



Michelle Christof Gorin

**Percepção de mães sobre filhos
diagnosticados com TDAH: uma visão psicanalítica**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do
Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Terezinha Féres Carneiro

Rio de Janeiro,
Julho de 2022



Michelle Christof Gorin

**Percepção de mães sobre filhos
diagnosticados com TDAH: uma visão psicanalítica**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Terezinha Féres Carneiro

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Andrea Seixas Magalhães

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Celia Regina Henriques

Pesquisador Autônomo

Prof. Octavio Almeida de Souza

FIOCRUZ

Prof. Edson Guimarães Saggese

IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro, 22 de julho de 2022.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Michelle Christof Gorin

Graduou-se em Psicologia na PUC-Rio (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) em 2012. Concluiu Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência no IPUB/UFRJ (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 2015. Recebeu o título de Mestre em Psicologia Clínica na PUC-Rio (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) em 2015. É membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

Ficha Catalográfica

Gorin, Michelle Christof

Percepção de mães sobre filhos diagnosticados com TDAH : uma visão psicanalítica / Michelle Christof Gorin ; orientadora: Terezinha Féres Carneiro. – 2022.

112 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2022.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. TDAH. 3. Psicanálise. 4. Mães. I. Féres-Carneiro, Terezinha. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Laila,
que foi gestada junto com este trabalho.

Agradecimentos

À minha orientadora Terezinha Féres-Carneiro, que há mais de uma década acompanha e se dedica ao meu percurso acadêmico. Minha gratidão por ter sempre apostado no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Às professoras Rebeca Nonato Machado e Renata Mello, pelas parcerias e trocas que muito me estimulam.

Ao grupo de orientação da professora Terezinha Féres-Carneiro, pelas trocas permanentes ao longo desses quatro anos.

À professora Andrea Seixas Magalhães, pelos comentários na banca de qualificação e por todo o apoio durante vários momentos da minha formação.

Ao professor Octávio de Souza, pelos comentários na banca de qualificação, pelas sugestões teóricas e pelo estímulo na realização deste estudo.

Ao professor Edson Saggese, que no início do doutorado me acolheu gentilmente para realizar minha pesquisa no IPUB.

Ao Eduardo Zaidhaft, meu parceiro de vida, que, com seu amor, carinho e cuidado, oferece a confiança em mim que às vezes me falta, especialmente quando finalizo meu doutorado e me torno mãe ao mesmo tempo.

Aos meus pais, a toda minha família e amigos, que estão sempre por perto e apoiam o meu desenvolvimento profissional.

Aos membros da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, pela minha formação em psicanálise e pelo pertencimento institucional.

Aos participantes desta pesquisa, por dividirem suas experiências, que permitiram esta investigação.

Resumo

Gorin, Michelle Christof; Féres-Carneiro, Terezinha. **Percepção de mães sobre filhos diagnosticados com TDAH: uma visão psicanalítica**. Rio de Janeiro, 2022. 112p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta tese investiga as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH a partir do referencial psicanalítico. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas, com dez mulheres com filhos entre 7 e 12 anos de idade. Os resultados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo. Das análises realizadas, emergiram cinco categorias: *percepção das mães sobre a primeira infância dos filhos*; *percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico de TDAH dos filhos*; *reconhecimento de sintomatologia semelhante entre o filho e membros da família*; *percepção das mães sobre a participação do pai no cuidado do filho*; e, por fim, *percepção das mães sobre as repercussões da pandemia de Covid-19 em seus filhos*. Os resultados e suas análises são apresentados em quatro artigos. No primeiro investiga-se a percepção de mães acerca da primeira infância dos filhos diagnosticados com TDAH. Os dados indicam que é possível estabelecer uma relação entre dificuldades vividas na primeira infância e os sintomas de TDAH. No segundo artigo, investiga-se a percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico dos filhos. Constata-se que a identificação das dificuldades nos filhos gera angústias nas mães, representando uma ferida narcísica e desencadeando sentimentos de culpa, os quais provocam uma tendência maior a se recorrer a explicações biológicas, apesar da presença de uma perspectiva menos reducionista. No terceiro artigo, investigam-se as relações entre TDAH, transmissão psíquica geracional e paternidade a partir da percepção das mães. É verificada uma relação entre TDAH, transmissão psíquica e paternidade, uma vez que em sua maioria os sintomas dos filhos são também identificados em figuras masculinas da família. No quarto artigo, investiga-se a percepção das mães a respeito das repercussões da pandemia de Covid-19 nos filhos diagnosticados com TDAH. Verifica-se um efeito negativo desse período nos filhos e é apontada uma relação entre a impossibilidade de as mães responderem de forma criativa durante esse período de crise e a manutenção da capacidade de pensar. Essas dificuldades parecem estar atreladas a

questões internas e precoces das mães, que, por sua vez, podem estar relacionadas a questões dos filhos e seus sintomas. De maneira geral, as experiências das mães nos permitiram estabelecer relações entre diversos aspectos envolvidos no tema estudado, como primeira infância, questões familiares, escolares, sociais, entre outras, e os sintomas de TDAH. Concluiu-se que a partir de uma visão psicanalítica é possível investigar de forma mais ampla as repercussões de diversas dificuldades ambientais e vivenciais que influenciam no desenvolvimento infantil e podem se expressar através dos sintomas em questão.

Palavras-chave

TDAH; psicanálise; mães.

Abstract

Gorin, Michelle Christof; Féres-Carneiro, Terezinha (Advisor). **Mothers' perceptions of children diagnosed with ADHD: a psychoanalytic view.** Rio de Janeiro, 2022. 112p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis investigates the experiences of mothers with children diagnosed with ADHD from the psychoanalytic framework. Qualitative research was performed, through interviews, with ten women with children aging from 7 to 12. The results were analyzed according to the method of content analysis. From this analysis, five categories emerged: *mothers' perception of children's early childhood; mothers' perceptions of the symptoms and the diagnosis of ADHD of their children; recognition of similar symptomatology between the child and family members; mothers' perceptions of fathers' participation in children's care; and, finally, mothers' perceptions of the COVID-19 pandemic repercussions on their children.* The results and their analysis are presented in four articles. In the first one, mothers' perceptions of the early childhood of children diagnosed with ADHD is investigated. The data indicate that it is possible to establish a relationship between difficulties experienced in early childhood and ADHD symptoms. In the second article, the perception of mothers about their children's symptoms and their diagnosis is investigated. It is observed that the identification of their children's difficulties causes distress to the mothers, representing a narcissistic wound and triggering feelings of guilt, which provoke a greater tendency to resort to biological explanations, despite the presence of a less reductionist perspective. In the third article, the relationship between ADHD, generational psychic transmission and fatherhood from mothers' viewpoint is investigated. A relationship between ADHD, psychic transmission and fatherhood is verified, since, in its majority, the symptoms of the children are also identified in male figures in the family. In the fourth article, mothers' perception regarding the repercussions of the COVID-19 pandemic on their children diagnosed with ADHD is investigated. A negative effect of this period on their children is verified, and a relationship between the lack of ability of mothers to respond in a creative manner during this period of crisis to the maintenance of their faculties is noted. These difficulties seem to be intertwined

with internal and early problems, which, in turn, may be related to issues and symptoms of their children. Overall, the experiences of the mothers allowed us to establish a connection between various aspects involving the subject studied, such as early childhood, family, school and social issues, among other things, and the symptoms of ADHD. It was concluded that, from a psychoanalytic stance, it is possible to investigate in a wider form the repercussions of the diverse environmental and experiential difficulties that influence child development and they can be expressed through the symptoms in question.

Keywords

ADHD; psychoanalysis; mothers.

Sumário

Introdução	p. 12
 1 Primeira infância e TDAH: uma visão psicanalítica	 p. 18
1.1 Método	p. 26
1.1.1 Participantes	p. 26
1.1.2 Instrumentos e procedimentos	p. 27
1.1.3 Análise de dados	p. 28
1.2 Resultados e discussão	p. 29
1.2.1 Percepção das mães sobre a primeira infância dos filhos	p. 29
1.2.1.1 Gravidez	p. 29
1.2.1.2 Parto	p. 31
1.2.1.3 Prematuridade	p. 32
1.2.1.4 Amamentação	p. 34
1.2.1.5 A identificação de dificuldades no cuidado com os filhos	p. 35
1.3 Considerações finais	p. 39
 2 Percepção das mães sobre os sintomas de TDAH dos filhos: contribuições psicanalíticas	 p. 41
2.1 Método	p. 47
2.1.1 Participantes	p. 47
2.1.2 Instrumentos e procedimentos	p. 49
2.1.3 Análise de dados	p. 50
2.2 Resultados e discussão	p. 50
2.2.1 Identificação do sintoma dos filhos	p. 51
2.2.2 Observação dos sintomas dos filhos na escola	p. 52
2.2.3 Compreensões acerca da etiologia do transtorno	p. 55
2.3 Considerações finais	p. 58
 3 TDAH, transmissão psíquica e paternidade: uma perspectiva de mães	 p. 60

3.1 Método	p. 68
3.1.1 Participantes	p. 68
3.1.2 Instrumentos e procedimentos	p. 69
3.1.3 Análise de dados	p. 70
3.2 Resultados e discussão	p. 71
3.2.1 Reconhecimento de sintomatologia semelhante entre o filho e membros da família	p. 71
3.2.2 Percepção das mães sobre a participação do pai no cuidado do filho	p. 74
3.3 Considerações finais	p. 79
 4 Covid-19 e TDAH: um olhar psicanalítico	 p. 82
4.1 Método	p. 88
4.2 Resultados e discussão	p. 91
4.3 Considerações finais	p. 97
 Conclusões	 p. 100
 Referências	 p. 105
 Anexo 1	 p. 110
 Anexo 2	 p. 112
 Anexo 3	 p. 113
 Anexo 4	 p. 114

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) incide, de acordo com pesquisas de levantamento de dados populacionais, sobre 5% das crianças do mundo, segundo o DSM-5 (APA, 2014). Consideramos essa uma taxa de prevalência significativa, que deve despertar o interesse e estudos contínuos dos profissionais da área. Esse índice também foi corroborado por uma pesquisa epidemiológica brasileira (Arruda, Querido, Bigal & Polanczyk, 2015) e, na Inglaterra, por uma pesquisa publicada em 2017, que utilizou dados epidemiológicos oficiais referentes à população inglesa, e apontou que cerca de 10% das crianças e jovens entre 5 e 16 anos de idade apresentam problemas de saúde mental, indicando que o TDAH ocupa o terceiro lugar nessa lista (Hagell & Maughan, 2017).

Os diagnósticos propostos pelos manuais classificatórios, como o DSM-5 (APA, 2014), estão, todavia, longe do consenso entre os profissionais de saúde mental. Há aqueles que defendem a necessidade de se usarem amplamente os diagnósticos e aderirem a tratamentos diretamente ligados a eles, mas há aqueles que criticam fortemente essa prática, questionando diversos aspectos relacionados, como os conflitos de interesse e a validade das pesquisas utilizadas na área.

O diagnóstico segue em expansão, acompanhado por mudanças de critérios propostas no DSM-5, que ampliaram a idade limite para surgimento dos sintomas de sete (7) para até doze (12) anos de idade, bem como alteraram a nomenclatura de referência à gravidade dos sintomas de ‘cl clinicamente significativo’ para ‘interferir ou reduzir a qualidade do funcionamento em algumas áreas’. O aumento dos critérios inclusivos, de acordo com Thomas, Mitchell e Batstra (2013), pode ser problemático tendo em vista a possibilidade de estes serem confundidos com questões típicas do desenvolvimento infantil, que é um processo que envolve agitação e distraibilidade de forma natural. Os autores chamam atenção para o fato de que 86% dos diagnósticos de TDAH nos Estados Unidos foram nomeados como *moderado* ou *brando*; entretanto, essa distinção diagnóstica não existe dessa forma nos manuais, até o DSM-IV. Ressaltam ainda que, até

o momento, não há muitos estudos de longa duração sobre tratamentos para TDAH e os de curto tempo mostram resultados diferentes. Ou seja, é um tema que comporta ainda muitas dúvidas e questionamentos.

Na mesma linha, Landman (2019) afirma que não há marcadores biológicos reconhecidos cientificamente que estabeleçam uma correlação entre desequilíbrios químicos cerebrais e comportamentos, como a psiquiatria biológica tenta propor a respeito do TDAH. O estudo do cérebro está sendo associado atualmente a teorias reducionistas, que desconsideram as vivências subjetivas, de acordo com o autor, que ainda afirma que doença mental não pode se tornar sinônimo de doença neurológica. No entanto, existem diferentes movimentos na sociedade que aderem a esse modelo por uma mistura de interesses individuais, como, por exemplo, as indústrias farmacêuticas. Nesse sentido, Landman (2019) também pensa em quais seriam os interesses das famílias de crianças com o diagnóstico de TDAH nas compreensões de base puramente biológica. Ele entende que a causa orgânica pode ser vivenciada pelos pais como uma liberação da culpa que experimentam, não só a inerente ao exercício da parentalidade, mas também a despertada pelos sinais de sofrimento nos filhos.

A discussão sobre diagnósticos psiquiátricos no campo da infância é ainda mais complexa, visto que há uma preocupação maior com aqueles que ainda dependem dos adultos e estão em fase de desenvolvimento. Um alerta sobre as complicações das pesquisas referentes às crianças foi feito por Dolto (1985/2005) há mais de trinta anos. A autora se dizia inquieta com a chegada das neurociências, pois estas, muitas vezes, pretendem, com suas propostas de testagens e cientificidade, acalmar as preocupações dos adultos. Não se pode esquecer que o discurso sobre a infância sempre parte dos adultos, sem se saber as particularidades do mundo interno das crianças, e com isso se faz necessário levar em consideração que o que é dito está posto em uma relação comparativa com o adulto, por exemplo. Para a autora, o comportamento que pode ser observado não permite a quem observa saber sobre a experiência do sujeito, uma vez que o ser humano é complexo em suas dimensões afetivas e inconscientes, além da biológica.

Além disso, Dolto (1985/2005) questiona se o interesse dos adultos se volta apenas para o comportamento das crianças em vez de se ater ao que elas sentem. Para a autora, a ciência não está a serviço da criança, mas, muitas vezes, a serviço da própria ciência, ou de uma ordem já estabelecida, entre outras possibilidades. Dessa forma, as ideologias dominantes na área da infância se acusam: há uma forte discordância entre os que propõem fatores ambientais e os que propõem fatores genéticos, ambos cercados de ideologias.

Muito frequentemente, encontramos psicólogos que atendem crianças com o intuito de recuperar, manipular, visando a uma reeducação que as permita estar no social, enquanto Dolto (1985/2005) acredita que o ideal é permitir à criança ser o que ela é, desenvolvendo sua confiança em si mesma. Ela atribui esse primeiro sentido, em parte, à psicologia do consciente, que, muitas vezes, quer “endireitar” as crianças. Isso leva, por vezes, à culpabilização dos que não estão de acordo com a norma e, além disso, à culpabilização dos pais pelos problemas dos filhos, o que pode ocorrer também entre aqueles que trabalham com o inconsciente; porém, culpabilizar as próprias crianças ou os pais não é o objetivo da psicanálise, mas seu mau uso, de acordo com a autora.

A discussão sobre o sentido do diagnóstico reverbera especialmente nos dias atuais no que diz respeito ao TDAH. Lima (2005) defende que há uma concepção naturalista e reducionista referente ao diagnóstico de TDAH, uma vez que existe atualmente uma tendência a caracterizar o diagnóstico apenas como uma entidade cerebral. Para ele, isso ocorre porque, culturalmente, apoiamos uma compreensão dos modos de subjetividade a partir do corpo e de aspectos relacionados a ele.

Nesse cenário, não se trata de combater o diagnóstico psiquiátrico ou idealizar outras perspectivas sobre isso, mas de compreender porque hoje há grande aderência a esse diagnóstico, que aplaca a angústia de várias famílias. O exercício crítico sobre esta colocação aponta que as questões relativas à atenção, por exemplo, não podem ser somente cerebrais e totalmente mensuráveis, mas há uma demanda social de adequação a isso, em que as pessoas se questionam sobre a capacidade atencional, visando a uma norma. Quando os modelos de subjetivação

estão mais ligados ao corpo acabam por rivalizar com modelos mais ligados ao intrapsíquico. Isso é de grande interesse para a psicanálise e para este projeto de pesquisa.

De acordo com Almeida, Lima, Crenzel e Abranches (2019), problemas de atenção e de hiperatividade têm múltiplas causas e nem sempre de ordem patológica. Os autores recomendam aos médicos que descartem outros diagnósticos psiquiátricos ou fatores psicossociais antes de se confirmar o diagnóstico de TDAH, que deve ser um diagnóstico de exclusão, aplicável a situações em que os sintomas perduram e impactam de forma ampla a vida das crianças em questão.

Essa não é a tendência atual para o diagnóstico de TDAH, que vem sendo dado de forma rápida, considerado logo como primeira opção, o que pode gerar “falsos-positivos”, levando à medicalização de problemas escolares e iatrogenia. Dados epidemiológicos comprovam que crianças diagnosticadas dessa forma estão em centros urbanos, pertencem a classes mais baixas e muitas foram criadas em instituições, evidenciando as influências sociais e ambientais nos sintomas (Almeida, Lima, Crenzel e Abranches, 2019). É possível também relacioná-los às complexas demandas que são exigidas da criança pela sociedade.

Além da alta taxa de prevalência e a falta de consenso entre os profissionais da área da saúde mental, ressaltamos a carência de pesquisas que articulem diferentes enfoques sobre a compreensão dos sintomas em questão. Acreditamos que diversas áreas do conhecimento podem contribuir para a ampliação e o aprofundamento do olhar a respeito do TDAH, porém, localizamos a necessidade de se ampliar o viés psicanalítico sobre o tema. Há a necessidade de um olhar sobre essas crianças e suas famílias que não pretenda apenas criticar o uso que é feito do diagnóstico ou identificar suas falhas, mas apontar novas compreensões.

Algumas pesquisas sobre TDAH (Bertoldo, Feijó & Benetti, 2018; Benczik & Casella, 2015; Poissant & Rapin, 2012; Tonetto & Barbieri, 2018; Laidlaw & Howcroft, 2015) têm enfatizado a importância do funcionamento familiar e sua relação dinâmica com os sintomas da criança, implicando os pais nos fatores ambientais que dizem respeito ao transtorno e sinalizando

a necessidade de incluí-los no tratamento. Outros autores (Berger, 2001; Gunter, 2014; Bjorn, 2008) teorizam, a partir da psicanálise, propostas para a compreensão dos sintomas, articulando as relações familiares e os aspectos inconscientes à vida psíquica primitiva da criança. A família é considerada o lugar primeiro de convivência, e os pais, aqueles responsáveis por promover o desenvolvimento das crianças. Há, portanto, também nos estudos dos pesquisadores da área, ênfase em aspectos relacionais e intersubjetivos ligados ao ambiente, na expectativa de se articularem fatores biológicos e ambientais na compreensão do TDAH.

Sobre questões ambientais, o DSM-5 (APA, 2014) indica que as relações e funcionamentos familiares não são considerados causas do TDAH em crianças, podendo somente trazer repercussões para questões comportamentais posteriores. Paradoxalmente, sugere que as diferenças culturais alteram as taxas de prevalência e fornece, como exemplo, as populações brancas, latinas e afro-americanas nos Estados Unidos, destacando que as primeiras têm taxas mais elevadas de incidência do transtorno. Dessa forma, o manual abre espaço para a pesquisa dos diversos aspectos envolvidos em sofrimentos emocionais para além do biológico.

É nesse contexto que este trabalho se insere, valorizando a possibilidade de estudar o diagnóstico de TDAH a partir de uma perspectiva que leve em consideração as vivências subjetivas das crianças e suas famílias. Propomos como objetivo, então, investigar as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH a partir do referencial psicanalítico. Para fins de organização desta tese, apresentamos quatro artigos com os desdobramentos da pesquisa empreendida. No primeiro, investigamos a percepção de mães acerca da primeira infância dos filhos diagnosticados com TDAH. Em seguida, nos debruçamos sobre a percepção das mães sobre os sintomas e o diagnóstico dos filhos. No terceiro, pesquisamos as relações entre TDAH, transmissão psíquica geracional e paternidade. E, por último, analisamos as repercussões da pandemia de Covid-19 nos filhos a partir da percepção de mães.

1

Primeira infância e TDAH: uma visão psicanalítica

Resumo: O presente estudo é parte de uma investigação mais ampla sobre TDAH e tem como objetivo investigar, à luz da psicanálise, a percepção de mães acerca da primeira infância dos filhos diagnosticados com TDAH. Foi realizada uma pesquisa qualitativa na qual foram entrevistadas dez mulheres de camadas médias da população carioca, com filhos entre 7 e 12 anos, diagnosticados com TDAH. Os resultados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo. Tendo em vista o objetivo deste estudo, foram discutidas a categoria *percepção das mães sobre a primeira infância dos filhos* e suas subcategorias *gravidez, parto, prematuridade, amamentação e a identificação de dificuldades no cuidado com os filhos*. Os resultados apontaram que é possível estabelecer uma relação entre dificuldades de cuidados vividas na primeira infância e os sintomas de TDAH.

Palavras-chave: TDAH, primeira infância, psicanálise, mães.

A saúde mental da criança é um tema central atualmente, sendo reconhecido seu aspecto determinante no desenvolvimento e bem-estar do indivíduo. Segundo o relatório da UNICEF *“The state of the world’s children”*, de 2021, adolescentes com idade entre 10 e 19 anos correspondem a mais de 1,2 bilhões de indivíduos em todo o mundo; estima-se que, entre eles, mais de 13% vivem com algum transtorno mental. Nesse cenário, é comum recorrer à máxima ‘do melhor interesse da criança’ como bússola para a oferta dos melhores cuidados possíveis; porém, as direções variam de acordo com contextos políticos, históricos, sociais e econômicos. Nem sempre há um caminho único no que diz respeito à saúde mental, especialmente na infância. O Transtorno de Déficit de Atenção e ou Hiperatividade (TDAH) é um desses temas em que não há consenso a respeito, apesar de representar 19,5% dos diagnósticos do

grupo citado acima (UNICEF, 2021) e a também ter uma alta taxa de prevalência segundo o DSM-5 (APA, 2014) em cerca de 5% das crianças.

