a entrada da dúvida. A dúvida, sem construção, continua como mal-estar que, nesses discursos incorporados por uma certeza rígida, é negado. Então, o discurso da histórica por si só não gera mudança, mas questiona as certezas. A articulação entre discursos, a diversidade entre sujeitos de diferentes áreas de conhecimento, que se disponibilizem a pensar em conjunto e a construir, desfazer, reconstruir, quantas vezes forem necessárias, sem receio, nisso se encontra o movimento preciso para um PTS.

Configurar um PTS não é uma tarefa simples, tanto pelas questões práticas explicitadas pelos profissionais entrevistados quanto pelos modos de laços sociais apresentados neste trabalho. À medida que se atenta ao sujeito do sintoma na clínica, a angústia aparece, a dele e a do profissional. Porém, o Real do ser falante far-se-á presente mesmo se não for convidado. Ignorar algo não o faz desaparecer. O discurso do capitalista oferta objetos do saber científico para consumo como objetos de gozo, levando a uma repetição, um excesso. Caso se tenha o PTS como objeto, este não seria da ordem de um gozo, e sim um objeto “causa de trabalho psíquico” (objeto “a”).

Mesmo um profissional, dentro de uma abordagem psicológica, como todo sujeito, transita em variados discursos, precisando estar advertido de si e fazendo esforços para manter-se em uma posição que não trabalhe o paciente como um objeto ou um “escravo”. Estar avisado dos discursos que permeiam a relação profissional-paciente não faz com que outros tipos de discursos não se efetivem, e sim que se perceba que esta lógica existe, e que determinadas demandas gerarão determinadas produções.

Para a execução de um PTS, os profissionais precisarão abrir mão de um gozo por meio do dogma e da potência que são outorgadas às posições de agentes dos discursos do mestre e da universidade, para dar lugar ao desejo do paciente. O desejo do profissional guiará o paciente para que construa o seu, sem impor-lhe seus significantes, por mais que lhes pareçam corretos. Há uma queda de gozo para o profissional que busca este caminho, e isto pode muito bem criar fortes resistências. Os pais não estão em condições de atentar-se, sozinhos, aos seus modos de discurso e à produção que provocam; os profissionais, por sua vez, possuem um lugar privilegiado. E quais seriam seus ganhos com estes esforços? Uma visão multifacetada do sujeito, sem filtros rígidos, o aprimoramento do tratamento, a adesão implicada e participativa dos pacientes e suas famílias, um índice menor de desistências, um discurso que interroge os pais sobre a demanda que fazem ao profissional, sensibilizem-nos sobre o que, de fato, auxiliaria no tratamento do filho. Se há uma impossibilidade no governar e educar esses pais, que caminhos os profissionais precisarão trilhar para garantir o que é possível?

Dentro de discursos que não permitem espaço para dúvida, que não permitem a entrada do sujeito, o PTS está no campo de um surrealismo, pois, condicionado pelo discurso capitalista, variante do discurso do mestre, e que rege os laços sociais de forma significativa, este se faz presente até mesmo na impossibilidade dos profissionais se verem em outro discurso que não aquele em que foram inscritos.

Nesta pesquisa, foi possível perceber, brevemente, as possibilidades descortinadas ao permitir-se a entrada de um discurso que considere o sujeito. Em um ambulatório materno-infantil há um grupo de profissionais que exercem seus modos de tratamento efetuados através do laço social que estabelecem com paciente e família. A família responde a esse laço, ao mesmo tempo que já possui um com o filho. A Psicanálise compreende que há um discurso que parte da criança que, mesmo sem passar pela condição de “fala”, produz um sintoma endereçado ao outro, efetivando um dizer. Há uma narrativa sintomática vinda desse lugar do qual não há palavras.

Em quais modalidades discursivas há lugar para o sujeito do sintoma infantil? Por meio de qual tipo de discurso esse sintoma pode ser percebido? Hoje, a criança TDAH está sendo ouvida? Em que lugar ela está? Avisados destas discursividades, presentes sempre enquanto houver linguagem, há possibilidade de permitir a entrada do discurso do analista nesses furos intamponáveis, nesse saber que falta e mostra sua impossibilidade? Ou tudo isso será ignorado em nome de um gozo? Será possível, mesmo dentro de um saber do discurso universitário, o profissional fazer esforços para transitar entre os discursos que articulam o desejo, coexistir entre eles, ampliar as significações, visando a um resgate da clínica do sujeito?

REFERÊNCIAS

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena Galvão Frem Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, jul. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&lng=en&nrm=iso><http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2017.