O TDAH enquanto diagnóstico fenomenológico oferece um caminho importante para organizar e nomear uma série de sintomas, envolvendo agitação psicomotora, impulsividade e desatenção, que se apresentam em crianças pela descrição da literatura da área desde o século XIX (Delion e Golse, 2004) e desafiam seus cuidadores. No entanto, muito se confunde

a respeito da causalidade dos sintomas, já que os diagnósticos não necessariamente dizem respeito a etiologias precisas e bem definidas. Ao tomarmos o DSM-5 (APA, 2014) como referência básica em termos de definição sobre o transtorno, é informado explicitamente que, além de não haver marcadores biológicos para o transtorno, as pesquisas relativas ao

funcionamento cerebral e aos aspectos genéticos não têm dados suficientes para diagnóstico. Ao mesmo tempo, afirma-se que “Padrões de

interação familiar no começo da infância provavelmente não causam

TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta” (APA, 2014, p. 62). A descrição dos sintomas enquanto fenômeno é essencial, mas não há no manual uma definição única a respeito das causas, pois não é possível

excluir a influência do meio quando não se chegou a conclusões estritamente biológicas e, mesmo que fosse o caso, a separação radical entre mente e corpo é bastante questionada nos dias de hoje. Além disso,

mesmo quando se considera um sintoma com causas estritamente orgânicas, deve-se levar em consideração a subjetividade que emergirá naquele sujeito diante daquelas condições.

É nesse contexto que se faz necessário questionar a hipótese que o DSM-5 (APA, 2014) levanta sobre a “interação familiar no começo da infância”, partindo da perspectiva de que o ambiente em que a criança está inserida influencia diretamente seu desenvolvimento. Hoje há duas principais correntes de pensamento sobre a nosografia do déficit de atenção, segundo Delion e Golse (2004), que diferem em termos teóricos e técnicos. Um dos modelos entende os sintomas como resultado direto de dificuldades nos processos ligados ao neurodesenvolvimento, considerando apenas um fator e favorecendo a busca por medicação. O

outro procura considerar de forma psicodinâmica o encontro de vários fatores, desde o cognitivo até o familiar e social, buscando a implicação do sintoma da criança com o ambiente. Seja qual for a abordagem, os autores alertam para o risco de explicações lineares que não favoreçam reflexões complexas sobre o sofrimento psíquico da criança.

A psicanálise é um referencial teórico capaz de investigar sintomas infantis como falta de atenção e agitação psicomotora através de um caminho não reducionista e multifatorial, apontando para uma ampliação do olhar sobre os fatores etiológicos do TDAH. A partir de uma revisão histórica da literatura clássica sobre o tema, Delion e Golse (2004) citam inúmeros autores importantes, como Hoffman, Bourneville, Kraepelin, Wallon entre outros, que descreveram aspectos ligados ao que hoje se chama TDAH, identificando nosograficamente sintomas observados e estudando suas causas, abrindo espaço para uma abordagem psicodinâmica. Após os anos de 1950, a partir de Leibovici, esses sintomas de instabilidade da criança passaram a ser considerados um modo de funcionamento que está em interação com o ambiente, estabelecendo uma conexão com a psicopatologia freudiana. Desde então, inúmeros autores, como R. Diatkine, J. Ajuriaguerra, J. Bergès, produziram trabalhos sobre o tema a partir da ótica da psicanálise, trazendo diferentes contribuições. Neste trabalho, partiremos das ideias de alguns autores que estabelecem relações entre dificuldades na primeira infância e os sintomas de TDAH.

Berger (2001) elaborou uma proposta teórica psicanalítica para a compreensão do TDAH, nos moldes que sugerem Delion e Golse (2004), relacionando os sintomas ao ambiente, pensando a psicopatologia e refletindo de forma não linear. Por meio da realização de uma grande pesquisa clínica com sessenta crianças com instabilidade psicomotora, buscou compreender os sintomas a partir da história familiar e das relações interpessoais de cada criança. Seus resultados indicam uma hipótese de perturbações da relação da criança com o meio durante o primeiro ano de vida, sendo assim em cinquenta e quatro casos dos sessenta acompanhados por ele. A relação com o objeto primário aparece de forma prejudicada em sete subgrupos que ele delinea, os quais serão descritos a seguir.

O primeiro subgrupo, composto por dezoito casos dentro da amostra, diz respeito às instabilidades associadas a interações precoces muito deficientes, especialmente ligadas a situações de violência precoce ou carência. Em seguida, relata dezesseis casos de depressão materna e treze casos de crianças submetidas a uma educação muito impositiva e rígida. Por conseguinte, fala sobre cinco casos em que as crianças tinham mães instáveis ou nervosas e sobre dois casos de descontinuidades ou pobreza de investimento por parte do ambiente, como longas ausências e longo tempo de uso de eletrônicos como substitutos de outros contatos. Dos sessenta, os seis casos restantes não corroboraram os dados a respeito das perturbações da relação da criança com o meio no início da vida. São eles: quatro casos ligados a outras comorbidades e dois casos sem causa detectável.

A partir desses achados, Berger (2001) afirma que

Essa classificação não pretende ser definitiva e não exclui eventuais fatores genéticos e constitucionais, mas permite verificar a frequência das perturbações da relação durante o primeiro ano de vida (p. 55).

Nesse contexto, ele aponta a instabilidade psíquica e corporal da criança como um funcionamento particular no qual há uma dificuldade de estabelecer uma relação entre a palavra e a ação. Para ele, a metapsicologia freudiana prevê que, primeiro, há para o sujeito a ação e, posteriormente, surge a palavra, que representa no psiquismo a ação. Entretanto, existem outras formas desse processo ocorrer e o excesso de movimento, ou seja, a instabilidade, funciona como se fosse uma incapacidade de ligar afetos às representações. É nesse sentido que Berger (2001) afirma que o processo de inscrever um pensamento no psiquismo, para algumas crianças, precisa ser acompanhado de um gesto, pois se movimentam enquanto pensam, como tentativa de representar a ação no psiquismo. É sob essa ótica que um déficit na relação com o objeto primário no período pré-verbal pode levar ao predomínio do agir sobre o pensar e, conseqüentemente, sobre o falar.

É necessário, então, compreender quais são as falhas precoces na relação com o objeto primário que podem dar origem a esse tipo de situação. A primeira delas, conforme proposto por Berger (2001), relaciona-

se com um *holding* deficiente, no qual há um fracasso na vivência de onipotência. Na indispensável vivência de narcisismo primário, o bebê, quando tem uma mãe adaptada a ele, experimenta a sensação de produzir o objeto que está lá para ele. Quando isso não ocorre e o bebê não experimenta ter criado esse objeto, geram-se forte angústia e uma falha na continuidade. A instabilidade motora nesse caso surge como uma defesa paradoxal diante da falha do *holding* materno, produzindo ativamente o caos para evitar a vivência de não poder depender do meio, controlando permanentemente o objeto. Sem interiorizar a função de suporte, a criança se coloca em permanente movimento. É possível que essa situação também desencadeie fortes sentimentos de culpa, já que não se percebe capaz de criar um meio de que precisa e pode depender. Sem a vivência da onipotência, há falhas no processo de integração no tempo e no espaço e no estabelecimento da relação objetal.

Outro tipo de falha na relação objetal precoce está relacionada a mães instáveis ou nervosas, que agitam muito os bebês, que, por sua vez, buscam repetitivamente a excitação corporal como descarga, de modo que a agitação psicomotora funciona como um processo autocalmante. De acordo com Berger (2001), não se estabelece entre a mãe e o bebê uma relação que propicia o autoerotismo, mas sim uma agitação que visa apenas à descarga quantitativa, ao invés de descargas que se relacionam à qualidade, fazendo, portanto, relação com elementos psíquicos. A excitabilidade do corpo funciona como um desinvestimento da relação, sem adquirir uma representação materna da mãe que excita ao invés de acalmar.

Essa descrição do *déficit* na relação objetal precoce proposta por Berger (2001) é compreendida por ele como uma falha no desenvolvimento da capacidade de estar só na presença do outro, conceito formulado por Winnicott (1958/1983). Este autor aponta a importância justamente de pensar sob uma perspectiva unipessoal antes de pensar relações duais ou triangulares, referindo-se à fase em que o ego imaturo do bebê usa o ego de sua mãe como se fosse seu. Apenas com o passar do tempo é que ocorre o reconhecimento da alteridade, de modo que, no primeiro momento, uma ilusão é mantida pela adaptação da mãe ao bebê, que não

lhe permite perceber que há um outro. O desenvolvimento dessa capacidade considerada sofisticada depende de que o ego imaturo do bebê seja “naturalmente compensado pelo apoio do ego da mãe” (Winnicott, 1958/1983, p. 34) e, gradualmente, poderá favorecer a possibilidade de ficar só sem apoio constante ou sem a necessidade de um símbolo da mãe. É na presença desse outro que a criança vai poder descobrir sua vida própria, desfazendo-se da ilusão de sua onipotência gradativamente. Trata-se de um paradoxo: a capacidade de estar só depende de ter podido estar só na presença do outro enquanto criança. De acordo com Winnicott (1958/1983), a maturidade e a capacidade de estar só indicam que o indivíduo experimentou uma crença num ambiente bom, por meio da maternidade suficientemente boa, o que ocorre através das repetições de experiências instintivas satisfatórias.

Em outras palavras, a falta de adaptação do meio às necessidades não permite a ilusão de onipotência do bebê, que acaba invadido por estímulos muito precocemente. De acordo com Winnicott (1958/1983), isso pode ser observado por meio do brincar, já que a capacidade de brincar está diretamente relacionada à capacidade de ficar só. Há uma diferença entre a criança que brinca feliz com seu brinquedo e aquela que fica compulsivamente excitada. Para o autor, o mais saudável seria brincar sem se sentir ameaçada pela excitação e orgasmo físico, indicando maior capacidade de sublimação. Do contrário, uma criança com uma marca de inquietação maníaco-defensiva ou de tendência antissocial não pode aproveitar o brinquedo, pois sente seu corpo incluído fisicamente nele. Nesse sentido, a capacidade de estar só na presença do outro em um período muito precoce da vida permite o amadurecimento do desenvolvimento emocional de forma saudável. Nesse sentido, é possível, então, relacionar os sintomas de instabilidade psíquica e psicomotora a falhas nesse processo de adaptação do ambiente ao bebê no momento mais precoce da vida.

Tonetto e Barbieri (2019) também investigaram a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDAH a partir das ideias de Winnicott e relataram angústias importantes durante a gravidez e a primeira infância dos filhos. As autoras também fizeram referência a

dificuldades na promoção do *holding*, uma vez que as mães relataram percalços no estabelecimento do vínculo e da sintonia com os filhos. Foi destacado também que as mães participantes da pesquisa apresentavam patologias depressivas, latentes ou manifestas, entre outras questões, prévias à gestação, que demandavam atenção e cuidado.

Na mesma direção, Serralha (2010) destaca que as ideias winnicottianas podem ajudar a compreender o valor dos sintomas de TDAH para o desenvolvimento das crianças. Isso porque as manifestações da criança podem ser interpretadas como um movimento na direção do ambiente para se obter aquilo que não está sendo suprido ou que foi perdido. Se o olhar sobre as reações da criança parte da ideia de patologia, o ambiente não pode compreender as necessidades dela.

É possível estabelecer um paralelo entre a compreensão sobre falhas no *holding*, partindo da teoria winnicottiana, e das proposições de Gunter (2014) a respeito de TDAH e falhas também precoces, partindo da teoria bioniana. O autor compreende os sintomas do TDAH como uma confluência final de experiências emocionais precoces, que podem ter origens diversas, mas guardam a similaridade em relação à precariedade da função alfa. Vale, então, retomar brevemente a teoria do pensar, conforme formulada por Bion (1990). O pensar é resultado, paradoxalmente, do desenvolvimento dos pensamentos e do próprio aparelho de pensar, o que acontece, de forma saudável, com a junção de uma preconcepção e uma frustração. O bebê tem uma expectativa de encontro com o seio e, diante da sua ausência, precisa lidar com a frustração decorrente disso. Quando o bebê é bem-sucedido em tolerar essa frustração, o não seio se torna, no interior dele, um pensamento e, assim, pode desenvolver, paulatinamente, um aparelho para poder pensar esse pensamento, em sintonia com o princípio de realidade. Nesse processo, torna-se cada vez mais capaz de tolerar frustrações e desenvolve cada vez mais a possibilidade de pensar.

Dá-se, portanto, uma perturbação no pensar quando há, no bebê, uma tentativa de fuga dessa frustração e, em vez de tentar modificá-la, pensá-la. As identificações projetivas entram fortemente em ação nessa evasão. No processo natural, o bebê também se utiliza do mecanismo de

identificação projetiva, ou seja, comunica-se com a mãe, expulsando aspectos ruins do seu interior, para despertar na mãe as angústias que ele mesmo sofre. Entretanto, quando a mãe não pode receber e devolver esta experiência emocional desprazerosa de forma que o bebê possa tolerar, ele permanece projetando na mãe, cada vez em maior intensidade, e reintrojeta um grande terror e sentimentos persecutórios, o que claramente obstrui o processo de desenvolvimento do pensamento. O que o bebê projeta na mãe são elementos ainda não processados, chamados *beta*, e a mãe deve ser capaz de digeri-los e devolvê-los na forma de elementos *alfa*. É necessário que o bebê introjete a função alfa por meio da função materna, no contato com a mente da mãe, que transmite elementos alfa para ele ao tolerar as angústias projetadas (Bion, 1990).

Gunter (2014) entende, então, que o TDAH está ligado a um mau funcionamento do processamento do pensamento e dos afetos, que dizem respeito a elementos beta, em estado bruto, que não puderam ser digeridos de forma adequada para que se tornassem elementos alfa, simbolizáveis. Os elementos beta permanecem sob a forma de impulsos e movimentos motores que são manifestados pela criança, impedindo o seu desenvolvimento. A incapacidade de direcionar a atenção para representações na forma de elemento alfa dentro do mundo interno gera uma dificuldade de obter coerência e flexibilidade no pensamento, o que pode estar relacionado aos sintomas de agitação psicomotora e desatenção.

Outros autores caminham na mesma direção de estabelecer conexões entre o ambiente e as relações em que a criança está inserida e o diagnóstico de TDAH, desde a primeira infância. Laidlaw e Howcroft (2015), por exemplo, relatam uma experiência clínica com uma menina com sintomas típicos de desatenção e agitação, capaz de narrar seu sofrimento relativo à mãe bastante deprimida, com quem possui um tipo de apego inseguro. Claudon (2001) também destacou, a partir de pesquisa clínica, que a instabilidade psicomotora está ligada a patologias do vínculo, o que indica a necessidade de investigação acerca das relações com o objeto. França (2012) também sinalizou, através de revisão da literatura

psicanalítica, que os sintomas discutidos se relacionam a falhas no desenvolvimento emocional primitivo.

A literatura sobre o tema é complexa, mas, apesar de não haver consenso entre os psicanalistas a respeito do TDAH, há entre os autores citados um pensamento em comum no que diz respeito a uma dificuldade no ambiente em que a criança está inserida, em um momento precoce da vida psíquica, que pode se manifestar em sintomas como a atividade motora desorganizada e dificuldades de atenção. Assim, este estudo tem como proposta investigar, à luz da psicanálise, a percepção de mães acerca da primeira infância dos filhos diagnosticados com TDAH.

1.1 Método

1.1.1 Participantes

Participaram do estudo dez mães, sujeitos independentes, oriundas das camadas médias da população carioca, que tinham filhos entre 9 e 12 anos, diagnosticados previamente com TDAH. A fim de preservar a identidade das participantes do estudo, elas foram nomeadas como Mãe 1 até Mãe 10.

A escolha por essa faixa etária dos filhos ocorreu por ser uma época da vida com alta incidência do diagnóstico, visto que o DSM-5 (APA, 2014) prevê o aparecimento de sintomas antes dos 12 anos. Além disso, envolve um período de transição escolar entre o Ensino Fundamental I e o Fundamental II, que demanda maior atenção e autonomia dos estudantes em relação aos seus processos de aprendizagem, o que costuma desencadear dificuldades relativas à atenção. Em termos psicanalíticos, essa faixa etária está relacionada à fase da latência, enquanto momento de maior sublimação, uma vez que o movimento pulsional se dirige mais para fins não sexuais, como as atividades intelectuais (Freud, 1905/2016). Não fizemos uma distinção inicial de gênero dos filhos; porém, a amostra correspondeu ao que é indicado no DSM-5 (APA, 2014), isto é, a uma maior incidência do transtorno em pessoas do sexo masculino. O diagnóstico de TDAH dos filhos relatado pelas mães foi confirmado através de instrumento

descrito nos procedimentos desta pesquisa. A Tabela 1 abaixo apresenta o perfil das participantes a partir da ficha biográfica preenchida por cada uma.

Tabela 1. Dados de identificação dos participantes

Participante	Idade	Idade do filho	Sexo do filho	Relação com o pai do filho
Mãe 1	44	11	masculino	separada
Mãe 2	46	10	masculino	casada
Mãe 3	41	12	feminino	casada
Mãe 4	47	9	masculino	casada
Mãe 5	44	10	feminino	casada
Mãe 6	35	10	masculino	casada
Mãe 7	38	9	masculino	casada
Mãe 8	39	10	masculino	casada
Mãe 9	40	12	masculino	separada
Mãe 10	42	10	feminino	casada

1.1.2 Instrumentos e procedimentos

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista com roteiro semiestruturado (ANEXO 4) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006; ANEXO 3). As participantes foram entrevistadas individualmente e de forma remota, através da plataforma virtual com vídeo e áudio – este foi gravado e posteriormente transcrito. As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado a partir da revisão da literatura psicanalítica sobre TDAH.

As entrevistadas foram indicadas por meio da rede de contatos profissional e pessoal da pesquisadora, através de divulgação em redes sociais a respeito da procura por participantes que se enquadrassem na

descrição dos sujeitos acima explicitada. Vale destacar que não houve nenhum pai interessado em participar da pesquisa, apesar de esforços terem sido direcionados nesse sentido; dessa forma, a amostra ficou caracterizada como apenas de mães.

Previamente à entrevista, as participantes preencheram uma Ficha de Avaliação Biográfica (ANEXO 2) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006). Este segundo instrumento é um questionário de domínio público, validado para a população brasileira, que funcionou como um complemento ao diagnóstico clínico relatado pelas mães, e que pôde, na pesquisa, fornecer uma medida objetiva de confirmação do TDAH nos filhos das participantes. Estas preencheram dezoito itens, indicando em uma escala de quatro opções em relação à frequência de determinados comportamentos da criança. Os itens 18 a 26 que constam originalmente no questionário não foram aplicados porque se referem a outro transtorno, do tipo desafiador de oposição, não estando relacionados ao escopo deste trabalho.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi desenvolvido e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO 1).

1.1.3 Análise de dados

O questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006) teve seus dezoito itens divididos em duas seções, sendo os primeiros nove (9) relacionados à desatenção e os seguintes, à hiperatividade/impulsividade. Foi contabilizado um (1) ponto para cada opção 'bastante' ou 'demais' assinalada. Quando o questionário indicou um valor de pelo menos seis (6) pontos em qualquer uma das duas seções, foi considerado que a criança cumpre os critérios sintomatológicos mínimos para o transtorno (Costa, Paula, Malloy-Diniz, Romano-Silva & Miranda, 2018). Esses dados indicaram que os filhos de todas as participantes atendem aos critérios diagnósticos, portanto, todos cumpriam os critérios para inclusão como sujeitos da pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao método de análise de conteúdo, na sua vertente categorial, conforme proposto por Bardin (2016). A partir dessa avaliação, emergiram categorias de análise, que foram discutidas com a literatura psicanalítica sobre o tema do TDAH.

1.2 Resultados e discussão

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH. Da avaliação do material coletado, emergiram categorias de análise. Tendo em vista o objetivo deste trabalho, será apresentada e discutida a categoria *percepção das mães sobre a primeira infância dos filhos* por meio de suas subcategorias: *gravidez, parto, prematuridade, amamentação e a identificação de dificuldades no cuidado com os filhos*.

1.2.1 Percepção das mães sobre a primeira infância dos filhos

1.2.1.1 Gravidez

Investigando a percepção das mães acerca da primeira infância dos filhos, nove entre dez delas salientam alguma dificuldade enfrentada com o filho nesse momento. Inicialmente, destacamos abaixo relatos de três mães que descrevem dificuldades significativas desde antes do nascimento, já durante a *gravidez*. Elas descrevem a gestação como uma fase bastante delicada no que diz respeito ao aspecto emocional, por diferentes motivos.

A gestação dela foi muito agitada porque eu tive transtorno de ansiedade, então eu tinha insônia. Eu não dormia. E então eu acordava assustada. Eu passava a noite em claro. Eu chorava o dia inteiro. A médica já falou que eu não tenho que trazer essa culpa, mas eu acredito que isso teve influência nessas questões que minha filha tem hoje. (...) Assim, foi uma gravidez perfeita no sentido de que eu não senti uma dor. Só que eu tive transtorno de ansiedade por conta da... A gente engravidou quase 10 anos de casados, levou muito tempo para eu conseguir engravidar (MÃE 5).

A minha gravidez não foi numa fase muito boa, né?! Eu tava passando bastante problema no meu trabalho... Sabe quando tudo na sua vida tá

fora do lugar? (...) Meu casamento não tava muito legal, o meu trabalho já não tava muito legal. Na época eu tinha trocado de faculdade. Foi uma gravidez muito agitada. Foi tão agitada que, recente, eu percebi que eu tenho duas fotos grávidas dele. Eu não tirava foto. Por algum motivo assim...eu não tinha vergonha, nada disso. Mas, acho que devido a tudo que estava acontecendo na minha vida aquilo ali para mim não era a prioridade (...) Mas as outras coisas na minha vida estavam tão bagunçadas que eu nem lembro de ter curtido muito a gravidez (MÃE 7).

Ele não foi uma gestação planejada. A gente tinha os dois mais velhos, que tinham uma diferença de oito anos de um para o outro. E aí depois de oito anos ele veio. A gente não tinha programado, foi uma gravidez bem complicada. Não porque tivesse algum problema na gestação, mas porque a gente naquele momento não estava mais pensando em ter filhos. (...) Então, foi um susto muito grande (MÃE 8).

As falas a respeito da *gravidez* indicam dificuldades diversas, como: ansiedades; insônias; angústias relativas à demora em engravidar; momentos difíceis na vida familiar, na vida conjugal e profissional durante a gestação; dificuldade de priorizar a gravidez em função de outras questões da vida; falta de vontade e de planejamento da gravidez. A partir da descrição dessas vivências é possível utilizar as reflexões de Berger (2001) acerca da falha nas relações primárias da criança, quando leva em consideração as dificuldades enfrentadas no início da vida do bebê. Essas mães relatam dificuldades anteriores à chegada do bebê. Elas dizem respeito à disponibilidade ou desejo de receber o bebê, o que pode indicar maiores desafios nas condições para oferecer a ele o *holding* (Winnicott 1958/1983) necessário. É possível também considerarmos que, nesse momento inicial da gravidez, as mães já sofressem de angústias ou patologias prévias (Tonetto e Barbieri, 2019), que tornaram esse processo mais delicado.

Na mesma direção, Gunter (2014) retoma Bion (1990) para enfatizar a importância do desenvolvimento do pensar na criança e como esse processo depende de que a mãe possa digerir os elementos betas, que não podem ser processados ainda pelo bebê, para devolvê-los em forma de elementos alfa. Nesse sentido, falhas nesse momento precoce podem estar relacionadas ao desenvolvimento de sintomas do TDAH. Dessa forma, os relatos das mães relativos à gravidez corroboram os apontamentos do autor, podendo sinalizar possíveis falhas na função alfa.

1.2.1.2 Parto

Seguindo a linha de pensamento sobre as dificuldades emocionais na chegada do bebê, uma das mães acima referidas e outras duas relatam problemas no momento do *parto*. Elas fazem referência a desafios diferentes, mas têm em comum o relato de frustrações e falta de apoio.

Eu queria o parto normal porque eu tinha certeza que eu teria passagem. O quê que aconteceu. Em 2010 foi a copa do mundo. Aí a médica... Eu já estava com quarenta semanas, não tinha dilatação, nada. Mas é até 42 semanas. Aí a médica me ligou no domingo à noite e falou: 'Ó, vamos fazer o seu parto amanhã porque você não vai ter passagem'. E assim, eu sabia que ela tava fazendo aquilo porque eles queriam ver o jogo do Brasil, porque ia ter o jogo do Brasil na segunda-feira à tarde. É, só que, assim, eu fiz o pré-natal com ela, né? (...) Foi uma cesárea que eu não queria cesárea. Mas, assim, foi ótima também. Só que não foi uma coisa que eu queria (MÃE 5).

E aí eu peguei esses quinze dias para fazer malinha, terminar de passar roupa para deixar tudo organizadinho. E não deu tempo, né? Meu esposo infelizmente nem conseguiu assistir o parto, tinha até viajado no dia. E aí eu liguei para minha irmã e falei para ela: 'Ah, eu tô passando muito mal'. Aí ela me levou e eu não tinha mala minha nem a dele pronta. Foi tudo muito assim, meio rápido demais. E eu passei muito mal, como foi cesárea... Eu morri muito de dor, eu senti muita dor, muita, muita dor. Aí eu tava tão grogue, tão anestesiada, que eu nem lembro de ver o rostinho dele direito, assim, não lembro de praticamente nada. (MÃE 6).

O parto não foi muito tranquilo não. Eu estava tranquila, mas o parto, acho que é porque eu não entendi muito o processo e eu coloco tudo sempre nas mãos de Deus, então eu tava bem tranquila. Mas foi um parto muito demorado. Eu fiquei uma semana com dilatação, com contração de dois centímetros. E no dia que eu internei, eu fiquei de dez horas da manhã até umas onze horas tentando parto normal, e ele não evoluía. Aí falaram: 'Não, nós vamos ter que preparar a cesárea'. Aí fomos para o bloco, só que elas tiveram... As duas obstetras tiveram dificuldade na hora do parto, que ele já tinha encaixado. Ele tava fora da posição da cesárea. No entanto a cabecinha dele nasceu muito amassadinha, assim, por causa acho que da passagem, né?! Aí elas tiveram muita dificuldade porque elas ficavam assim: 'Vamos ter que chamar fulano'. E eu assim, anestesiada, né?! A gente sem entender nada. (MÃE 9).

Ainda sobre o momento do parto, as mães relatam dificuldades que versam sobre: frustrações com/no parto cesárea, ao invés da ocorrência de parto normal; desconfianças em relação ao médico; excesso de dor oriunda de tribulações do parto; falta de companhia do marido na hora do parto por conta de contratempos; falta de compreensão sobre o momento

do parto e dificuldades na hora do parto que assustaram. Podemos considerar que as angústias vividas nesse momento inaugural da vida do bebê podem tornar mais difícil para a mãe esse momento inicial da relação mãe e filho. Diversos autores (Berger, 2001; Tonetto e Barbieri, 2019; Serralha, 2010; Claudon, 2001; França, 2012) estabelecem uma relação entre os sintomas de TDAH e dificuldades vividas na primeira infância, o que torna possível entendermos que as dificuldades mencionadas nesse primeiro momento não tornaram mais fácil para as mães promoverem os cuidados necessários para o bebê.

1.2.1.3 Prematuridade

Outro dado muito relevante que surgiu nas entrevistas diz respeito à *prematuridade* dos filhos de metade das mães participantes. A saúde do bebê variou em cada caso e chama atenção a falta de justificativa médica para a antecipação espontânea do parto em quatro dos cinco casos.

Ele nasceu de oito meses. Eu fui pro hospital, tomei o inibidor e ele nasceu, de peso e tamanho normal. Tanto é que a gente falou: 'ele colocou a pica na mesa e disse: eu vou nascer, vocês podem fazer o que quiserem, mas eu vou nascer'. (...) Porque eu tava na semana trinta e seis e o protocolo naquela época era tomar um inibidor, então, na época foi um pouco no susto, mas, ele nasceu, tamanho, peso, tudo normal, tudo nota dez (MÃE 1).

Foram trinta e seis semanas, basicamente oito meses. Então isso foi um trauma, porque, imagina, eu sou uma pessoa que não pega nem um resfriado, eu sou mega saudável, a gente não tava preparado pra aquilo, de ter um nascimento fora do padrão de margarina. A gente não espera que vai nascer e vai dar um problema, mas tive muita força nesse momento, eu abri mão de tudo (...). Até hoje não teve um diagnóstico muito conclusivo (MÃE 2).

Eu não sei por que, eu não tive nada, simplesmente a bolsa estourou. (...) Ela ficou na UTI quatro horas só e depois ela foi pro quarto, mas aí ela teve icterícia, então nós ficamos sete dias no hospital (MÃE 3).

Com a pré-eclâmpsia, a gente fez um controle diário. (...) E ele parou de crescer, né? Mas aí ela foi levando o máximo, mas aí a minha pressão deu um pico e ele com trinta e sete semanas nasceu. Mas ele nasceu muito bem, com Apgar 10, não ficou em incubadora. Quando veio para mim já mamou. (...) Eu não sofri aquela coisa de bebê prematuro... (...) Eu fiquei na linha do prematuro, assim nas semanas, sabe? (MÃE 4).

Ele nasceu com trinta e seis semanas. Ele estava programado para uma data, mas ele nasceu duas semanas antes. A bolsa estourou. Não é que a bolsa estourou só, eu comecei a entrar em trabalho de parto, mas como eu não tive dilatação, aí eu tive que ir para a cesárea. Foi por vontade própria dele mesmo, não teve nenhum problema maior. Não precisou ficar no hospital por isso, nem nada, não (MÃE 6).

Metade dos filhos das participantes terem nascido de forma prematura representa um número bastante expressivo e corrobora as ideias apresentadas relativas às dificuldades vividas na primeira infância. As falhas precoces com o objeto primário podem estar relacionadas a várias questões que não permitem que o *holding* seja suficiente (Winnicott 1958/1983) para o bebê, e é possível pensar que a prematuridade, pelo que gera nele e no ambiente, seja mais um obstáculo no estabelecimento do apoio necessário. Nesse sentido, os apontamentos de Berger (2001) estabelecem uma relação entre falhas no *holding* e os sintomas de TDAH, uma vez que o bebê depende do meio, especialmente no início da vida. Tal relação, a respeito da importância da mãe para o desenvolvimento do pensar, como quem recebe as projeções de angústias do bebê nos momentos iniciais e as devolve de forma possível de serem digeridas, também ressaltada por Gunter (2014). A prematuridade, por conta das preocupações e surpresas que traz, pode dificultar esses processos iniciais tão essenciais para o desenvolvimento do indivíduo.

1.2.1.4 Amamentação

Continuando a pensar esse momento precoce da vida, já após o nascimento, e os desafios vividos pelas participantes, quatro mães relatam dificuldades no que diz respeito à *amamentação*:

E sempre foi aquele bebê que mamava entre cinco e dez minutos, berrava pra mamar, como se o mundo estivesse acabando (MÃE 1).

Eu tirava leite do lactário, da primeira vez você tira menos que meio ml, eu ficava indo lá a cada três horas. Eu percebi assim que, claro, vai tudo se somando ao tratamento, mas a partir do momento que ele começou a receber o meu leite junto com toda medicação, que toda atenção, foi bem

difícil. (...) Ele ficou treze dias na UTI e ali você se depara com uma realidade muito cruel, tem mães que estão ali há meses (MÃE 2).

Ela mamou meio na insistência até os oito meses, porque com cinco meses ela já não queria, então eu tive que introduzir a fórmula bem antes, com quarenta dias ela já tava com a fórmula, porque ela não rejeitava o peito, mas ela não queria só aquilo (MÃE 3).

Ele mamou muito pouco, só até os três meses. Meu leite secou. De uma hora para outra e eu não sabia por que. Eu fiquei muito doente. Quando ele fez um ano, eu tava muito doente. Eu tava magérrima. E eu, só aí que eu descobri, que eu fui no médico, que eu era celíaca. Então, assim, meu leite secou. Aí que eu fui ter as explicações do médico. 'Não, mas seu leite secou por isso.' Aí ele mamou só três meses. (...) Meu leite secou da noite para o dia. Não deu uma gota. A criança berrou de fome doze horas seguidas. Começou na mamadeira (MÃE 4).

As mães também destacam diversos desafios enfrentados na amamentação. Elas descrevem uma voracidade do bebê, que implica em uma sensação de não satisfação; dificuldades em relação à sua saúde e também à saúde do bebê durante o período de UTI neonatal. Novamente é possível identificar, a partir das questões relativas à amamentação, falhas na promoção do *holding* na primeira infância do bebê, como ressaltado por Berger (2001). Para o autor, essas dificuldades dizem respeito a situações em que o bebê não tem a sensação de produzir o objeto em suas primeiras experiências de satisfação, gerando um fracasso na vivência de onipotência do bebê (Winnicott, 1958/1983), o que, por sua vez, obstrui o processo de integração da criança e pode estar relacionado aos sintomas posteriores. Os dados encontrados nesta pesquisa também corroboram os achados de Tonetto e Barbieri (2019) que destacam, a partir de relatos de mães, angústias relativas à primeira infância, no estabelecimento do *holding* e do vínculo no momento inicial com os filhos.

Na mesma linha de pensamento, Gunter (2014) aponta que falhas no desenvolvimento do pensar podem estar relacionadas aos sintomas de TDAH e se originam em dificuldades experienciadas no início da vida psíquica. O desenvolvimento depende do exercício de tolerar a frustração diante da ausência do seio que o bebê espera encontrar, para assim, gradualmente, poder pensar a falta que é sentida, ao invés de evitar essa frustração (Bion, 1990). Essa elaboração depende também de que a mãe processe as angústias do bebê, recebendo suas projeções e facilitando o

desenvolvimento do seu pensamento. Desse modo, também aqui, podemos relacionar as dificuldades relatadas pelas mães, no que diz respeito à amamentação, com as observações destes autores.

1.2.1.5 A identificação de dificuldades no cuidado com os filhos

Além das dificuldades na gravidez, no parto e na amamentação, a maioria das mães sinaliza outras *dificuldades no cuidado com os filhos* desde essa época precoce. Seja pela dificuldade em compreender os filhos ou em lidar com a grande demanda de cuidados, oito mães relatam queixas desse tipo e algumas reconhecem traços que percebem ligados ao TDAH desde a primeira infância.

Eu tive outro filho primeiro e ela foi o bebê mamão com açúcar. Então quando ele nasceu, gente, eu não tô entendendo nada, eu até falei com o pediatra: 'desse bicho eu não tô sabendo cuidar, porque ele é super imediatista, né?!' Fui fazer mapa astral até, porque eu falei: 'cara, não tô entendendo nada.' (...) Então eu acho que ele sempre teve esse temperamento forte, imediatista, sempre foi agitado. Tipo assim, sentar na mesa para comer, era um senta e levanta, senta e levanta, come rápido. Começou muito cedo com a ansiedade, com três anos ele comia a unha e eu falava 'quem que ensinou?', né?! (MÃE 1).

Ele é bastante acompanhado, porque ele tem alergia, tem asma, são questões de saúde que desde pequeno ele apresentou. (...) Quando ele nasceu eu tive que abrir mão de muita coisa, ele foi criança de UTI, eu falei assim: 'cara, não vou pensar um pouco em mim por um tempo, porque eu tenho uma criança aqui que só tem essa mãe, então eu tenho que fazer isso por ele'. Me dedicar um pouco mais a ele e depois correr atrás, porque ele precisava mais de mim pelas questões dele (MÃE 2).

Ela desde bebezinha, ela era do tipo da criança que você quer colocar na posição no berço, ela nunca queria, sempre na posição dela, ela sempre foi muito do contra, até hoje (MÃE 3).

É cansativo. E eu tô esgotada, eu tô esgotada fisicamente. Eu não tenho a mesma disposição de antes. (...) Ele é muito agitado. Ele é muito agitado. Ele é agitado e ele... ele... ele quer compartilhar tudo que ele tá fazendo o tempo todo. Ele me esgota mentalmente, né?! E a cabeça manda no corpo. Então eu vivo esgotada, eu vivo cansada. Eu vivo querendo dormir (MÃE 4).

Sempre foi muito esperta, muito dinâmica, mas muito agitada. Assim, ela sempre teve um sono mais agitado. Nunca foi de dormir a noite toda desde bebezinha. É... ela sempre... assim, para tomar banho ela pulava, pulava muito. Ela olhava, focava dez coisas ao mesmo tempo. Sempre foi muito falante, muito extrovertida, muito assim, então... (...). A gente queria assistir

uma TV, ela tava sentada na beira do sofá, daqui a pouco ela tava falando, tava pulando, tava indo pro lado. É, e o tempo todo (MÃE 5).

Ele sempre foi uma criança muito de brincar, né? Muito explosiva, de energia, eu não entendia muito bem aquele jeito dele. Sempre muito agressivo, às vezes, na forma de tentar interpretar. Ele demorou muito pra falar. Não tinha uma comunicação. Eu não conseguia ouvir ele muito bem. Não conseguia entender ele muito bem. Então no começo foi bem desafiador. Porque eu achava que ele era birrento, que ele era um menino mal criado, que ele me testava muito. Mas aí com o diagnóstico dele... Aí você vê as pecinhas se encaixando, né? (...) O jeito que eu educo ele não é o mesmo que eu educo o irmão. Têm necessidades diferentes. Mas ele sempre foi uma criança mais, assim, mais distante, desde bebê. Nunca foi sempre de ficar, de segurar, de gostar de abraço, gostar de ficar juntinho. (MÃE 6).

Ele veio com características que eu precisava dar mais atenção a ele. De mais cuidado, de um olhar ali mais atencioso. E quando você trabalha, isso fica muito difícil. Então, quando eu trabalhava, eu tinha essa relação com o irmão de dar atenção, mas era muito diferente, porque ele era uma criança com uma demanda muito mais fácil (MÃE 7).

Amamenteei até os oito meses. Ele mesmo largou. Um dia eu tive que sair de manhã, deixei ele com a minha mãe, quando eu voltei de tarde, eu voltei já tomando banho, lavando o peito, doida para ele poder mamar. Achando que ele tava sentindo a maior falta. Não quis mais. Nunca mais pegou o peito. Eu falo que desde aí ele já me mostrou a personalidade dele. E, assim, é uma pirraça, uma coisa de criança que você corrige ali, né?! Uma coisa que dura ali quinze minutos. Você ensina, você senta, a criança chora, você espera. Isso com ele durava duas, três, quatro horas. Era o dia inteiro. (...) Ele sempre foi assim muito intenso, sabe? (MÃE 9).

Os relatos sobre o cuidado com os filhos indicaram o reconhecimento de comportamentos de agitação desde que eram bebês, envolvendo inúmeros aspectos como grande demanda de atenção, diferença entre irmãos, vontades singulares, necessidades diferentes, entre outros. Nesse mesmo contexto, as falas das mães sobre as dificuldades em atender às demandas dos filhos, por diferentes motivos, parecem indicar um reconhecimento por parte delas de uma série de frustrações vividas nesse momento. Mais uma vez, o conteúdo das entrevistas corrobora os apontamentos de Berger (2001), especialmente quando o autor retoma o conceito de Winnicott (1958/1983) da capacidade de estar só. O processo de maturação do bebê depende do uso do ego da mãe como seu auxiliar para que o seu próprio ego se integre de forma saudável em um momento primordial e, posteriormente, essa capacidade seja introjetada por ele mesmo. Esse processo depende da repetição de

experiências instintivas satisfatórias e os relatos das mães indicam dificuldades nessas experiências, em todas as subcategorias apresentadas.

Os dados evidenciaram dificuldades externas e internas das mães e dos bebês que parecem ter tido efeitos negativos na promoção do *holding*, indicando a impossibilidade de o ambiente se adaptar às necessidades do bebê, e desafios na maternagem suficientemente boa. A promoção de um estado inicial de onipotência, em que o bebê sente que ele mesmo produz o objeto cuidador, para somente, aos poucos, poder experimentar a separação entre ele e o outro, é necessária para que haja integração egóica de maneira saudável; porém, a grande maioria das participantes relatou diversos obstáculos enfrentados na primeira infância dos filhos. Esses dados vão ao encontro de postulações de grande parte dos autores já citados (Berger, 2001; Tonetto e Barbieri, 2019; Serralha, 2010; Laidlaw e Howcroft, 2015; Claudon, 2001; França, 2012) no que diz respeito ao estabelecimento de dificuldades importantes na primeira infância e questões do desenvolvimento que podem estar relacionadas aos sintomas de TDAH.

Vale destacar que a única entrevistada que não faz menção a qualquer dificuldade relacionada à primeira infância foi a mãe 10, que relata que a filha não tem sintomas de agitação prevalentes, o que foi ratificado pelo questionário aplicado para confirmação do diagnóstico, tendo atingido apenas a pontuação para desatenção sem hiperatividade. Esta entrevistada ressalta também que as queixas que levam ao diagnóstico não partiram dela.

Foi tudo tranquilo na gravidez. Eu acho que ela nasceu de quarenta semanas. Mamou até um ano. Era tranquila, mas as minhas duas filhas foram assim. (...) Ela não era um bebê difícil, de personalidade forte, não chorava muito, nada disso. (...) Foi tudo normal. Ela falou antes de um ano. Começou a falar, com um ano ela já formava até umas frasezinhas. Andar foi com um ano e três meses. Eu acho que foi dentro do normal. Muito tranquilo. Aliás, eu com as minhas duas filhas, eu nunca fui muito requisitada (MÃE 10).

Tem o diagnóstico de hiperatividade, né? Eu não enxergo isso muito nela. Eu não acho ela superagitada. Ela não é desobediente. Muitas vezes eu tenho que falar para ela e vejo que ela não prestou atenção. Então, ao invés de repetir a minha pergunta ou o que eu pedi para ela fazer, eu falo:

‘O quê que eu falei para você?’, e ela consegue lembrar. (...) Eu acho que se a escola não tivesse me chamado, eu não sei se eu teria percebido, sabe? Eu acho que ia ficar mais como uma criança que tem o tempo próprio, né? (MÃE 10).

Essa mãe parece ter uma percepção distinta das outras, por não reconhecer muita gravidade no sintoma da filha. Vale destacar que sua filha teve o diagnóstico confirmado pelo questionário SNAP como todos os outros participantes, porém, teve pontuação apenas para desatenção, sem hiperatividade. Isso ocorreu apenas em mais dois casos (mãe 3 e mãe 8), sendo que as mães 3 e 10 são as únicas com filhas do sexo feminino que participaram do estudo, e o filho da mãe 8 fazia uso de medicação no momento do preenchimento do questionário referente à manifestação dos sintomas. Isso abre espaço para pensarmos que a apresentação diversificada dos sintomas pode indicar quadros psicopatológicos distintos.

As teorias que indicam conexões entre a agitação psicomotora e falhas precoces na relação com o objeto primário (Berger, 2001; Gunter, 2014; Tonetto e Barbieri, 2019) permitem compreender o relato de várias das mães que participaram da pesquisa. São todas situações delicadas para qualquer pessoa que vive esses momentos; no entanto, a consistência e a frequência das queixas chamam atenção. Os déficits relacionais na primeira infância podem se desdobrar em dificuldades na continuidade da experiência psíquica, muitas vezes expressas no excesso de agitação corporal, e indicam problemas no estabelecimento da capacidade de ficar só em momentos sequenciais do desenvolvimento.