APA. American Psychiatric Association. **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

BRANDÃO, Hortensia Maria Dantas. **Uma Perspectiva Psicanalítica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH**. 2011. 194 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/hortensia_brandao_tese.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/audiencia-24.11/apresentacao-no-2-rubens>>. Acesso em: 29 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: Medicalização, classificação e controle dos desvios**. 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/30373457.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

COELHO, Carolina Marra S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. **Revista Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 107-121, jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a09.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DE LUCCIA, Danna Paes de Barros. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise**. 2014. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06112014-123923/publico/DeLuccia_corrigida.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DOR, Joël. **Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem.** Porto Alegre: Artmed, 1989. 202 p. Disponível em: <<https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/joc3abl-dor-introduc3a7c3a3o-c3a0-leitura-de-lacan-o-inconsciente-estruturado-como-linguagem.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017

FERNANDES, Verônica Alves. Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. **Revista A Peste**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 67-79, jul./dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/27933>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FERNÁNDEZ, Alicia. **A atenção aprisionada: Psicopedagogia da capacidade atencional.** Porto Alegre: Penso, 2012. 235 p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Revista Mental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 44-55, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a04.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 253 p.

FIOCHI, Paula Ione da Costa Quinterno. **De posição em posição: os giros de discurso e a questão do saber na Educação em Saúde a partir de uma experiência junto a equipes da Estratégia Saúde da Família.** 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97545/fiochi_picq_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

KAMERS, Michele. Psicopatologia dos transtornos de comportamento. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria Marini; VOLTOLINI, Rinaldo. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência.** São Paulo: Escuta, 2015. Cap. 13. p. 267-288.

LACAN, Jacques. **Seminário 17: O avesso da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1992. 208p.

LEGNANI, Viviane Neves. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. **Fractal: Revista de Psicologia**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 307-322, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a07v24n2.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MANNONI, Maud. **A primeira entrevista em psicanálise.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 119 p.

MARIE, Jeanne; FREITAS, Machado de. **Comunicação e Psicanálise.** São Paulo: Escuta, 1992. 131 p.

MARTINS, Jane. **Das relações (im)possíveis do feminino com o inapreensível: Interlocuções entre psicanálise e cinema.** 2010. 149 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia

Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15918>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Revista Aletheia**, Espírito Santo, v. 28, p. 91-103, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a08.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

QUINET, Antonio. **Psicose e Laço Social**: esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. 237 p.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, 874p.

SOLER, Colette. A clínica do real. **Folha**: Revista da clínica Freudiana, Salvador, v. 30, n. 3, p. 17-29, jul./set. 1989. Disponível em: <<https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/colette-soler-e-outros-a-clc3adnica-do-real.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

TESTI, Helena Maria Daquanno Martins. **O Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDAH**: Contribuições da Psiquiatria, Neurociência, Psicologia, Psicanálise e análise de implicações da chamada patologização da aprendizagem. 2009. 56 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicopedagogia, Pucsp, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3210>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Minas Gerais, v. 13, p. 39-48, set. 1999. Disponível em: <http://ebpmg.org.br/wp-content/uploads/2013/07/edicao_13.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ANEXO A – Elementos dos discursos

o agente	o outro
a verdade	a produção

ANEXO B – Estrutura dos discursos

Discurso do mestre agente S1 outro S2 <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> verdade \$ produção a		Discurso da universidade agente S2 outro a <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> verdade S1 produção \$	
Discurso do analista agente a outro \$ <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> verdade S2 produção S1		Discurso da histórica agente \$ outro S1 <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> verdade a produção S2	

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Jane, por todo o aprendizado transmitido e também sentido. Seu modo de falar da psicanálise, com tanta estima e dedicação, capturou-me desde a primeira vez que a vi em sala de aula. Obrigada por ter compartilhado a forma linda como vê a clínica, pelo amor às verdades e o modo como nutriste meu desejo. Sou grata pela maneira como acolheste minhas angústias, e também pelos cortes e pontuações responsáveis por meu crescimento. Minha admiração por ti é grande e finalizo este ciclo com a sensação de que, se caminhei tanto, foi por conta de todo o tempo que pude passar junto de ti.

Agradeço aos locais de estágios e meus pacientes, que modificaram meus modos de compreender o mundo, fazendo com que me deparasse com minhas faltas e, também, com

as possibilidades trazidas através delas. Às coordenadoras com as quais tive contato, Adriana e Marília, mulheres fortes que lutam, todos os dias, pelos ideais em que acreditam. A todos os colegas de trabalho com quem convivi e, principalmente, Susanne. Querida, você fez muita diferença para mim.

Aos meus pais, Fabrícia e Adilson, por todo amor e empatia com que apoiam minhas decisões, por me considerarem melhor do que eu mesma me considero, por, cada um a seu jeito, depositarem sua felicidade onde a minha está. A minha avó, Valquíria, pela infância maravilhosa, pelas histórias contadas, pelo estímulo lúdico e capacidade imaginativa que me proporcionou. Amo vocês.

À melhor amiga que alguém poderia desejar, Débora, por todas conversas, pelo apoio, pelos silêncios, pela companhia, muito obrigada.