1.3 Considerações finais

No intuito de priorizar o melhor interesse das crianças, diante do aumento considerável de diagnósticos de TDAH, procurou-se construir um olhar amplo e complexo para sintomas que estão sendo muito manifestados atualmente, como os de agitação e desatenção. Partimos da afirmação do DSM-5 (APA, 2014) de que é possível que padrões familiares no início da infância possam afetar o desenvolvimento do transtorno, procurando investigá-lo por meio da percepção de mães e utilizando o

referencial psicanalítico para ampliar as compreensões. As análises dos dados indicaram que quase todas as mães participantes perceberam dificuldades importantes na primeira infância de seus filhos diagnosticados com TDAH.

Por nove das dez mães participantes, foram relatadas diversas dificuldades no que diz respeito à gravidez, ao parto, à prematuridade, à amamentação e à identificação de desafios no cuidado com os filhos desde a primeira infância, atribuídas a fatores externos e internos aos bebês e às suas mães. Essas complicações foram compreendidas a partir das postulações de alguns autores que se utilizam das teorias winnicottiana e bioniana para se estabelecer uma conexão entre falhas nas primeiras relações do bebê, suas repercussões no desenvolvimento psíquico e os sintomas de TDAH.

Apontamos que os desafios vividos no momento inicial da chegada do bebê e as dificuldades de prover os cuidados básicos dificultam a promoção do *holding*, conforme proposto por Winnicott (1958/1983), como processo essencial em que o ego ainda imaturo do bebê seja apoiado pela mãe. Esta deve manter a ilusão de onipotência da criança, que experimenta ter criado o objeto que a satisfaz e que apenas aos poucos vai reconhecer a existência da mãe como um outro. Desse processo, depende o desenvolvimento da capacidade de estar só, que indica a maturidade de quem teve experiências suficientemente boas. Vimos que as falhas nesse processo podem estar relacionadas com os sintomas de TDAH, como foi observado por Berger (2001), uma vez que instabilidade psicomotora pode surgir como defesa de quem não pode depender do ambiente e, por meio da agitação, pode controlar o objeto. No mesmo sentido, a excitação corporal pode funcionar como uma descarga quantitativa, manifestando-se como processo calmante, sem possibilidade de descarga qualitativa.

Consideramos também, a partir de Bion (1990), que as possíveis falhas no desenvolvimento do pensar podem ter uma relação com o TDAH. O bebê espera encontrar a mãe e precisa, paulatinamente, tolerar frustrações nas experiências de satisfação para poder desenvolver seu aparelho de pensar. Nessa fase, o bebê expulsa angústias por meio de projeções para a mãe, comunicando suas experiências primitivas, que não

podem ser digeridas ainda por ele – chamadas de elementos beta –, e a mãe deve processá-las e devolvê-las na forma de elementos alfa, ajudando o bebê em seu desenvolvimento. O bebê depende então da mãe para introjetar a função alfa, como capacidade de transformar os elementos beta em alfa, através do contato com a mente da mãe. As falhas nesse processo indicam que elementos beta que não puderam ser simbolizados adequadamente permanecem como impulsos e movimentos constantes, ao invés de se transformarem em pensamento, como foi assinalado por Gunter (2014).

Nesse contexto, compreendemos que as falhas precoces na relação levam ao predomínio do agir sobre o pensar, indicando que os *déficits* nas primeiras relações objetais do bebê envolvem dificuldades no desenvolvimento que podem estar relacionadas aos sintomas de TDAH. Aqui, não se trata de negar os aspectos biológicos envolvidos, mas de considerar as repercussões do ambiente em que a criança está inserida, e vice-versa. Ou seja, mesmo que as primeiras dificuldades partam de fatores orgânicos ou inatos, é imprescindível que estejamos atentos aos sintomas de forma complexa, especialmente na primeira infância. Com estas considerações, esperamos favorecer um olhar clínico mais amplo sobre a psicopatologia na infância.

2

Percepção das mães sobre os sintomas de TDAH dos filhos: contribuições psicanalíticas

Resumo: Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla e tem como objetivo investigar a percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico de TDAH dos filhos a partir do referencial psicanalítico. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas, com dez mulheres com filhos entre 7 e 12 anos de idade. A partir da análise de conteúdo foram discutidas a categoria *percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico de TDAH dos filhos* e suas subcategorias *identificação do sintoma dos filhos*, *observação dos sintomas dos filhos na escola* e *compreensões acerca da etiologia do transtorno*. Os resultados apontam que a identificação das dificuldades nos filhos gera angústia nas mães, representando uma ferida narcísica e desencadeando sentimentos de culpa. Constatamos uma tendência maior a se recorrer a explicações biológicas que podem ser reducionistas, mas também a presença de uma perspectiva mais complexa sobre as dificuldades dos filhos.

Palavras-chave: TDAH, psicanálise, sintoma, diagnóstico

Hoje há um aumento importante da prevalência de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), incidindo em cerca de 5% da população infantil, segundo o DSM-5 (APA, 2014). Porém, não há consenso sobre o assunto, uma vez que as opiniões se dividem a respeito da etiologia do transtorno. Há aquelas que defendem influências apenas biológicas e outras que consideram também fatores ambientais, o que costuma gerar discordâncias entre os profissionais da área. O aumento expressivo de casos e sua ampla divulgação na sociedade, comumente associada a explicações unicamente biológicas, despertam questionamentos daqueles que pensam o TDAH a partir de outras perspectivas.

Lima (2005) traz à luz que condições psicológicas antes

interpretadas a partir de abordagens diversas têm sido reduzidas, cada vez mais, à sua dimensão biológica. Isto é, especialmente no que diz respeito à saúde mental, há um aumento da tendência de se interpretar sintomas – percebidos anteriormente pela ótica dos comportamentos pessoais e que, apesar de gerarem dificuldades, eram vistos a partir de experiências individuais – como disfunções cerebrais com causas genéticas.

No caso do TDAH, de acordo com o autor, a nomeação de seus sintomas como falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, junto com outros termos que formam o vocabulário ligado ao diagnóstico, difundem-se desde os anos 1990, sendo utilizada por profissionais de diversas áreas e também por leigos, saindo do meio médico para o meio social como um todo. Lima (2005) ressalta que a ampla visibilidade que o TDAH ganhou envolve uma transferência para o corpo das explicações sobre as causas de alguns comportamentos, levando a uma compreensão do funcionamento da atenção como apenas uma função cerebral, e perdendo o reconhecimento de sua complexidade e de suas variações de acordo com contextos culturais. Essa compreensão faz os pais sentirem que, de repente, entenderam as dificuldades dos filhos, por exemplo, na escola.

O autor utiliza então a ideia de “bioidentidades” para falar do deslocamento para o corpo do que antes era avaliado a partir do desenvolvimento individual e interior, por meio de um olhar psicológico. Os padrões biológicos e suas patologias passam a ser a referência principal para o reconhecimento identitário dos sujeitos, como um processo de subjetivação corporal. Ele descreve inúmeras mudanças sociais, econômicas e filosóficas, dentre outras – as quais não cabem no escopo deste trabalho – que resultam na cultura das bioidentidades; e a psiquiatria, especialmente através do TDAH, evidencia essas mudanças culturais de forma central. A crítica ao diagnóstico parte da ideia de que a difusão atual de sua compreensão como entidade cerebral não é derivada de melhores compreensões ou desenvolvimento científico a seu respeito, mas é resultado de mudanças sociais que passaram a priorizar o biológico nos modos de subjetivação. Esse processo é considerado por Lima (2005) como reducionista, já que, na compreensão do sujeito, exclui aspectos

essenciais ligados aos sentimentos e à interioridade.

A difusão do diagnóstico de TDAH é fruto de grande divulgação através de vários meios. Ortega e Muller (2020) apontam como, no Brasil, ganharam força os movimentos de famílias envolvidas com o TDAH, organizadas em associações, sendo grandes atores sociais na disseminação de informações sobre o tema. Essas organizações envolvem profissionais e familiares, ou seja, especialistas e leigos, que costumam validar o modelo biomédico como única explicação científica, sendo críticos em relação a outras explicações, atribuindo falta de cientificidade a todas as ideias que dela discordam. Os autores ressaltam que o patrocínio da indústria farmacêutica a essas organizações é constante, assim como também é frequente o *lobby* político para aprovação de leis voltadas às pessoas com diagnóstico de TDAH, direcionadas, especialmente, a cuidados na escola e acesso à medicação. Ortega e Muller (2020) destacam que, desses movimentos, também se originam queixas sobre os serviços públicos de saúde, oriundos da reforma psiquiátrica e com fortes influências psicanalíticas, que em geral não consideram o TDAH uma patologia grave em termos de atenção psicossocial, sendo comum que as visões sobre a questão sejam distintas.

Landman (2019) explica que o amplo acesso ao diagnóstico permite um laço social, quebra com a solidão e com a errância terapêutica, o que traz alívio ao sofrimento de alguma forma. O autor chama atenção para o fato de que comunicar diagnósticos é algo bastante difícil e que, quando se trata de problemas de comportamento em crianças, é muito comum que os pais experimentem fortes sentimentos de culpa. Embora ele afirme que não há parentalidade sem a vivência de sentimento de culpa, é necessário não potencializar esse processo, pois justamente quando se encontra uma razão etiológica para as dificuldades de atenção, o alívio dos sentimentos de culpa para os genitores pode ser grande. O autor resalta que, antigamente, receber um diagnóstico era visto como algo negativo, enquanto hoje parece mover desejos de cura, e é comum que pais busquem intensamente por um diagnóstico, criticando profissionais que não o façam. De acordo com ele, os perigos são muitos nesse processo, principalmente a medicalização e falsas epidemias.

Nesse contexto, entendemos que a percepção que os pais constroem a respeito dos sintomas e do diagnóstico dos filhos influencia muito as compreensões acerca do TDAH. Assim, partimos da ideia de que existem relações entre sintoma e família. Benczik e Casella (2015), em revisão da literatura sobre o assunto, ressaltaram o impacto do diagnóstico nas relações familiares. A dificuldade de controlar os próprios comportamentos, entre outros desafios que as crianças enfrentam, gera mais conflitos nessas famílias do que em outras. Os autores ressaltam que, no entanto, é comum se olhar a criança com TDAH separada do social, desconsiderando que ela está sempre em relação com o outro, especialmente com a família e a escola. Os autores, então, destacam que, apesar da predisposição biológica forte do transtorno, não é possível ignorar os efeitos das interações sociais na criança, e é a partir disso que eles alertam para a necessidade de intervenções no ambiente familiar, buscando dar atenção a todos os aspectos envolvidos na vida da criança.

Também em uma ótica que visa a transcender o biológico, Couto e Castro (2015) criticam o excesso de diagnósticos de TDAH hoje na infância, considerando a medicalização um resultado importante desse fato. A partir das ideias higienistas e suas repercussões no olhar sobre a criança, apontam que o discurso médico-científico exerce grande influência sobre as famílias e sobre a escola, que são as maiores responsáveis pelos modos de subjetivação da criança. Os autores retomam, primeiramente, o movimento higienista escolar do século XX, que visava a uma maior regulamentação do espaço coletivo, através da adaptação social. Nessa época, era comum os pais e o ambiente em que a criança vivia serem responsabilizados pelos problemas dos filhos e, ao saber técnico da época, cabia orientar para a resolução dos sintomas infantis.

Os autores traçam uma relação entre essas práticas higienistas do século passado e práticas de uma higiene química atual, que, por meio do desenvolvimento da farmacologia, oferecem saídas medicamentosas para corrigir sintomas. A preocupação é que a criança, sem dar conta das exigências sociais, tem suas dificuldades patologizadas e busca-se novamente a adaptação do indivíduo ao social. É nesse cenário que Couto

e Castro (2015) alertam para a exposição que a criança vive ao ser considerada objeto de intervenção do saber médico-científico, fazendo um contraponto importante ao olhar psicanalítico. O sintoma da criança na psicanálise é visto como expressão essencial de angústia e de seus conflitos internos, devendo ser escutado pelo adulto em sua singularidade, e não necessariamente como algo a ser eliminado de qualquer maneira.

Porém, olhar para o sintoma da criança não é tarefa fácil. Ao considerarmos o clássico conceito de narcisismo, conforme proposto por Freud (1914/2010), o narcisismo dos pais, seu amor próprio, renasce em amor objetual dirigido aos filhos, levando a uma superestimação das qualidades destes e negação dos defeitos e problemas. O amor dos pais investido nos filhos está, de forma infantil, relacionado à expectativa de se ter aquilo de que se abriu mão ao longo da vida, cabendo à “Sua majestade, o bebê” obter tudo que os pais não conseguiram.

Dessa forma, os investimentos dirigidos aos filhos já são inerentemente cheios de expectativas e idealizações, que se tornam frustradas na medida em que a realidade e as dificuldades se impõem. Todo esse processo é natural e necessário, entretanto, também é essencial que os pais possam lidar com as desidealizações. É muito comum que haja forte autorrecriação nesse sentido, gerando sentimento de culpa. É nesse momento que podemos pensar nas pressões do superego, como instância julgadora, que contrasta de maneira negativa com todos os ideais dos pais em relação a eles mesmos e com as imagens que se tem de si a partir das vivências (Freud, 1923/2011). A flexibilidade ou o enrijecimento nesse processo pode gerar mais ou menos sentimentos de culpa, dependendo da severidade do superego.

A partir das reflexões acerca da complexidade do investimento narcísico nos filhos e da intensidade dos sentimentos de culpa, é possível se debruçar ainda mais sobre a experiência da maternidade. Conforme apontam Gorin, Mello e Féres-Carneiro (2021), apesar do investimento narcísico nos filhos ser essencial para o bom encontro entre mães e filhos, essa demanda se complexificou com a maior possibilidade de destinos para a mulher. A renúncia a vários aspectos da vida individual, bem como

o acúmulo de tarefas que ainda recaem sobre as mães, dentre outros fatores, intensificam a ambivalência envolvida na experiência da maternidade. As autoras destacam que muitas vezes na clínica os sintomas infantis precisam ser levados em consideração a partir do contexto em que estão inseridos, envolvendo, inclusive, a dificuldade das mães de conciliarem seus interesses. O dilema, nesta situação, diz respeito à culpa, ou seja, como não responsabilizar as mães pelo sofrimento dos filhos, mas, ao mesmo tempo, poder envolvê-las na questão, juntamente com toda a família.

Isso não ocorre apenas na clínica de crianças, mas também nos atendimentos de casal e família. Na maior parte das vezes em que encontramos sintomas infantis, suas origens estão em dificuldades na relação dos pais, e as intervenções feitas no casal têm relação direta com a melhora dos sintomas das crianças (Féres-Carneiro, 1980). Ou, ainda, as famílias chegam com uma demanda centrada nos filhos, mas são percebidas outras questões que desafiam o exercício da parentalidade dos pais, ligadas à conjugalidade e ao ciclo de vida familiar. A promoção de saúde emocional na família desafia a maturidade dos membros do casal, pois depende de várias dimensões, como a preservação da parentalidade e da conjugalidade e o investimento narcísico nos filhos (Magalhães, 2010).

Nesse cenário, compreende-se que, além da ferida narcísica e do sentimento de culpa envolvidos ao admitir os sintomas dos filhos, há também a dificuldade em reconhecer e assumir o possível envolvimento familiar no sofrimento deles. Considera-se que um sintoma familiar é aquilo que diz respeito a uma dinâmica de conflitos inconscientes no grupo, mas que se manifesta em um de seus membros (Ezinatto, 2021); ou seja, é possível interpretarmos o sintoma de agitação ou outros manifestados em crianças como expressão de dificuldades dos pais e do grupo familiar. Conforme foi destacado pelos autores citados, um olhar amplo e complexo sobre os sintomas do TDAH envolve os pais, a família e o contexto em que a criança está inserida, assim como outros sintomas que também podem ser comumente apresentados por crianças.

Winnicott (1965/2011) indica que algumas famílias demonstram

dificuldades para se manter como grupo ou mesmo apresentam resistência em aceitar ajuda quando percebem sintomas nos filhos. Para o autor, são inúmeros os fatores que compõem a capacidade da família de ser um ambiente suficientemente bom para os filhos, referindo-se ao seu clássico conceito que diz respeito à possibilidade de os cuidadores apoiarem a criança no seu processo de amadurecimento da personalidade, envolvendo desde tendências inatas, desejos individuais, até a relação com a sociedade. Nesse sentido, a criança pequena conta com o ambiente para lhe dar continência e a seus sintomas; mesmo que ela seja parte ativa nesse processo, depende muito do quanto cada genitor pode, por sua vez, desenvolver sua própria maturidade e autonomia.

As ideias expostas sinalizam que os sintomas das crianças podem ser vistos a partir de vários ângulos que envolvem a família e o ambiente em que estão inseridas. O aumento de crianças diagnosticadas com TDAH não foge ao caso. E, justamente pela explosão de seus números, devemos ampliar o olhar, procurando entender o envolvimento dos pais na percepção dos sintomas dos filhos e o que isso pode representar. É nesse contexto que este trabalho pretende investigar a percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico de TDAH dos filhos a partir do referencial psicanalítico.

2.1 Método

2.1.1 Participantes

Participaram do estudo dez mães, sujeitos independentes, oriundas das camadas médias da população carioca, que tinham filhos entre 9 e 12 anos, diagnosticados previamente com TDAH. A fim de preservar a identidade das participantes do estudo, elas foram nomeadas como Mãe 1 até Mãe 10.

A escolha por essa faixa etária dos filhos ocorreu por ser uma época da vida com alta incidência do diagnóstico, visto que o DSM-5 (APA, 2014) prevê o aparecimento de sintomas antes dos 12 anos. Além disso, envolve um período de transição escolar entre o Ensino Fundamental I e o

Fundamental II, que demanda maior atenção e autonomia dos estudantes em relação aos seus processos de aprendizagem, o que costuma desencadear dificuldades relativas à atenção. Em termos psicanalíticos, essa faixa etária está relacionada à fase da latência, enquanto momento de maior sublimação, uma vez que o movimento pulsional se dirige mais para fins não sexuais, como as atividades intelectuais (Freud, 1905/2016). Não fizemos uma distinção inicial de gênero dos filhos; porém, a amostra correspondeu ao que é indicado no DSM-5 (APA, 2014), isto é, a uma maior incidência do transtorno em pessoas do sexo masculino. O diagnóstico de TDAH dos filhos relatado pelas mães foi confirmado através de instrumento descrito nos procedimentos desta pesquisa. A Tabela 1 abaixo apresenta o perfil das participantes a partir da ficha biográfica preenchida por cada uma.

Tabela 1. Dados de identificação dos participantes

Participante	Idade	Idade do filho	Sexo do filho	Relação com o pai do filho
Mãe 1	44	11	Masculino	separada
Mãe 2	46	10	Masculino	casada
Mãe 3	41	12	Feminino	casada
Mãe 4	47	9	Masculino	casada
Mãe 5	44	10	Feminino	casada
Mãe 6	35	10	Masculino	casada
Mãe 7	38	9	Masculino	casada
Mãe 8	39	10	Masculino	casada
Mãe 9	40	12	Masculino	separada
Mãe 10	42	10	Feminino	casada

2.1.2 Instrumentos e procedimentos

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista com roteiro semiestruturado (ANEXO 4) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006; ANEXO 3). As participantes foram entrevistadas individualmente e de forma remota, através da plataforma virtual com vídeo e áudio, o qual foi gravado e posteriormente transcrito. As entrevistas foram feitas seguindo um roteiro semiestruturado, elaborado a partir da revisão da literatura psicanalítica sobre TDAH.

As entrevistadas foram indicadas por meio da rede de contatos profissional e pessoal das pesquisadoras, através de divulgação em redes sociais a respeito da procura por participantes que se enquadrassem na descrição dos sujeitos acima explicitada. Vale destacar que não houve nenhum pai interessado em participar da pesquisa, apesar de esforços terem sido direcionados nesse sentido; dessa forma, a amostra ficou caracterizada como apenas de mães.

Previamente à entrevista, as participantes preencheram a Ficha de Avaliação Biográfica (ANEXO 2) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006). Este segundo instrumento é um questionário de domínio público, validado para a população brasileira, que funcionou como um complemento ao diagnóstico clínico relatado pelas mães, e que pôde, na pesquisa, fornecer uma medida objetiva de confirmação do TDAH nos filhos das participantes. Estas preencheram 18 itens, indicando em uma escala de quatro opções em relação à frequência de determinados comportamentos da criança. Os itens 18 a 26, que constam originalmente no questionário, não foram aplicados porque se referem a outro transtorno, do tipo desafiador de oposição, não estando relacionados ao escopo deste trabalho.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi desenvolvido e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO 1).

2.1.3 Análise de dados

O questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006) teve seus 18 itens divididos em duas seções, sendo os primeiros nove relacionados à desatenção, e os seguintes, à hiperatividade/impulsividade. Foi contabilizado um (1) ponto para cada opção “bastante” ou “demais” assinalada. Quando o questionário indicou um valor de pelo menos seis (6) pontos em qualquer uma das duas seções, foi considerado que a criança cumpre os critérios sintomatológicos mínimos para o transtorno (Costa, Paula, Malloy-Diniz, Romano-Silva & Miranda, 2019). Esses dados indicaram que os filhos de todas as participantes atendem aos critérios diagnósticos, portanto, todos cumpriam os critérios para inclusão como sujeitos da pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao método de análise de conteúdo, na sua vertente categorial, conforme proposto por Bardin (2016). A partir dessa avaliação, emergiram categorias de análise, que foram discutidas com a literatura psicanalítica sobre o tema do TDAH.

2.2 Resultados e discussão

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH, a partir do referencial psicanalítico. Da avaliação do material coletado, emergiram várias categorias de análise. Tendo em vista o objetivo deste trabalho, serão apresentadas e discutidas a categoria *percepção de mães sobre os sintomas e o diagnóstico de TDAH dos filhos* e suas subcategorias *identificação do sintoma dos filhos*, *observação dos sintomas dos filhos na escola* e *compreensões acerca da etiologia do transtorno*.

2.2.1 Identificação do sintoma dos filhos

De acordo com os relatos, três das dez mães participantes da pesquisa observaram, elas próprias, os primeiros sintomas nos filhos. Elas descrevem angústias e preocupações ao perceberem comportamentos diferentes nos filhos e também se referem à busca pela

compreensão da questão.

Porque você vai entrando... eu como mãe, eu fui entrando no meio do tipo: 'será que ele é autista?' Você cai numa rede e aí você vai fazer exame de fono, aí vai fazer exame de audição, você vai fazer audiometria. Você não sabe se o cara é surdo, se ele é louco, se ele é autista. Vai chovendo dúvidas, então vai ficando duro, vai ficando uma angústia do tipo: 'será que ele é bipolar?' Eu passei, eu pensei em todos os diagnósticos, até pela pouca idade e formação de tudo isso, eu tive muito medo, do tipo assim, pela falta de diagnóstico, não tá conseguindo dar estrutura que ele precisava, se fosse gerar terapia, fosse remédio, fossem atividades, terapias ocupacionais, então é muito duro (MÃE 1).

Eu comecei a desconfiar por conta da natação, que ela era aquela criança que todo mundo ficava no grupo fazendo o que a professora mandava e ela ficava afastada fazendo do jeito que ela queria. [...] E aí nessa descoberta, quando a gente começou a pesquisar e tudo, foi quando ela começou a alfabetizar. Então lá na frente a gente também via, lá no final do ano, todo mundo já ia e ela ia com dificuldade, a gente começou a ver as diferencinhas (MÃE 3).

Ela sempre foi muito inteligente, assim. Sempre foi muito esperta, muito dinâmica, mas muito agitada. Assim, ela sempre teve um sono mais agitado. Nunca foi de dormir a noite toda desde bebezinha. Para tomar banho ela pulava, pulava muito. Ela olhava, focava dez coisas ao mesmo tempo. Sempre foi muito falante, muito extrovertida [...]. Aí ela com três anos e pouco pediu para ir para o balé, porque ela gostava muito de dança. Aí a gente levou. Só que teve uma vez, que [em] uma apresentação, ela sabia a coreografia, sabia tudo. Ela tinha na época, acho, já uns quatro aninhos e pouco ou cinco, por aí. Só porque a professora não colocou a coleguinha do lado dela, quando começou a música, ela cruzou os braços e saiu. Assim, eu fiquei arrasada como mãe, né, porque a gente esperava para filmar e gravar. E as pessoas ao lado, em volta, achando lindo. 'Nossa, que lindo. Que personalidade'. Mas eu achava que ela tinha uma personalidade muito forte para a idade dela. [...] Tinha uma criança dançando, né, e o restante das meninas sentadinhas. Ela olhava para o lado, olhava para o outro. Ela não conseguia. Então eu sempre senti muita ansiedade, muita agitação. E aí foi quando a gente procurou um neuro. O primeiro neuro que a gente procurou, eu dei as características e falei: 'Ó, ela não para. A gente tá vendo televisão, ela tá falando o tempo todo. Ela faz dez coisas no 220'. A gente queria assistir uma TV, ela tava sentado na beira do sofá, daqui a pouco ela tava falando, tava pulando, tava indo pro lado. É, é, e o tempo todo e à noite, na hora de ir dormir (MÃE 5).

As falas das mães parecem indicar a presença de dúvidas que geram mais ou menos angústias, mas sempre se remetem à percepção de comportamentos dos filhos que julgam diferentes ou de difícil compreensão. Vale destacar que os sintomas são vistos imediatamente como uma questão que se origina na própria criança, em vez de as mães exprimirem dúvidas que as envolvam na situação. Conforme destacou

Freud (1914/2010), o amor próprio dos pais renasce como investimento objetual nos filhos, levando a uma série de idealizações, e podemos avaliar, nesse cenário, que entrar em contato com as primeiras dificuldades dos filhos pode representar uma ferida narcísica difícil de lidar. A percepção dos sintomas dos filhos parece começar a frustrar as expectativas maternas, e é difícil compreendê-las, o que pode desencadear autorrecriações e sentimentos de culpa (Freud, 1923/2011), levando à evitação defensiva de se envolver no assunto.

2.2.2 Observação dos sintomas dos filhos na escola

A maioria das mães relata que os sintomas foram observados pela escola ou que as preocupações se agravaram e aumentaram após situações no ambiente escolar. As mães mencionam encaminhamentos para profissionais especializados com fins de avaliação dos comportamentos que as crianças apresentaram.

Olha, a primeira pessoa que a escola encaminhou foi essa psicopedagoga, foi uma mãe para todos nós no acolhimento, transcendendo as orientações profissionais. Aí paralelo a gente consultou na época uma psiquiatra que, que com quatro anos foi um balde de água fria, esse diagnóstico confirmado de TDAH, ela dizendo que achava que ele provavelmente iria precisar de medicação e isso deixou a gente muito transtornado, tanto eu e tanto meu marido, a gente, enfim [...]. Em torno de cinco anos, foi muito difícil, porque ele mostrava um interesse pela leitura e por vários assuntos e, de repente, na hora da alfabetização, ele não queria, tava fugindo (MÃE 2).

Mas ele, até então, ele não dava nenhum sinal, assim, de hiperatividade. Da maneira como eu entendia, né?! Hiperatividade, que a gente... o leigo ouve e acha que é a criança agitada. E não era o caso. Ele sempre muito inteligente e eu, a gente aqui em casa, né, sempre conversa muito sobre tudo. Nos interessamos muito pela parte de ciências, de história. Tudo nos interessa. Todos os assuntos. E ele sempre foi muito inteligente. Muito antes de aprender a ler, ele já sabia muito de tudo. Dos animais, dos bichos. Principalmente essa parte de ciências, ligada a animais e natureza. E aí veio a escola. Tinha sempre alguma coisa no jardim: 'Olha, ele empurrou o colega'. Sempre assim, dividindo um brinquedo. Ele não queria ceder. E nessa, quando ele perde o brinquedo, ele respondia empurrando, entendeu? [...] No primeiro ano, a escola começou a falar. Escola não pode dar diagnóstico, né?! Disseram: 'Não sei se é o caso de você verificar tratamento com psicólogo' (MÃE 4).

Ele tinha o temperamento dele muito forte, as pessoas falavam que ele tinha alguma coisa, muita gente achava que era espírito (risos), que não deixava ele ficar mais calmo. Outras pessoas diziam que era da fase ou

que eu não estava ajudando ele a se desenvolver. Tudo bem, você vai ouvindo, mas aí com dois anos e meio, eu vi que ele tinha uma necessidade de brincar mais, de socializar, de estar gastando aquela energia toda que ele tinha. Então a gente colocou ele em uma escola. A primeira semana foi ótima, mas depois já gangrenou, ele realmente já não queria ir mais, ele chegava a fazer xixi na roupa para não ir. [...] Mas aí, quando eu estava na escola, uma professora dele falou: 'Olha, é bom procurar uma psicóloga, porque a gente está percebendo que ele tem dificuldade de fala, e aí se tiver necessidade de procurar uma fono, a psicóloga vai encaminhar'. Com dois anos e meio, porque ele tinha muita dificuldade na fala e esse comportamento explosivo... Ele corria, batia, se jogava no chão, batia a cabeça. E aí a gente achava que não, que ele era uma criança normal. [...] Aí em janeiro ele foi para a escola de novo, ele ia fazer quatro anos, veio a primeira avaliação dele já no primeiro trimestre, a coordenadora da escola pediu para a gente procurar ajuda profissional por conta da fala dele, mas sempre foi mais por conta da fala que a escola via que existia uma diferençazinha comparado com os amigos, né... dificuldade de formar uma frase, de contar uma história, misturar o tempo, se foi ontem, se foi hoje, ou se ia acontecer, se era amanhã, no futuro... e aí a gente ficou ainda naquela relutância e depois foi (MÃE 6).

Quando ele foi para alfabetização, aí o negócio pegou. Porque na alfabetização é o que? Sentadinho. Porque no maternal é música, sentadinho no chão, pintando. Até tem uma alfabetização, mas uma coisa muito suave. 1º ano. Sentado. Lendo. Caderno. E aí eu comecei a perceber. Eu sempre fiz os deveres com ele. Eu comecei a perceber que ele sofria. Ele chorava. Ele não queria ir para escola. Não tinha mudado de escola, não tinha mudado de nada, era a mesma escola. E eu comecei a achar aquilo ali, e eu comecei a achar que era manha, sabe? Manha... Só que teve a prova do primeiro bimestre e eu fui na escola. Eu procurei a escola e falei: 'Olha, gente, tá acontecendo alguma coisa. Eu ensino o dever a ele e não aprende'. Aí elas falaram: 'Olha, realmente, ele tá com muita dificuldade'. [...] E aí foi quando elas falaram para eu levar ele numa fono. [...] Eu levei ele numa fono, ele fez algumas sessões e no final ela falou para mim: 'Olha, o problema dele é uma desatenção muito grande e, assim, de verdade, ele não foi alfabetizado e eu acho que você tem que levar ele na neurologista (MÃE 7).

Eu fui primeiro no pediatra que acompanha ele desde o nascimento. Só que o pediatra, até os cinco anos, não percebia nada. Só via ele na consulta mesmo, né?! Aí ele fazia os exames. Voltava com ele para mostrar, mas ele nunca percebeu. Meu filho sempre conversa bem, porque ele não é hiperativo. Então ele é bem calmo, ele ficava sentado, fazia tudo. Todo processo normal da consulta e o pediatra nunca percebeu. Aí quando a escola começou, a creche começou a me sinalizar, que eu falei assim: 'Vou levar ele num neuro, porque a distração tá muito grande, está atrapalhando ele'. Você explica uma coisa para ele de determinada matéria e cinco minutos depois você pergunta e ele não lembra. E é assim, ele não lembra porque ele está distraído ali e não percebeu mesmo. Aí se você contar de novo a mesma coisa ele presta atenção, mas mesmo assim alguma coisa fica sempre para trás (MÃE 8).

Na primeira infância começou, mas aí depois foi aumentando, né?! Aí na escola, justamente no ano que eu me separei, antes da separação, aí começaram as ligações, toda semana na escola. Toda semana na escola.

Mas assim, desde quando ele começou o primeiro ano, ele não parava quieto na sala. Não parava de falar, né?! Levantava toda hora. Interrompia professor, essas coisas assim. Aí pediram para eu procurar um neuro ou um psicopedagogo. Eu fui na psicopedagoga e comecei o trabalho de investigação todo, né?! Aí a primeira falou comigo assim: que ele não tinha nada. Que ele não tinha nada. Era só questão de organizar. Aí eu fui para o neuro, o neuro me indicou uma outra. Aí eu fui para outra, aí ela foi e fez os testes com ele. Aí nos testes, aí foi: TDAH, discalculia, e me encaminhou para o psiquiatra e uma psicóloga de comportamento (MÃE 9).

Ela, desde pequenininha, a escola sempre me chama. Quando ela tinha uns três anos, me chamaram uma vez falando que até acharam que ela talvez tivesse algum problema cognitivo. Mas viram que não, era mais ela querer fazer as coisas do jeito dela. E aí, quando ela tava no primeiro ano, eles pediram para ela ser avaliada por uma psicopedagoga. Mas todo ano, assim, a escola meio que me chamava para falar um pouco sobre ela. Nada, nada muito sério. E foi por isso que eu fui fazer a avaliação. Sempre foi a escola me pedindo, junto com a psicopedagoga. No primeiro momento a escola me pediu para procurar um profissional. Essa questão dela demorar muito nas tarefas. E às vezes eles tinham a sensação de que ela só fazia o que queria, mas era uma demora para terminar e executar uma tarefa (MÃE 10).

As falas da maior parte das mães mostram que a vida escolar evidenciou ou ampliou dificuldades que os filhos apresentaram, e chama atenção como o recurso principal apresentado é buscar atendimento individualizado para as crianças, novamente atribuindo a elas mesmas as origens das dificuldades vividas ou indicando algo que, nelas, necessita de correção. Esses dados corroboram os apontamentos de Couto e Castro (2015) a respeito da grande influência das práticas higienistas e do discurso médico-científico sobre as escolas e as famílias. A partir desse olhar, os sintomas da criança são vistos como patológicos e deve-se buscar, através de conhecimento especializado, sua remissão por meio da adaptação às exigências sociais.

Apesar da angústia e das preocupações que as mães expõem diante dos sintomas dos filhos, assim como nas falas destacadas anteriormente, elas não expressam, nesse primeiro momento, qualquer interpretação a respeito dos sintomas que diga respeito a elas próprias ou a vivências da família. Isso nos faz destacar mais uma vez os apontamentos de Freud (1914/2010; 1923/2011) acerca da ferida narcísica e do sentimento de culpa que podem desencadear esses processos de desidealização ligados

ao filho, impedindo, inicialmente, que as mães se impliquem nos problemas que estão sendo percebidos.

2.2.3 Compreensões acerca da etiologia do transtorno

Nesse cenário, na tentativa de aprofundar a percepção sobre as origens do TDAH, investigamos a atribuição da etiologia do transtorno. Quatro mães fazem referência apenas a fatores genéticos e orgânicos, remetendo-se à nomenclatura técnica da área e trazendo argumentos da cientificidade.

Eu entendo o seguinte, às vezes até converso com ele, eu acho que é uma condição genética, mas eu não acho que é só genética, acho que tem um pouco do meio, acho que ele precisa trabalhar isso, porque, assim, o que eu entendo é que a falta de atenção e talvez essa falta do processamento da sinapse, eu não sei, dá aquela ansiedade que daria em qualquer pessoa, a gente fica ansiosa quando a gente não sabe o que vai acontecer. Ele eleva isso para um patamar diferente (MÃE 1).

Olha, eu acredito na explicação científica, de uma questão genética de alguma forma, que causa uma dificuldade de comunicação dos neurônios e que isso no caso dele se manifesta com uma agitação corporal, uma certa ansiedade até também (MÃE 2).

Eu acho que é uma condição neurológica né?! Ele nasceu assim (MÃE 6).

Não sei, para mim no que ela nasceu com TDAH. Nunca pensei que foi algum outro fator (MÃE 10).

É compreensível que as dificuldades que os filhos enfrentam afetem as mães, deixando-as angustiadas e em busca de alguma compreensão a respeito. O diagnóstico de TDAH parece oferecer algum tipo de esclarecimento para elas, como um efeito de resposta ou conclusão que vem para dar alguma forma de caminho. A referência ao termo *genético* de forma contundente pelas participantes reforça os apontamentos de Lima (2005) sobre a ideia de “bioidentidades”, quando faz menção ao deslocamento para o corpo na compreensão dos sintomas, em vez do olhar psicológico sobre o interior do sujeito. Essa compreensão leva a um reducionismo, como disse o autor, a um olhar sobre o funcionamento da atenção como apenas uma entidade cerebral.

O termo *genético*, assim como vários outros utilizados pelas mães

entrevistadas, faz parte da divulgação das ideias sobre o TDAH para o público leigo, conforme apontado por Lima (2005) e Ortega e Muller (2020). Parece que o uso desse discurso técnico, fruto do saber médico-científico, empobrece a compreensão e não traz implicações maiores nas genitoras. Conforme apontou Landman (2019), o diagnóstico traz algum alívio para quem cuida, pois alivia sentimentos de culpa e renova um desejo de cura, e parece que essas motivações estão presentes nas falas destacadas.

Em contrapartida, a maior parte das mães participantes ressalta a genética, mas também faz referência a outros fatores que podem contribuir para o TDAH. É interessante perceber que apenas uma mãe (MÃE 7) faz menção a uma preocupação relacionada aos efeitos iatrogênicos de um diagnóstico.

Eu falo que o laudo dele se dá por não ter nascido nos anos 90. [...] Só que eu tenho, não é uma aversão, assim, eu tenho uma preocupação muito grande com esses laudos, sabe? Porque você acaba pegando a criança e enfiando numa caixa e dizendo para ela assim: 'Olha só, você só consegue até aqui'. Claro que não é de uma forma consciente e nem assim, do jeito que eu estou te falando. Mas a gente, se não tiver cuidado, a gente acaba fazendo isso. E aí, a própria criança começa a se colocar na seguinte posição: 'Ah, não vou nem tentar, né? Porque eu não consigo!'. O que eu acredito é que ele tem características e essas características, pelo que eu já estudei, pelo que eu aprendi, na maioria das vezes são genéticas (MÃE 7).

As demais mães, embora tenham também mencionado fatores genéticos, ressaltam outros elementos que podem estar na origem do TDAH.

Eu acho que é genética, tudo que eu li a respeito é genético, veio de algum lugar e é alguma coisa que faltou, não sei se faltou, se tem a ver com a prematuridade também, alguma coisa não ligou, a maturidade dela, no momento que ela nasceu, ela aspirou mecônio, mas a questão hereditária, genética, é o fator principal, não que seja, seja por causa disso, mas acho que juntou tudo, sabe? Muitos fatores (MÃE 3).

Bom, pelo que eu sei a causa é um pouco genética, né?! E o restante, eu vou te ser muito sincera, eu acho que é por um excesso de conteúdo da escola, que exige um absurdo de matéria, de notas e de deveres de casa e de posturas em sala de aula, totalmente na contramão de crianças tão novas (MÃE 4).

Eu acho que tem a parte genética. É, a irmã do meu esposo também é bem complicada, assim, emocionalmente. É, mas eu sempre ouvi, assim, que a

gravidez, o seu emocional interfere muito no feto, né?! Então como eu fiquei com transtorno de ansiedade na gravidez, eu acho que influenciou. Eu não sei se isso tem uma base científica, se é coisa da minha cabeça, mas acho (MÃE 5).

Emocionalmente, naquele momento do nascimento, a gente não está preparado para isso. Eu sempre lembro disso, quando eu vou no neurologista, eu sempre falo, porque eu acho que de alguma forma isso pode ter a ver, né? Fora a parte genética, eu sei que isso pode ter criado algum problema para ele. Quando você não programa nada, você não tá esperando. Eu acho que, né, pode ter afetado psicologicamente. Pode ter mexido de alguma forma ali, as primeiras quatro semanas ali, que tá se formando o sistema nervoso, a gente sabe que é o momento ali para você estar mais focado, estar se cuidando melhor (MÃE 8).

Eu acho que genética. Eu acho que a maior porcentagem é a genética. E eu falo que o restante eu fico ainda na dúvida se é a família, sabe? O comportamento da família, como é que o funcionamento ali da família, da rotina, de tudo. Eu acho que isso influencia muito (MÃE 9).

Apesar de se manterem as referências aos termos técnicos, que indicam a grande disseminação do discurso sobre o diagnóstico de TDAH (Lima, 2005; Ortega & Muller, 2020; Landman, 2019), a maior parte das mães não atribui todas as causas às explicações genéticas, sendo capazes de perceber, pelas próprias experiências, que existem outros fatores entremeados nas dificuldades dos filhos, podendo em maior ou menor grau se envolverem nas questões. Algumas mães fazem referência ao social e à demanda escolar, e outras fazem referências a aspectos emocionais delas mesmas, da família ou a um conjunto de fatores que a criança viveu.

Já enfatizamos que elas se envolverem nos sintomas dos filhos representa uma ferida narcísica importante, bem como desperta sentimentos superegoicos que podem ser difíceis de lidar. No entanto, parece-nos essencial esse tipo de percepção que envolve diversos fatores, já que essas falas se apresentam muito mais complexas e interessantes, abrindo espaço para aspectos psicodinâmicos envolvidos não apenas no TDAH, mas em qualquer sintoma infantil. Conforme foi destacado por Gorin, Mello e Féres-Carneiro (2021), é um desafio não culpabilizar as mães, mas perceber que o acúmulo de tarefas e a existência de múltiplas possibilidades de destinos para as mulheres, hoje, levam ao aumento da ambivalência envolvida na maternidade, já que as renúncias são grandes e a tarefa da maternidade muito ampla e complexa.

Quando podemos olhar o sintoma dos filhos como um sintoma da família (Ezinatto, 2021), abrimos espaço para pensar os conflitos inconscientes envolvidos no grupo familiar. Sabemos que os sintomas dos filhos dizem respeito aos aspectos dos pais como indivíduos, do funcionamento familiar como grupo, da conjugalidade, dentre outros (Féres-Carneiro, 1980; Magalhães, 2010). Conforme ressaltou também Winnicott (1965/2011), a possibilidade de a família promover um ambiente suficientemente bom que favoreça o desenvolvimento da criança depende de vários fatores, em especial dos processos de maturidade que cada genitor pode desenvolver em si mesmo, sendo que as crianças contam com isso. Nesse sentido, enfatizamos que a criança diagnosticada não deve ser compreendida separada do contexto em que está inserida (Benczik & Casella, 2015).

2.3 Considerações finais

O aumento significativo da prevalência de diagnósticos de TDAH na infância hoje lança luz sobre as diferentes perspectivas de compreensão do transtorno e seus sintomas. Por um lado, há ampla divulgação na sociedade sobre o transtorno, amparada por explicações de cunho estritamente biológico. Em paralelo, há um olhar que critica um possível reducionismo envolvido na primeira visão, propondo uma compreensão psicodinâmica do tema, que leve em consideração vários aspectos. Na investigação realizada a partir da percepção das mães se evidenciou justamente esse movimento de muita importância dada ao diagnóstico que seus filhos receberam.

A análise dos dados mostra que a identificação de dificuldades nos filhos por conta própria ou por observação da escola gera angústia, como é de se esperar, já que fere o amor próprio dos pais e desencadeia uma série de desidealizações. A partir disso, há uma tendência por parte das mães a aderir ao discurso médico-científico, que desloca a questão etiológica do TDAH para o biológico, o que pode ser uma ótica reducionista dos problemas apresentados pelas crianças. Esse movimento parece aliviar uma série de sofrimentos, especialmente o sentimento de culpa, que

entrar em contato com os sintomas dos filhos envolve. Porém, apesar disso, a maior parte das mães também percebeu outros fatores que estão envolvidos nos sintomas dos filhos, mantendo um olhar ampliado e mais complexo sobre o assunto, considerando aspectos como as vivências da criança e da família, bem como as demandas escolares e sociais.

O olhar psicanalítico entende que os sintomas apresentados pelas crianças são indicativos de angústias importantes que elas podem estar vivendo, e a tendência a querer apenas eliminá-los desvia a possibilidade de uma compreensão mais complexa do problema. O maior alerta que cabe aqui é que o caminho de se considerar os sintomas infantis de TDAH como originados exclusivamente de processos biológicos leva a um afastamento da percepção daqueles que cuidam sobre as angústias mais profundas que as crianças experimentam e como elas envolvem os adultos que as cercam.

3

TDAH, transmissão psíquica e paternidade: uma perspectiva de mães

Resumo: O presente estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH e tem como objetivo investigar as relações entre TDAH, transmissão psíquica geracional e paternidade a partir da percepção das mães participantes. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistadas dez mulheres de camadas médias da população carioca, com filhos entre 7 e 12 anos de idade, diagnosticados com TDAH. Os resultados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo e da avaliação do material coletado emergiram várias categorias de análise. Tendo em vista o objetivo deste estudo, serão discutidas as categorias *reconhecimento de sintomatologia semelhante entre o filho e membros da família* e *percepção das mães sobre a participação do pai no cuidado do filho*. Os resultados mostram que foi possível estabelecer uma relação entre TDAH, transmissão psíquica e paternidade, uma vez que os sintomas apresentados pelos filhos foram observados em outras pessoas da família, sendo identificados em sua maioria em figuras masculinas, mencionados junto a inúmeras queixas das mães com relação aos cuidados paternos, que lançam luz sobre os desafios da construção da paternidade hoje.

Palavras-chave: TDAH, transmissão psíquica, paternidade, mães.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, enquanto diagnóstico fenomenológico, compreende uma série de sintomas envolvendo agitação psicomotora, impulsividade e desatenção, que, de acordo com a descrição da literatura da área, se apresentam em crianças desde o século XIX (Delion e Golse, 2004). Ainda assim, muito se confunde a respeito da causalidade dos sintomas, já que os diagnósticos não necessariamente dizem respeito a etiologias precisas e bem definidas. Todavia, o aumento do número de casos de TDAH vem sendo

acompanhado de explicações de origem biológica e genética, áreas que recebem o foco das pesquisas sobre o tema. O DSM-5 (APA, 2014) afirma que a herdabilidade do transtorno é grande; porém, os genes que já foram estudados “não constituem fatores causais necessários ou suficientes”. O fato de os sintomas característicos do TDAH comumente se repetirem em várias pessoas da mesma família, sem ainda, entretanto, explicações genéticas suficientes, abre espaço para que diversas formas de transmissão sejam pensadas. Nesse sentido, abrimos espaço para pensar a transmissão da herança entre gerações não apenas por meio da carga genética, mas, também, através dos psiquismos de uma geração à outra.

A teoria psicanalítica, por meio do conceito de transmissão psíquica, propõe uma compreensão sobre o que é passado entre gerações de forma intersubjetiva, e não orgânica. A transmissão envolve a passagem entre pessoas, grupos e gerações, de objetos psíquicos, ideias e afetos. O campo de estudos sobre a família, refere-se a duas modalidades básicas de transmissão psíquica de uma geração à outra: herança intergeracional e herança transgeracional (Trachtenberg, 2021). A primeira diz respeito ao que acontece entre as gerações, havendo espaço entre o transmissor e o receptor, preservando, assim, as bordas da subjetividade. Ou seja, o sujeito não é servidor forçado, mas também adquirente singular daquilo que é transmitido. A herança transgeracional, ao contrário, ocorre através dos sujeitos e gerações, invadindo o psiquismo violentamente, sem preservação dos espaços subjetivos.

Kaes (2001) se utiliza do conceito de transmissão psíquica para afirmar que o funcionamento singular de cada sujeito está sempre apoiado no outro, que vem da geração anterior, estando inexoravelmente remetido às origens como elos de uma corrente geracional. Esse é um movimento paradoxal, pois a condição narcísica do sujeito está remetida à individualidade, mas em parte, como afirmou Freud (1914/2010), ao narcisismo parental. Nesse sentido, os pais ocupam um espaço privilegiado de transmissão da vida psíquica entre as gerações, a partir do qual se veicula uma herança constituída por fantasias, identificações, lugares e significantes, organizando uma história familiar e uma linha geracional. Cada um é, então, herdeiro daqueles que o precederam; ou seja, a

formação do inconsciente e da subjetividade parte do contato com o outro, de modo que o sujeito é um sujeito do grupo, sempre subordinado de alguma forma, já que o grupo existe antes do sujeito e suas ações psíquicas dele dependem.

André-Furstier e Aubertel (1998) afirmam que a transmissão psíquica entre gerações pode conter um aspecto de repetição de sintomas, uma vez que conteúdos podem ser transmitidos de forma inconsciente, sem poderem passar por uma transformação. Quando isso ocorre, a geração seguinte pode ser convertida em depositária forçada de sintomas que não foram metabolizados, repetindo inevitavelmente angústias de seus ascendentes. A transmissão como função diz respeito à passagem de pais para filhos de uma forma específica de aquele grupo acessar o mundo externo e organizar o mundo interno, de modo singular para cada família. Porém, também deve haver a possibilidade para cada novo integrante da família de se apropriar do que é recebido, e ser capaz de lhe atribuir nova significação.

Sem esse caráter de apropriação e transformação, a transmissão se torna apenas a continuação de um sofrimento familiar decorrente de uma falha na simbolização entre gerações, produzindo sintomas que não são individuais, pois não representam uma solução de compromisso daquele psiquismo. Trata-se, assim, da repetição de sintomas antigos, de modo que a família perde a possibilidade de transmitir a viabilidade de múltiplos destinos para seus descendentes. Assim, compreende-se que a transmissão psíquica entre gerações é essencial para a formação psíquica do indivíduo, todavia, também pode ser portadora de sofrimentos não elaborados que influenciam a repetição de sintomas, atravessando o psiquismo. Nesse sentido, traumas e lutos não elaborados dos pais podem irromper de forma violenta na geração seguinte, que acaba recebendo uma angústia que não é sua. Além disso, tais situações podem comprometer a capacidade e a função parentais de conter as angústias do filho, exigindo, ao contrário, que ele possa conter as angústias provenientes do não elaborado dos pais (Trachtenberg, 2021).

Eiguer (1998) também discute a transmissão de aspectos negativos entre as gerações, por meio da ideia de herança maldita. Ressalta os

aspectos malditos da herança recebida entre as gerações utilizando-se da história dos Átridas, como metáfora a respeito da repetição do recalcado. Em outras palavras, aborda o retorno do ancestral, de forma que se repetem, a cada geração, os crimes e as vinganças relativas às gerações anteriores. O mito grego funciona como alegoria para se falar das repetições e da possibilidade, ou não, de libertação delas, dando muita ênfase ao modelo de transmissão psíquica entre os sujeitos e entre as gerações. Nesse sentido, o desejo dos pais e sua disponibilidade para os filhos permitem, ou não, que estes se identifiquem com a geração anterior, valorizando o movimento de intersubjetividade familiar.

A história dos Átridas começa com Tântalo, filho de Zeus, que, para desafiar a onisciência dos deuses, serve seu próprio filho, Pélope, em pedaços para os deuses; no entanto, eles se apercebem do que se trata e o castigam severamente. Pélope, por sua vez, é ressuscitado pelos deuses, amado pelo deus Poseidon, e se torna um homem poderoso, com uma família grande e influente. Os filhos de Pélope, Atreu e Tiestes entram em nova disputa entre si, após uma profecia de que um deles viraria rei. As ações são avassaladoras de um contra o outro, envolvendo diversas vinganças e maldições, incluindo novamente a ideia do banquete em que um come os filhos do outro sem saber. A história segue permeada de guerras e mortes, na geração seguinte, com Menelau, Agamenon e Egisto, todos na busca de vingança e poder.

Esse breve resumo da genealogia dos Átridas permite compreender os apontamentos de Eiguer (1998) sobre a parte maldita da herança, que a geração anterior não pode resolver, e funciona como metáfora para entender a transmissão como uma demanda de elaboração, através dos vínculos. O autor destaca que há nessa história uma “compulsão à transmissão e à ação”. Assim, as identidades das novas gerações ficam, de forma automática, a serviço do ancestral, repetindo comportamentos de modo impulsivo e muitas vezes ainda pior, como no caso dos Átridas. O autor entende que um casal, quando se forma, pode revezar toda essa herança de cada um, já que são muitas as histórias que se encontram entre o par, e que a investigação da ‘parte maldita da herança’, especialmente

na clínica de casal e família, é essencial para compreender o funcionamento individual e do grupo.

A respeito da herança transmitida psiquicamente, Inglez-Mazzarella (2020) discute que é necessário se apropriar do que se recebe da geração anterior, tendo em vista que é basilar se inscrever em uma genealogia, mas também que é fundamental ser capaz de escrever a própria história. Para a autora, é preciso que se crie um mito de origem, como uma narrativa que se pode acessar e que dá sentido à existência singular de cada um. Além disso, há a necessidade de estabelecimento dos limites da representação da origem do sujeito, uma vez que tem sempre algo que é impossível de ser conhecido, e é justamente isso que abre espaço para o limite e para a construção do novo. A constituição psíquica se articula à intersubjetividade, demandando um processo singular de cada sujeito com relação ao questionamento entre o eu e o outro, dando-se importância central à diferença entre gerações.

Magalhães e Féres-Carneiro (2004) destacam as particularidades da transmissão geracional na contemporaneidade para melhor compreensão dos processos de subjetivação atuais, levando em consideração o contexto em que o sujeito está inserido hoje, sobre o qual se fala em ausência de referências e em instabilidade dos vínculos. Nesse contexto, a autoridade paterna, importante ancoragem para os processos de transmissão na família, é relativizada, repercutindo nas trilhas das transmissões entre as gerações. Os conflitos entre o novo e o antigo, entre a tradição e o moderno, geram dificuldades nos processos de transmissão, uma vez que as posições ocupadas na cadeia geracional são de absoluta importância para que o sujeito se aproprie de seu lugar – a subjetividade depende das trocas intersubjetivas. Hoje, a família se vê questionada na transmissão de sua função essencial de estabelecer interditos e garantir a firmeza dos laços, o que permitiria a manutenção de ideais familiares e do lugar de cada membro do grupo com sua missão. Cabe ressaltar que a transmissão depende, ainda, de investimentos afetivos que se apoiam nos ideais, já que além de representar as origens, também diz respeito aos objetivos e missões que constroem significados para a vida do sujeito. Nesse sentido, as autoras afirmam que a fragilidade desses ideais, que

envolvem a identificação com a função paterna, compromete a possibilidade de apropriação por parte de cada integrante da família do que está sendo transmitido. A metabolização do legado familiar é necessária, porém, nesse cenário, se torna mais frágil, diante de uma transmissão também mais frágil.

Nesse contexto, as particularidades do processo de transmissão psíquica geracional na contemporaneidade demandam maior aprofundamento em relação às mudanças nos papéis familiares, especialmente no que diz respeito ao exercício da paternidade. Isso porque há hoje uma demanda social pela construção de um novo pai, que participe de forma ativa do cuidado com os filhos. Porém, o processo de construção da paternidade é complexo e depende de fatores internos, relacionais, sociais, conjugais (Moraes e Granato, 2016).

Staudt e Wagner (2008) indicam que as mudanças no papel da mulher foram os principais desencadeadores da demanda de um pai mais engajado com a vida familiar. Não caberia neste trabalho discutir o contexto socio-histórico em que as origens dessas mudanças estão inseridas, mas vale ressaltar repercussões das mudanças que levaram às insatisfações das mulheres, como, por exemplo, a relativa à sobrecarga de tarefas, uma vez que a entrada no mercado de trabalho gerou um acúmulo de jornadas e a participação dos pais no cuidado dos filhos não cresceu na mesma proporção. No entanto, os homens também passam por um processo difícil, que as autoras comparam às batalhas que as mulheres enfrentam por reconhecimento no mercado de trabalho, tendo em vista que eles precisam provar suas capacidades nas tarefas domésticas. É comum que sua forma de lidar com as tarefas da casa e dos filhos desagrade às mulheres e seja criticada. Além disso, há outros fatores ligados ao social que dificultam a maior participação dos homens, como, por exemplo, a ausência de licença-paternidade. Diante desse conflito, as autoras interrogam se a demanda contemporânea sobre o pai não acaba, na verdade, por perpetuar os papéis tradicionais da família, uma vez que gera dificuldades para que estereótipos sejam quebrados, ao invés de conseguir abrir espaço para a expressão subjetiva individual de cada sujeito.

Na mesma linha, Moraes e Granato (2016) apontam aspectos que dificultam a construção da paternidade de forma diferente, apesar dessa demanda existir por parte dos próprios pais e da sociedade. Isso porque reconhecem, a partir de revisão da literatura, que há ainda hoje a demanda de que o pai ocupe o lugar de provedor e também a manutenção de ideias de que a mãe ocupa o lugar de principal cuidadora em função de seu aparato biológico capaz de prover para as necessidades do bebê. Além disso, os autores sinalizam que a mãe tem a possibilidade de modular a relação do filho com o pai, podendo atrapalhar ou facilitar seu desenvolvimento e, por vezes, podendo gerar sentimento de exclusão no pai. Desde a primeira infância, a mãe exerce controle sobre a relação pai-bebê, o que pode ser vivido de forma ambivalente por ela, por meio de queixas de inadequação ou excesso do pai participativo ou, por outro lado, de queixas de falta de participação do pai mais ausente. De uma forma ou de outra, a influência da mãe no desenvolvimento da relação pai e filho é central.

A forma com que o pai aparece no discurso da mãe é central no processo da construção da paternidade, de acordo com Silva e Piccinini (2007), que destacam a possibilidade de os pais participarem de modo ativo no cuidado dos filhos de diferentes maneiras, mas também ressaltam a existência de desafios nesse cenário. Em relato de pesquisa, os autores indicaram um conflito vivido por pais entre paternidade ideal e real, uma vez que, embora haja desejo e satisfação na relação com os filhos, há também autocrítica sobre a necessidade de ainda maior participação no cuidado. Isso porque a jornada de trabalho é destacada pelos pais como maior ocupação de seu tempo e como dificultador de maior participação.

Ainda nesse sentido, Gabriel e Dias (2011) destacam que os pais aumentam o tempo de cuidado e convivência com os filhos quando não estão trabalhando, mas as mães ou a escola permanecem como principais cuidadoras, uma vez que crianças demandam atenção em tempo integral. As autoras apontam uma inconsistência entre o desejo e o fazer por parte dos pais, de modo que as mudanças nos papéis familiares desafiam inclusive os pais desejosos de participar mais.

Sobre a nova etapa da vida familiar após a chegada dos filhos, Moraes e Granato (2016) também destacam a preservação da vida conjugal como aspecto central para facilitar o tornar-se pai, de forma que a relação entre homem e mulher não fique apenas marcada pelo cuidado com os filhos. Assim, a construção da paternidade se articula a aspectos da conjugalidade, o que nos trazem de volta ao tema das transmissões geracionais na família. Quando uma nova família se constitui, os aspectos intergeracionais se fazem presentes na formação da conjugalidade, conforme destacam Cibella, Magalhães e Féres-Carneiro (2015), tendo em vista a forte presença da história da família de origem de cada membro do casal no ideal conjugal, a ser construído e compartilhado para que a nova família se constitua. A conjugalidade, paradoxalmente, envolve tanto o novo, que está sendo formado, quanto a repetição do passado. É preciso que o casal elabore a herança psíquica transmitida para que excessos pulsionais e elementos traumáticos, mesmo que inerentes à formação do psiquismo – como questões relativas à relação com o objeto ou edípicas – falta, recalque, desamparo entre outros – possam ser manejados. A conjugalidade atualiza esses elementos mal integrados do psiquismo, pois, através da transmissão inconsciente, eles são revividos na formação da conjugalidade e há grande impacto na construção da paternidade e da maternidade.

Do casal que se formou, surgem filhos que já existem na fantasia dos pais antes mesmo de existirem na realidade, de modo que as crianças são também produtos das neuroses dos pais, e sua constituição como sujeito acontece dentro do grupo familiar. Azevedo, Féres-Carneiro e Lins (2014) apontam para a importância da transmissão psíquica na inscrição do sujeito em uma cadeia geracional e estabelecem, assim, uma relação entre o sintoma infantil e a transmissão psíquica, uma vez que as manifestações das crianças têm sentidos importantes que dizem respeito ao lugar que ocupam na família, ao que foi e está sendo transmitido para elas. Partindo da premissa de que os sintomas manifestados pelas crianças, incluindo os de TDAH, estão remetidos às famílias das quais as mesmas fazem parte, investigaremos neste trabalho as relações entre

TDAH, transmissão psíquica geracional e paternidade a partir da percepção de mães de filhos diagnosticados com esse transtorno.

3.1 Método

3.1.1 Participantes

Participaram do estudo dez mães, sujeitos independentes, oriundas das camadas médias da população carioca, que tinham filhos entre 9 e 12 anos, diagnosticados previamente com TDAH. A fim de preservar a identidade das participantes do estudo, elas foram nomeadas como Mãe 1 até Mãe 10.

A escolha por essa faixa etária dos filhos ocorreu por ser uma época da vida com alta incidência do diagnóstico, visto que o DSM-5 (APA, 2014) prevê o aparecimento de sintomas antes dos 12 anos. Além disso, envolve um período de transição escolar entre o Ensino Fundamental I e o Fundamental II, que demanda maior atenção e autonomia dos estudantes em relação aos seus processos de aprendizagem, o que costuma desencadear dificuldades relativas à atenção. Em termos psicanalíticos, essa faixa etária está relacionada à fase da latência, enquanto momento de maior sublimação, uma vez que o movimento pulsional se dirige mais para fins não sexuais, como as atividades intelectuais (Freud, 1905/2016). Não fizemos uma distinção inicial de gênero dos filhos; porém, a amostra correspondeu ao que é indicado no DSM-5 (APA, 2014), isto é, a uma maior incidência do transtorno em pessoas do sexo masculino. O diagnóstico de TDAH dos filhos relatado pelas mães foi confirmado através de instrumento descrito nos procedimentos desta pesquisa. A Tabela 1 abaixo apresenta o perfil das participantes a partir da ficha biográfica preenchida por cada uma.

Tabela 1. Dados de identificação dos participantes

Participante	Idade	Idade do filho	Sexo do filho	Relação com o pai do filho
Mãe 1	44	11	masculino	separada
Mãe 2	46	10	masculino	casada
Mãe 3	41	12	feminino	casada
Mãe 4	47	9	masculino	casada
Mãe 5	44	10	feminino	casada
Mãe 6	35	10	masculino	casada
Mãe 7	38	9	masculino	casada
Mãe 8	39	10	masculino	casada
Mãe 9	40	12	masculino	separada
Mãe 10	42	10	feminino	casada

3.1.2 Instrumentos e procedimentos

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista com roteiro semiestruturado (ANEXO 4) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006; ANEXO 3). As participantes foram entrevistadas individualmente e de forma remota, através da plataforma virtual com vídeo e áudio – este foi gravado e posteriormente transcrito. As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado a partir da revisão da literatura psicanalítica sobre TDAH.

As entrevistadas foram indicadas por meio da rede de contatos profissional e pessoal da pesquisadora, através de divulgação em redes sociais a respeito da procura por participantes que se enquadrassem na descrição dos sujeitos acima explicitada. Vale destacar que não houve nenhum pai interessado em participar da pesquisa, apesar de esforços terem sido direcionados nesse sentido; dessa forma, a amostra ficou caracterizada como apenas de mães.

Previamente à entrevista, as participantes preencheram a Ficha de

Avaliação Biográfica (ANEXO 2) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006). Este segundo instrumento é um questionário de domínio público, validado para a população brasileira, que funcionou como um complemento ao diagnóstico clínico relatado pelas mães, e que pôde, na pesquisa, fornecer uma medida objetiva de confirmação do TDAH nos filhos das participantes. Estas preencheram dezoito itens, indicando em uma escala de quatro opções em relação à frequência de determinados comportamentos da criança. Os itens 18 a 26 que constam originalmente no questionário não foram aplicados porque se referem a outro transtorno, do tipo desafiador de oposição, não estando relacionados ao escopo deste trabalho.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi desenvolvido e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO 1).

3.1.3 Análise de dados

O questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006) teve seus dezoito itens divididos em duas seções, sendo os primeiros nove (9) relacionados à desatenção e os seguintes, à hiperatividade/impulsividade. Foi contabilizado um (1) ponto para cada opção 'bastante' ou 'demais' assinalada. Quando o questionário indicou um valor de pelo menos seis (6) pontos em qualquer uma das duas seções, foi considerado que a criança cumpre os critérios sintomatológicos mínimos para o transtorno (Costa, Paula, Malloy-Diniz, Romano-Silva & Miranda, 2018). Esses dados indicaram que os filhos de todas as participantes atendem aos critérios diagnósticos, portanto, todos cumpriam os critérios para inclusão como sujeitos da pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao método de análise de conteúdo, na sua vertente categorial, conforme proposto por Bardin (2016). A partir dessa avaliação, emergiram categorias de análise, que foram discutidas com a literatura psicanalítica sobre o tema do TDAH.

3.2 Resultados e discussão

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH. Da avaliação do material coletado, emergiram várias categorias de análise. Tendo em vista o objetivo deste trabalho, serão apresentadas e discutidas as categorias *reconhecimento de sintomatologia semelhante entre o filho e membros da família* e *percepção das mães sobre a participação do pai no cuidado do filho*.

3.2.1 Reconhecimento de sintomatologia semelhante entre o filho e membros da família

Investigando a percepção das mães acerca dos sintomas de TDAH apresentados pelos filhos, a grande maioria das participantes, sete (7) de dez (10), reconhece os sintomas em outros membros da família, sendo todos referidos a uma figura masculina.

“O pai dele é um cara típico mundo da lua, típico, sabe assim? Uma pipa que você tem que puxar. Ao mesmo tempo eu vejo, por exemplo, o meu irmão, até os meus tios, de hiperativo, de não parar quieto, sabe aquela pessoa que chega e vai logo embora, que não aguenta ficar muito tempo no mesmo lugar?” (MÃE 1)

“Ah, tem. Meu marido e meu pai. São os que eu falo que são os TDAHs não laudados. Eu, para mim, acho isso. Meu marido é extremamente sem atenção, mas não tem hiperatividade. E meu pai também (...) Meu pai é um gênio. É um gênio. Mas 100% sem atenção. E sofreu a vida inteira com isso.” (MÃE 4)

“Os meus sobrinhos também são assim. Os filhos da minha irmã. A minha irmã já é falecida. Hoje um está com 29, o outro acho que tá com 20. Um faz psicóloga e toma medicamento também. Ele tem muita alteração de humor. Até igual a minha filha, assim. É, tem vez que ele... Agora ele tá melhor porque ele tá tomando a medicação, mas também se tranca no quarto dele, fica o dia inteiro. É... Tem essas questões também.” (MÃE 5)

“Então, ou vem do pai ou vem da mãe. E aqui é do pai. Depois que o laudo dele foi feito, o meu casamento mudou absurdamente, porque hoje eu entendo algumas coisas que o pai dele faz e que eu falava: ‘Como é que você não escutou? ‘Cara, é impossível que eu tenha falado com você cinco vezes...’ Porque um adulto, né?! Você imagina que um adulto responsável. Tudo certinho. ‘É impossível que eu falei cinco vezes uma coisa tão simples com você e você não me escutou’. E isso com várias coisas durante 19

anos, imagina isso. (...) Eu brinco com ele, eu falo: 'Você não tem o laudo porque a sua mãe não levou você ao médico, né?! Porque, senão, tinha o laudo.' (MÃE 7)

“O meu sogro tem esses rompantes igual ao meu filho.” (MÃE 8)

“Ele é muito parecido com o pai dele. Muito.” (MÃE 9)

“O pai dela, ele tem muita coisa parecida com ela, sabe? Eu acho que não é que ele não consiga focar. Eu acho que ele foca demais, assim, e eu acho que às vezes ela tem isso também.” (MÃE 10)

Os relatos evidenciam o reconhecimento de que outras pessoas da família também já apresentaram comportamentos similares aos dos filhos diagnosticados com TDAH, o que nos remete à transmissão psíquica como fenômeno que explica a repetição dos mesmos sintomas em diferentes gerações. É nesse sentido que Kaes (2001) afirma que cada um é herdeiro daqueles que o precederam, carregando aspectos do grupo, mesmo com sua individualidade. Apesar de a transmissão carregar aspectos essenciais para a formação do psiquismo, os dados corroboram os apontamentos de André-Fustier e Aubertel (1998) ao reconhecerem os aspectos de repetição de sintomas entre gerações de forma inconsciente, estando remetidos a angústias familiares que não foram elaboradas, cuja transmissão falha em promover a construção de um caminho singular para os descendentes.

Nesse sentido, a repetição dos sintomas de TDAH entre diversos membros da mesma família corrobora a ideia de “herança maldita”, conforme propôs Eiguer (1998), que traz a ideia da repetição do recalcado a partir do retorno do ancestral. Em outras palavras, o modelo de transmissão psíquica de uma determinada família pode abrir a possibilidade de as novas gerações traçarem novos caminhos ou permitir apenas a repetição do que a geração anterior não pôde resolver. É possível pensar que há, nas famílias participantes da pesquisa, uma repetição de certos padrões, de uma ‘compulsão à transmissão e à ação’ (Eiguer, 1998), que poderia ser uma demanda de elaboração, porém, funciona como repetição automática, de modo que as crianças repetem os mesmos sintomas que seus pais, avôs e primos.

Chama a atenção a referência de forma consistente da repetição de sintomas atrelada a figuras masculinas. Muitos sentidos podem ser

atribuídos e interpretados a partir desses dados, porém, refletindo a partir do conceito de transmissão psíquica, é possível retomar apontamentos de Magalhães e Féres-Carneiro (2004) a respeito dos desafios contemporâneos no que se refere à transmissão da herança pelas famílias. As autoras destacam que há hoje um cenário de relativização da autoridade paterna, ligada à ausência de referências e instabilidade dos vínculos, que repercute no processo de transmissão entre as gerações. Esse cenário parece indicar um questionamento das funções primordiais da família sobre os interditos e a manutenção dos ideais que permeiam o grupo e possibilitam a atribuição de sentido e pertencimento aos indivíduos. É possível pensarmos, então, que os relatos das mães expressam a fragilidade atual da função paterna, ainda muito atrelada às figuras masculinas. Estas ocupam um lugar desvalorizado, a quem se atribuem as dificuldades e vazios, e não a possibilidade de garantir a firmeza dos laços. A subjetividade depende das trocas afetivas e das posições ocupadas na cadeia geracional, portanto, a vulnerabilidade do cenário das relações familiares atinge diretamente os processos de metabolização do que pode ser transmitido ao sujeito e apropriado por ele. Nesse cenário, as ansiedades dos filhos, muitas vezes, não podem ser contidas, exigindo-se, ao contrário, que eles possam dar continência aos elementos não elaborados dos pais (Trachtenberg, 2021).

É nesse sentido que Inglez-Mazzarella (2020) afirma que é preciso marcar a diferença entre gerações para abrir espaço para que o sujeito escreva sua própria história, mesmo pertencendo ao grupo familiar. A autora afirma a importância de contar com um mito de origem, que propicia a construção do sentido de existência do indivíduo, mas, ao mesmo tempo, a necessidade de se estabelecer um limite nessa narrativa, pois há sempre algo que escapa e que não pode ser conhecido pelo sujeito sobre seus ancestrais. Os relatos das mães nos permitem pensar que há uma dificuldade na delimitação dessas fronteiras entre gerações, de forma que, por exemplo, as queixas ou ausências podem indicar padrões de repetição de angústias que não puderam ser elaboradas e são repetidas pelos filhos, já que os sintomas das crianças dizem respeito ao lugar que ocupam na

família e ao que está sendo transmitido para elas (Azevedo, Féres-Carneiro e Lins, 2014).

3.2.2 Percepção das mães sobre a participação do pai no cuidado do filho

Os relatos das mães sinalizam de maneira muito evidente queixas ou desafios no que diz respeito aos cuidados dos pais com os filhos. Essa situação se repetiu nas falas de nove entre dez mães, sendo que sete apresentaram queixas sobre a compreensão e o cuidado do pai, especificamente, diante dos desafios trazidos pelo TDAH, e outras duas fizeram menção a períodos de afastamento. Apenas a mãe 10 não fez qualquer queixa em relação à participação do pai.

“Foi só um ano e meio (de convívio) antes do divórcio. Ele era bebezinho e precisava de tanta atenção, então ele se vinculou muito a mim, ele sempre teve dificuldade com autonomia (...). Ele não conseguiu criar um vínculo muito forte com o pai. Ele tem mais tempo de vida e convívio com o padrasto, que com o próprio pai. (...) Ele vê o pai, é aquele pai de cada 15 dias, infelizmente o pai não foi... No começo da separação a gente fez assim, toda quarta e a cada 15 dias e aí um final de semana para cada um. Aí ele foi morar longe e parou de vir às quartas-feiras, aí depois estava muito trânsito, então ele foi se afastando cada vez mais. Inclusive quando eu comecei a namorar e casei, ele meio que passou a guarda pro meu marido, sabe aquela coisa, a paternidade mesmo. Acho que ele (filho) sofreu com isso, acho não, tenho certeza que sofreu com isso. Ele espera o pai, ele tem essa referência forte, mas ele se frustra, porque ele pisa na bola.” (MÃE 1)

“Foi importante se organizar enquanto família, trazer mais o pai para essas questões mais difíceis, porque, porque meu marido, por exemplo, sábado e domingo de manhã a gente demorava pra se arrumar. Ele vai embora, a gente começa a brigar que ele some, ele não tava muito assim, por mais que ele acompanhasse os tratamentos, é uma coisa, às vezes ele tem um pouco mais de dificuldade de lidar com essa questão. Essa questão é real, quais são as dificuldades e facilidades intrínsecas a isso, eu me preocupo mais, eu estudo mais, eu participo, eu recebo avisos de associação de TDAH de vários lugares, eu me interesso muito, porque eu sofro muito com isso também. Então assim, na minha opinião, não basta tomar medicação para resolver isso, porque eu sei o quanto é importante ter o ambiente.” (MÃE 2)

“Ele participa total, total. (...) A gente sempre foi bem, a gente não é de brigar. Nós já estivemos separados duas vezes, uma vez quando meu filho tinha dois anos, nós ficamos separados dois meses e quando ela tinha dois anos, e meu filho mais velho tinha seis, nós nos separamos mais uma vez, e aí dessa vez ficamos quase um ano separados. Foi mais ou menos na época que a gente levou ela na psicóloga na primeira vez, ela com dois

anos, a gente não entende muito o que se passa na cabeça dela. A gente nunca foi de brigar, então mesmo na época da separação, a gente tava muito junto, então a gente continua partilhando toda a vida, continua muito próximo, e a dinâmica familiar, tirando que ele não morava na nossa casa, mas que ele buscava os filhos na escola e que ele tava presente final de semana, tudo. Mas sim, houve uma ruptura aí que com certeza na cabecinha dela não sei como passou, mas independente disso, nunca causou nada de trauma assim neles, até porque nunca teve briga, nada assim, e não houve tanta ruptura assim.” (MÃE 3)

“Meu marido não entende, não capta... Ou finge que não entende, finge que não consegue fazer o manejo. Porque requer uma paciência budista, né?! A vontade que a gente tem é de bater. Essa é a verdade. Porque, é só quem lida com uma criança que berra na tua cara e taca as coisas em cima de você, que chuta sua barriga e que te torce o braço e chuta suas canelas, é que sabe que a reação natural do ser humano é revidar. E eu por um tempo revidei. (...) Grito gera grito. Meu marido já não consegue se conter tanto. (...) As nossas discussões são, mais recentemente, de uns tempos para cá, de uns anos para cá, por causa do TDAH, do diagnóstico, da medicação, da forma de conduzir. E ele não concorda. Ele acha que tem que ser na marra, ameaçando. É muito difícil. Nós temos muitas brigas, ao ponto que eu cheguei de... até essa semana eu falei: ‘Oh, se você fizer mais algum assédio, se você tiver mais alguma conduta com ele que eu identifique como qualquer tipo de assédio ou violência moral ou física, você vai embora dessa casa. Independente do amor que eu sinto por você. Porque se eu achar que você está sendo tóxico pro nosso filho, por mais que a sua ausência seja sentida, eu prefiro que não. Eu vou virar estatística. Mãe de TDAH sem marido.’ (MÃE 4)

“Desafiar a autoridade, as regras, então eu sou a pessoa que mais tô com ela, inclusive eu consegui a redução de carga horária no trabalho para estar com ela. (...) Então, embora bata de frente, eu percebo que nos momentos que ela está angustiada, que ela está se sentindo em perigo, ela recorre a mim. Então, assim, o estresse maior sempre é comigo. O pai trabalha o dia inteiro. Mas tem dia, assim, que é tão estressante para ela fazer um trabalho, que chega à noite e eu falo para ele: ‘Olha, é com você. Você que vai botar para fazer, senão eu vou bater.’ Hoje tá mais controlado, assim, hoje dificilmente ela leva um tapa. Até porque ela tá mais calma, eu também já tô sabendo mais lidar com a situação. Eu também faço terapia. Hoje a gente consegue levar bem melhor, mas acaba ficando mais para mim mesmo.(...) E ele acaba também não tendo a paciência que eu acabo tendo por já estar vivenciando. Ele nunca levou aos médicos. Psicóloga, ele leva no dia que calha dele estar em casa e bater com o dia da psicóloga dela. Aí eu peço para ele levar, mas, assim, ele só leva e fica esperando ela acabar a sessão.” (MÃE 5)

“O pai vai a tudo, desde o início, todas as reuniões da escola, todos os exames, todas as consultas. Mas, quando era consulta assim que era só levar assim no dia a dia, não. Porque eu que tô lá, eu faço isso. Mas se tinha uma reunião, se tinha que marcar alguma coisa, ele sempre tava. Então ele sempre foi ciente, presente, em todo o processo. (...) Desde bebezinho, o pai dele viajava muito, muito, a gente ficava sozinho em casa por vezes a semana inteira, e eu falava: ‘Dorme aqui com a mamãe para a mamãe não ficar sozinha’. E ele: ‘não’. Ele queria ir pro quarto, descia da

minha cama, ia pro quarto dele, apagava a luz e ficava sozinho no quarto dele e dormia.” (MÃE 6)

“Mas eu percebo que a paixão da vida dele é o pai, sabe? Porque eu acho que é o pai, porque o pai tem... entende ele de formas que de repente eu não entendo. Eu até sento, eu brinco, mas eu sou mais a voz da: ‘Vamos fazer tal coisa! Vamos estudar! Vamos...’ Sabe? Essa voz do... do mandar, do ordenar, se cuidar das questões que ele tem. E o pai é a voz de levar para a pracinha. O pesado é comigo.” (MÃE 7)

“Ele participava mais quando as crianças eram pequenas, ele ia nas consultas, né?! Na gestação ele também sempre me acompanhou. Mas, assim, quando entrou essa questão de neurologia... Aí é uma coisa que eu divido com ele e converso, e falo para ele as questões que eu estou pensando, mas ele não se envolve muito.” (MÃE 8)

“O pai dele resolveu sair de casa do nada. Tipo assim, pegou a gente de surpresa, né?! A gente tava passando por essa investigação toda do comportamento dele na escola. Porque chegou no ponto dele negar a fazer prova. Então, assim, os professores estavam tendo dificuldade de lidar com ele. E eu sem saber o que fazer, a quem recorrer, sem trabalhar. Tava sem recursos financeiros, né?! E os testes de psicopedagoga são caros. Foram muitos testes que ele fez. Então, assim, super preocupada e o pai dele falou comigo: ‘Eu não sei o que eu quero da minha vida. Eu quero poder sair de casa sem me preocupar com quem tá ficando’. Eu falei: ‘Então ok! Vai, porque eu tenho uma preocupação maior. A minha responsabilidade agora são nossos filhos. Se você não quer mais participar mais disso aqui, problema seu. Mas eu tenho responsabilidade com eles’. Eu não vou largar. Porque eu tenho muita dificuldade de sair para trabalhar, porque eu não tenho com quem deixar ele. (...) O pai dele falava as coisas, mas ele não cumpria. Porque ele sempre falava assim: ‘Ah, minha família. Meus filhos é tudo mais importante que eu tenho’. E de repente, né, virou tudo... E ficava ligando falando que ia buscar, e não ligava... Não aparecia. (...) Eu não sei se na hora que veio diagnóstico, laudo, terapia, psicopedagoga... Eu acho que aquilo mexeu com ele, sabe?” (MÃE 9)

A percepção das mães indica de forma quase unânime uma referência ao pai na vida dos filhos que envolve menos participação ou algum tipo de afastamento por motivos diversos. As queixas versam sobre a dificuldade de os pais lidarem com os sintomas dos filhos, de se envolverem nos cuidados, de participarem do mesmo modo que as mães, ou mesmo tratam de períodos de ausência dos pais em função de divórcio ou de trabalho. Conforme já foi ressaltado, é possível interpretarmos a atribuição de aspectos negativos às figuras masculinas que aparecem no relato das mães como indicativo de desafios contemporâneos da transmissão psíquica nas famílias hoje. Magalhães e Féres-Carneiro (2004) entendem que as funções básicas da família, ligadas aos interditos, a estabilidade dos vínculos, ao estabelecimento de ideais e valores, estão

hoje mais fragilizadas. As queixas sobre os homens por parte das mães podem expressar justamente essa desvalorização da função paterna, uma vez que a autoridade e a firmeza são questionados.

Nesse contexto, as queixas das mães sobre os pais podem indicar dificuldades no exercício dos papéis familiares e falhas no processo de construção da paternidade, além de envolver desafios conjugais. A organização familiar passa por mudanças estruturais que demandam do pai maior participação no cuidado dos filhos. Apesar de essa ser uma demanda também das mulheres, esse é um desafio para os pais, já que precisam comprovar suas capacidades como cuidadores. Os dados corroboram os achados de Staudt e Wagner (2008) a esse respeito, pois apontam que a forma de os pais lidarem com os filhos desagradava às mulheres, sendo fonte de críticas, o que, juntamente com outros fatores, acaba por perpetuar os papéis tradicionais da família, em que os pais não participam.

Nesse sentido, é essencial pensar nas experiências maternas que podem não ter contribuído para o processo de construção da paternidade. Moraes e Granato (2016) entendem que a mãe tem grande influência na construção da relação pai e filho e que, desde a primeira infância, pode viver de modo ambivalente a entrada do pai, tornando-o alvo constante de críticas, seja pela ausência, seja pela excessiva presença. As falas das mães que desqualificam os pais também corroboram os apontamentos de Silva e Piccinini (2007) sobre a importância da forma com que o pai aparece no discurso da mãe para o tornar-se pai. As falas destacadas nessa categoria questionam em qual medida as mães conseguiram abrir espaço para os pais na vida dos filhos.

Na mesma linha, os relatos questionam o quanto os pais têm disponibilidade e desejo de participar ativamente do cuidado dos filhos. As dificuldades no exercício da paternidade relatadas pelas mães podem também ser vistas como ligadas à manutenção de ideais sociais nos quais o pai ocupa um lugar de provedor ou a mãe, um lugar de cuidado principal dos filhos por conta de suas capacidades biológicas (Moraes e Granato, 2016). Ademais, Silva e Piccinini (2007) destacam que, embora haja nos pais desejo de uma paternidade ativa, há um conflito entre o pai ideal e o

pai real, uma vez que é comum que os pais não assumam o cuidado integral dos filhos. Essa situação mantém as mães como cuidadoras em tempo integral, evidenciando uma inconsistência entre o desejo e o fazer dos pais (Gabriel e Dias, 2011).

Além disso, os relatos das mães interrogam o quanto as dinâmicas dos casais conjugais, após a chegada dos filhos, influenciaram positivamente ou negativamente no exercício da paternidade. Para Moraes e Granato (2016), a relação conjugal precisa ser preservada em seus aspectos não marcados apenas pelo cuidado com os filhos, para facilitar a transição para a paternidade, mantendo a interação homem e mulher. A partir disso, é interessante pensar na formação da conjugalidade e nas dificuldades que podem ter sido enfrentadas nesse processo pelas participantes da pesquisa e suas famílias. Vimos, anteriormente, que as angústias que não puderam ser elaboradas são repetidas pela nova geração da família, sendo necessário que o casal elabore a herança psíquica que fora transmitida a seus membros, para que a nova família se constitua envolvendo também o novo, e não apenas a repetição do passado (Cibella, Magalhães e Féres-Carneiro, 2015). É possível pensarmos, então, que dificuldades – especialmente aquelas marcadas por transmissões de conteúdos não elaborados – experimentados na formação do novo casal conjugal e posteriormente parental repercutem diretamente na construção da paternidade.

Várias queixas feitas pelas mães sobre os pais estão diretamente relacionadas a dificuldades de eles lidarem com os sintomas de TDAH dos filhos. É possível pensarmos que as dificuldades descritas anteriormente no processo de construção da paternidade sejam ainda mais desafiadoras diante da demanda de um cuidado mais delicado com o filho. É possível, ainda, pensarmos na ordem contrária, ou seja, que dificuldades nos cuidados também exacerbam potenciais dificuldades de desenvolvimento das crianças. De um jeito ou de outro, parece haver associações entre as manifestações do TDAH e as dificuldades descritas pelas participantes, tanto nessa categoria – que diz respeito às dificuldades na paternidade – quanto na anterior – a respeito da repetição de sintomas na família –, evidenciando a existência de uma relação entre os sintomas das crianças,

a transmissão psíquica e o funcionamento familiar (Azevedo, Féres-Carneiro e Lins, 2014).

3.3 Considerações finais

O aumento do número de diagnósticos de TDAH trouxe à tona uma série de explicações de origem biológica a respeito da etiologia do transtorno, e buscamos, neste trabalho, investigar outros aspectos da subjetividade, por meio da teoria psicanalítica, que podem estar atrelados à manifestação de sintomas como agitação, hiperatividade e impulsividade. O DSM-5 (APA, 2014) destaca que a herdabilidade do transtorno é grande, de maneira que várias pessoas da mesma família apresentam os mesmos sintomas, o que nos levou à investigação de outras formas, que não apenas a genética, que levam à reprodução de sintomas dentro de um mesmo grupo.

Nossa pesquisa mostrou a grande herdabilidade do TDAH, já que a maior parte das mães reconhece sintomatologia semelhante entre os filhos e outros membros da família. No entanto, pudemos remeter esses dados ao conceito de transmissão psíquica geracional, em vez de aspectos genéticos, inatos ou biológicos. Isso quer dizer que a repetição de sintomas em diferentes gerações da mesma família pode ser considerada uma herança recebida de forma intersubjetiva, de modo que cada indivíduo carrega dentro de si aspectos de seus ascendentes e do grupo em que está inserido. A transmissão psíquica é essencial para a formação do psiquismo, porém, foi destacado que, quando está ligada a aspectos não elaborados das famílias, pode se tornar “heranças malditas” (Eiguer, 1998).

Compreendemos, então, que é possível pensar os sintomas de TDAH como uma impossibilidade da nova geração da família construir um caminho próprio, de maneira que repete dificuldades anteriores, sem poder se apropriar do que está sendo recebido e desenvolver sua própria individualidade. Isso porque as trocas intersubjetivas e a inserção na cadeia familiar são imprescindíveis, mas podem estar permeadas de angústias não metabolizadas, que fragilizam os processos de transmissão psíquica, o que parece ser o caso na maior parte dos relatos das participantes.

Outro dado relevante destacado diz respeito ao lugar no qual o pai, como figura masculina, aparece no discurso das mães. A maior parte delas identifica o pai da criança ou outra figura masculina da família como portador dos mesmos sintomas dos filhos, bem como a maior parte das mães faz queixas contundentes aos pais das crianças com relação ao cuidado dos filhos ou relatam períodos de ausência ou afastamento. Isso nos levou ao questionamento a respeito da atual fragilidade do papel de pai, a quem se atribuem as dificuldades vividas pela família.

Essa discussão abre espaço para a reflexão acerca da construção da paternidade nos tempos atuais, já que, apesar de haver uma demanda de maior participação dos pais, esse processo se mostrou muito delicado. Os pais, por um lado, precisam comprovar sua capacidade como cuidadores, o que é, por outro lado, criticado pelas mães de diversas maneiras. Ao mesmo tempo, as mães têm a necessidade de que os pais participem ativamente do cuidado dos filhos, o que não se comprova, de modo que elas continuam como cuidadoras principais sobrecarregadas. Na maior parte dos relatos, a conjugalidade não apareceu como apoio para a construção da paternidade e suporte para o casal parental. Nesse sentido, pensamos que ocorre a manutenção de antigos papéis familiares, frustrando as expectativas de todos os envolvidos e reverberando particularmente no dia a dia dos filhos. Especialmente no caso de crianças diagnosticadas com TDAH, as demandas podem ser maiores, desafiando mais ainda as mães e os pais em suas funções de cuidado. Também é possível pensar que famílias com mais dificuldades de exercer o cuidado de modo saudável influenciem diretamente no surgimento de sintomas nas crianças. De uma forma ou de outra, os desafios na construção da paternidade parecem trazer repercussões relevantes no cuidado das crianças diagnosticadas com TDAH.

Em suma, os relatos das mães mostram que os sintomas apresentados pelos filhos foram observados em outras pessoas da família, há uma indicação da repetição de aspectos transmitidos intersubjetivamente, o que corrobora a ideia da grande herdabilidade do transtorno. Além disso, os sintomas foram identificados em sua maioria em figuras masculinas e apresentados junto com inúmeras queixas das mães

sobre os cuidados paternos, que lançam luz sobre os desafios da construção da paternidade hoje. Nesse contexto, foi possível estabelecer uma relação entre TDAH, transmissão psíquica e paternidade, uma vez que a sintomatologia apresentada pelas crianças pode ser expressão de conteúdo de outras gerações da família, bem como expressão de dificuldades do exercício da paternidade e da maternidade, que demanda elaboração psíquica por parte dos adultos. Esses resultados não podem ser generalizados, pois trata-se da investigação de um pequeno grupo, mas sinalizam temas importantes que podem nortear novos estudos sobre o tema. Parece-nos valioso, especialmente na clínica de crianças, compreender os sintomas manifestados tendo em vista a família e a cadeia geracional.

4

Covid-19 e TDAH: um olhar psicanalítico

Resumo: O presente estudo é parte de uma investigação mais ampla sobre TDAH e tem como objetivo investigar a percepção de mães a respeito das repercussões da pandemia de Covid-19 em seus filhos. Foi realizada uma pesquisa qualitativa na qual foram entrevistadas dez mulheres de camadas médias da população carioca, com filhos entre 7 e 12 anos de idade, diagnosticados com TDAH. Os resultados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo e várias categorias emergiram das falas das entrevistadas. Tendo em vista o objetivo deste estudo, foi discutida a categoria *percepção das mães sobre as repercussões da pandemia de Covid-19 em seus filhos*. Os resultados apontaram que a maioria das mães observou efeitos negativos desse período nos filhos. Foi identificada uma relação entre a dificuldade de as mães responderem de forma criativa e de manterem a capacidade de pensar durante esse período de crise, gerando um questionamento a respeito de dificuldades individuais internas precoces que podem estar relacionadas aos sintomas de TDAH dos filhos, sendo essas, portanto, anteriores ao momento da pandemia.

Palavras-chave: TDAH, Covid-19, psicanálise, mães.

A pandemia de Covid-19, além de uma crise sanitária, desencadeou diversas outras crises para o indivíduo e a sociedade, como, por exemplo, as relacionadas com a área da saúde mental. As vivências ligadas aos riscos trazidos pelo vírus e também as relativas ao isolamento social, assim como as necessidades de adaptação decorrentes dessa nova realidade, fizeram surgir ou agravaram inúmeros sintomas psicopatológicos em todas as idades.

Para as crianças, os desafios foram bastante significativos, levando-se em consideração o que pode representar – em um período delicado e de grande dependência como a infância – viver o fechamento das escolas e o confinamento em casa com os pais. Para aquelas que já

experimentavam, antes da pandemia, dificuldades importantes relativas à saúde mental, os desafios foram ainda maiores durante o isolamento social. O relatório da UNICEF (Sharma, Idele, Manzini, Aladro, Ipince, Olsson, Banati, Anthony, 2021) sobre saúde mental e bem-estar das crianças durante a pandemia indicou o agravamento de alguns quadros clínicos – entre eles, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cujos principais sintomas, que envolvem hiperatividade, agitação psicomotora e impulsividade, foram intensificados durante o período de crise.

O primeiro estudo que investigou as repercussões da pandemia de Covid-19 em crianças com TDAH foi realizado na China, pelos pesquisadores Zhang, Shuai, Yu, Wang, Qiu, Lu, Cao, Xia, Wang e Chen (2020), por meio da aplicação de questionários virtuais que foram preenchidos por cerca de 240 pais de crianças que receberam esse diagnóstico. Os dados coletados evidenciaram que os sintomas de TDAH nas crianças apresentaram uma piora durante esse período, ao lado de alterações de humor importantes. Estas foram igualmente observadas nos pais, que, de forma indireta, também afetam os sintomas das crianças. Os autores indicaram um aumento da carga de estresse gerado pelos estudos remotos, exigidos por conta do confinamento, tanto em crianças quanto em adultos. Porém, esse processo não revelou piora específica do rendimento nos estudos, uma vez que os participantes relataram melhora, pois o tempo de estudo foi prolongado. Além disso, alguns participantes dessa pesquisa relataram uma diminuição do acesso aos tratamentos para TDAH durante esse período.

Outro estudo que investigou a percepção de pais sobre a saúde mental de filhos com TDAH na pandemia e os cuidados com eles ao longo do período de isolamento social foi realizado na França, por Bobo, Lin, Acquaviva, Caci, Franc, Gamon, Picot, Pupier, Speranza, Falissard e Purper-Ouakil (2020), contando com mais de 500 famílias participantes. Nele, foi apontada uma diminuição da ansiedade nas crianças, atribuída à não frequência na escola, o que alivia dificuldades específicas de crianças com TDAH, diferentemente da maior parte das crianças, que sentiu falta de estar presencialmente nos ambientes escolares. Houve, inclusive, relatos

de melhora dos sintomas de TDAH, decorrente da flexibilização da rotina ao estar em casa e da possibilidade de os pais estarem mais disponíveis e perceptivos às dificuldades que os filhos enfrentam. Entretanto, supervisionar as atividades escolares foi destacado como o maior desafio enfrentado durante esse período pelos pais, funcionando como facilitador ou dificultador desse processo, dependendo dos indivíduos e do grupo familiar. Nesse cenário, os autores ressaltam que também houve um grupo que apresentou grande piora dos sintomas de TDAH. Houve ainda relato de que as consultas terapêuticas virtuais funcionaram bem, sendo possível manter os tratamentos de forma remota. De maneira geral, os autores afirmam que os dados não sugerem uma piora sistemática dos sintomas de TDAH durante a pandemia.

Dificuldades ligadas à falta de atenção e de concentração foram relatadas por pais participantes da primeira pesquisa italiana sobre fatores de risco para o bem-estar de crianças e suas famílias durante a pandemia de COVID-19, realizada por Spinelli, Lionetti, Pastore e Fasolo (2020). Foi destacado que o fator de maior impacto no bem-estar não diz respeito à maior exposição ao risco de contágio do vírus ou aos aspectos físicos do ambiente familiar durante a quarentena, mas sim às dificuldades enfrentadas pelos pais para lidarem com os estresses que a quarentena trouxe, impactando, indiretamente, as questões psicológicas apresentadas pelos filhos. Há um significativo relato de sobrecarga dos participantes da pesquisa, que diz respeito a terem que cuidar dos filhos e de sua escolarização, de si mesmos, dos parceiros, do trabalho, concomitantemente à manutenção de atividades prévias à crise sanitária. Os autores entendem que o estresse trazido pela situação dificulta que os pais tenham prazer nas interações com os filhos, o que repercute de forma importante nas crianças, uma vez que os pais acabam tendo mais dificuldades de compreender as necessidades dos filhos e de estabelecer limites, podendo contribuir para comportamentos mais agressivos nas crianças e também menos obediência. Foi igualmente ressaltada a necessidade de os adultos explicarem para as crianças o que está acontecendo em função da pandemia e a exigência de medidas tão restritivas, na expectativa de terem suas preocupações também

compreendidas; do contrário, se mostram mais angustiadas e sintomas como dificuldades de atenção pioram.

Os fatores estressantes trazidos pela pandemia e seus efeitos nos sintomas infantis foram, ademais, destacados por Ferraz (2021), por meio da análise de queixas de pais levadas à escola. A busca pela orientação educacional institucional durante o período de ensino remoto manifestou queixas relativas à dificuldade de adesão da criança à rotina de estudos em casa, gerando dúvidas nos adultos sobre como lidar com a questão. A autora ressalta que o ensino remoto contingencial, desencadeado pela pandemia, revelou aspectos que não dizem respeito apenas à escola ou à criança, mas à estrutura da relação parental com o filho, na qual caberia o reconhecimento do sintoma infantil como questionamento das dificuldades do exercício da parentalidade. Nesse sentido, o olhar psicanalítico funciona para pensar as queixas dos pais sobre as crianças dirigidas à escola como manifestação atravessada pelo funcionamento da relação parental. A escola virtual trouxe a público aspectos privados das famílias, através das câmeras e também das dificuldades em geral vividas durante esse período em que a escola é remota.

Não apenas na relação com a escola, mas também nos espaços de tratamento dos filhos, aspectos íntimos das famílias foram trazidos à clínica, por meio das análises remotas. Concomitantemente, os próprios espaços terapêuticos tiveram seus limites quebrados. Naidin, Nogueira, Crestani, Rodrigues, Santos, Cunha, Carvalho, Sertã e Gorin (2020) discutem os aspectos relativos à passagem do atendimento de crianças para a forma remota, de modo emergencial, com o início da pandemia, destacando o difícil manejo dos limites e privacidade do novo cenário. As autoras destacam a entrada dos pais nos ambientes domésticos onde acontecem as sessões virtuais; a dificuldade de privacidade, já que o material pode ser escutado pela casa; bem como o desejo dos pais de serem ouvidos e participarem das sessões, uma vez que também enfrentam, eles mesmos, um momento delicado. Além disso, o analista de crianças passou a ter mais acesso às dinâmicas domésticas que nos atendimentos presenciais não era possível. Todos – crianças, pais e profissionais – viveram momentos de angústia e de desamparo em relação

à Covid-19, gerando-se uma série de novos desafios que estão relacionados à manifestação dos sintomas nas crianças.

As inúmeras mudanças exigidas pela pandemia para as crianças, pais e escolas foram destacadas por Campana e Casella (2021). A dificuldade de as crianças manterem atenção nas aulas online aumentou, assim como os pais puderam ver mais de perto, pelo amplo convívio, as dificuldades vivenciadas pelos filhos. No caso dos pais, a sobrecarga de tarefas ao terem que apoiar os filhos nas atividades acadêmicas suscitou diferentes formas de lidar com a situação por parte dos adultos e, segundo os autores, teve quem cobrasse muito das crianças sem adaptações à situação vigente, outros tentaram terceirizar a tarefa e outros desistiram desse processo, esperando pelo fim da pandemia. Com algum tempo de pandemia transcorrido, os autores destacam que os pais, de maneira geral, puderam aprender a lidar melhor com a situação por meio da experiência e do diálogo com outros pais e profissionais, e com isso se adaptar às necessidades contingenciais e individuais. Nesse sentido, os autores introduzem articulações com a teoria winnicottiana para pensar os caminhos saudáveis que os pais podem propor aos filhos nesse momento delicado, tendo em vista, principalmente, a ideia de criatividade.

Winnicott (1975) entende que a criatividade diz respeito à forma com que o indivíduo se relaciona com a realidade, de modo que seus impulsos, quando criativos, estão envolvidos em todas as atividades humanas que se dirigem a algo de maneira saudável, que possam promover, ao indivíduo, se tornar uma pessoa ativa e parte de uma comunidade. É, portanto, a criatividade que dá o tom das atitudes do indivíduo com o mundo externo, sendo considerado um estado de saúde, em contraposição a um viver submisso, que dá a sensação de inutilidade e de falta de valor e sentido na vida. O autor entende que a possibilidade de um viver criativo decorre da qualidade do ambiente no início da vida de cada bebê, uma vez que as experiências precoces fazem o indivíduo caminhar para um lado ou para outro.

Essa experiência criativa se origina no brincar entre a mãe e o bebê, no espaço potencial, postulado por Winnicott (1975), que existe em contraste com o mundo interno e a realidade externa. Isso quer dizer que o

bebê, ainda fusionado ao objeto, pôde experimentar um estado de onipotência, em que a mãe alterna a capacidade de encontrar o bebê e aguardar ser encontrada por ele. Esse espaço intermediário, no qual o bebê aproveita essa ilusão de controle mágico do mundo externo, contando com o apoio suficientemente bom da mãe, permite que ele gradualmente perceba o objeto como outro. O desenvolvimento saudável depende do ambiente e da possibilidade de brincar que foram e são oferecidos para a criança. Podemos pensar que, durante a pandemia, a possibilidade de brincar criativamente, entre as crianças e seus pais, foi desafiada, dependendo também de recursos anteriores e primitivos individuais e do grupo.

Também fazendo uso da ideia winnicottiana do brincar criativo, Silva (2020) destaca a necessidade de os pais se reinventarem ao longo do período da pandemia, dividindo-se entre a função parental e todas as outras tarefas exigidas. A autora ressalta que, desde o início da vida de um bebê, o desenvolvimento emocional depende de que os pais exerçam as funções materna e paterna por meio de cuidado, de disponibilidade e de continência, para favorecer o processo de integração e simbolização da criança. Entretanto, o caos desencadeado pela pandemia desafia esse exercício, por provocar a capacidade de pensar nas experiências emocionais que as crianças vivem. É o mundo imaginário que os pais puderam apresentar a seus filhos, de forma criativa, que favorece tal processo, mas que, por sua vez, depende do seu próprio mundo infantil e de suas condições emocionais individuais para lidar com emoções difíceis.

Nesse contexto, Silva (2020) afirma que é uma relação de intimidade com o filho que permite saídas mais ou menos criativas nesse cenário de crise. Quando os pais não têm essa intimidade, é mais difícil exercer a função parental, ainda mais durante tempo integral, exigido pelo isolamento social. Para a autora, a função parental foi convocada e testada na pandemia, constituindo um desafio importante para os pais no que diz respeito a manter a esperança e conter as angústias, muitas vezes perdendo a capacidade de pensar, fazendo referência à teoria bioniana.

De acordo com Bion (1967/1994), a capacidade de pensar depende do desenvolvimento mental dos pensamentos e de um aparelho psíquico

que possa pensá-los. Essa elaboração depende da capacidade de suportar frustrações por parte do bebê com apoio da mãe, de modo que uma experiência emocional vivida como falta se torne processualmente um pensamento. Do contrário, se o bebê não conseguir suportar a ausência, ele evita a frustração e obstrui o desenvolvimento da capacidade de pensar. Esse processo depende de que a mãe tolere as projeções do bebê recebidas por ela e possa devolvê-las de forma que possam ser toleradas por ele. No contexto da pandemia, como situação desencadeadora de angústias intensas para todos, é possível pensar na dificuldade de os pais metabolizarem as angústias para ajudarem seus filhos a pensá-las, e no indicativo de que essa capacidade depende de processos psíquicos primitivos anteriores à situação, que podem ter sido desenvolvidos de maneira mais ou menos saudável.

A partir da literatura apresentada, fica evidente que a crise sanitária demandou muito emocionalmente dos indivíduos ao longo dos anos de 2020 e 2021. As particularidades vividas pelas famílias com crianças diagnosticadas com TDAH indicam a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre os desafios desse período. É nesse sentido que este artigo tem como objetivo investigar a percepção de mães com filhos diagnosticados com TDAH a respeito das repercussões da pandemia de Covid-19 em seus filhos.

4.1 Método

Participaram do estudo dez mães, sujeitos independentes, oriundas das camadas médias da população carioca, que tinham filhos com idades entre 9 e 12 anos, diagnosticados previamente com TDAH. A fim de preservar a identidade das participantes do estudo, elas foram nomeadas como Mãe 1 até Mãe 10.

A escolha por essa faixa etária dos filhos ocorreu por ser uma época da vida com alta incidência do diagnóstico, visto que o DSM-5 (APA, 2014) prevê o aparecimento de sintomas antes dos 12 anos. Além disso, envolve um período de transição escolar entre o Ensino Fundamental I e o Fundamental II, que demanda maior atenção e autonomia dos estudantes

em relação aos seus processos de aprendizagem, o que costuma desencadear dificuldades relativas à atenção. Em termos psicanalíticos, essa faixa etária está relacionada à fase da latência, enquanto momento de maior sublimação, uma vez que o movimento pulsional se dirige mais para fins não sexuais, como as atividades intelectuais (Freud, 1905/2016). Não fizemos uma distinção inicial de gênero dos filhos; porém, a amostra correspondeu ao que é indicado no DSM-5 (APA, 2014), isto é, a uma maior incidência do transtorno em pessoas do sexo masculino. O diagnóstico de TDAH dos filhos, relatado pelas mães, foi confirmado através de instrumento descrito nos procedimentos a seguir. A Tabela 1 abaixo apresenta o perfil das participantes a partir da ficha biográfica preenchida por cada uma das entrevistadas.

Tabela 1. Dados de identificação dos participantes

Participante	Idade	Idade do filho	Sexo do filho	Relação com o pai do filho
Mãe 1	44	11	masculino	separada
Mãe 2	46	10	masculino	casada
Mãe 3	41	12	feminino	casada
Mãe 4	47	9	masculino	casada
Mãe 5	44	10	feminino	casada
Mãe 6	35	10	masculino	casada
Mãe 7	38	9	masculino	casada
Mãe 8	39	10	masculino	casada
Mãe 9	40	12	masculino	separada
Mãe 10	42	10	feminino	casada

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista com roteiro semiestruturado (ANEXO 4) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006; ANEXO 3). As

participantes foram entrevistadas individualmente e de forma remota, através de plataforma virtual com vídeo e áudio, o qual foi gravado e posteriormente transcrito. As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado a partir da revisão da literatura psicanalítica sobre TDAH.

As entrevistadas foram indicadas por meio da rede de contatos profissional e pessoal das pesquisadoras, através de divulgação em redes sociais a respeito da procura por participantes que se enquadrassem na descrição dos sujeitos acima explicitada. Vale destacar que não houve nenhum pai interessado em participar da pesquisa, apesar de esforços terem sido direcionados nesse sentido; dessa forma, a amostra ficou caracterizada como apenas de mães.

Previamente à entrevista, as participantes preencheram a Ficha de Avaliação Biográfica (ANEXO 2) e o Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006). Este instrumento é um questionário de domínio público, validado para a população brasileira, que funcionou como um complemento ao diagnóstico clínico relatado pelas mães, e que pôde, na pesquisa, fornecer uma medida objetiva de confirmação do TDAH nos filhos das participantes. Estas preencheram 18 itens, indicando, em uma escala de quatro opções, a frequência de determinados comportamentos da criança. Os itens 18 a 26, que constam originalmente no questionário, não foram aplicados, porque se referem a outro transtorno, do tipo desafiador de oposição, não estando relacionados ao escopo deste trabalho.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi desenvolvido e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO 1).

O questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006) teve seus 18 itens divididos em duas seções, sendo os primeiros nove relacionados à desatenção e os seguintes, à hiperatividade/impulsividade. Foi contabilizado um (1) ponto para cada opção “bastante” ou “demais” assinalada. Quando o questionário indicou um valor de pelo menos seis (6) pontos em qualquer uma das duas seções,

foi considerado que a criança cumpre os critérios sintomatológicos mínimos para o transtorno (Costa, Paula, Malloy-Diniz, Romano-Silva & Miranda, 2019). Esses dados indicaram que os filhos de todas as participantes atendem aos critérios diagnósticos, portanto, todos cumpriam os critérios para inclusão como sujeitos da pesquisa.

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao método de análise de conteúdo, na sua vertente categorial, conforme proposto por Bardin (2016). A partir dessa avaliação, emergiram categorias de análise, que foram discutidas com a literatura psicanalítica sobre o tema do TDAH.

4.2 Resultados e discussão

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre as vivências de mães com filhos diagnosticados com TDAH. Da avaliação do material coletado, emergiram várias categorias de análise. Tendo em vista o objetivo deste trabalho, será apresentada e discutida a categoria *percepção das mães sobre as repercussões da pandemia de Covid-19 em seus filhos*.

A maioria das mães (sete de dez) destacou aspectos negativos relacionados aos efeitos da pandemia em seus filhos, por diferentes motivos. Nesse grupo, cinco (5) mães – ou seja, metade das mães participantes da pesquisa – identificaram piora de um ou mais sintomas dos filhos, associando-os a aspectos do isolamento social ou das aulas remotas. Outra mãe trouxe a questão do tratamento interrompido, e outra focou no acúmulo de tarefas, que também diz respeito às aulas remotas, já que inclui, na sobrecarga de cuidados, o apoio na vida escolar virtual.

O que tá fazendo bastante falta é a terapia, porque ano passado ele estava fazendo regularmente, mas a gente mudou de terapeuta por conta da logística, e então a terapeuta que começou esse ano não conseguiu engatar nem criar um vínculo e começar de fato a trabalhar com ele. Veio a pandemia e aí parou. E eu tenho sentido bastante, muita falta dessa terapia pra ele. (MÃE 1)

Agora na pandemia, tenho que dar conta de ajudar, da casa, da alimentação, de tudo, e orientar na escola. Enfim, é cansativo demais. (MÃE 2)

A pandemia veio de uma maneira horrorosa. Esse isolamento para ele foi, assim, o caos. Ele usava medicação, parou por conta de uma depressão que ele entrou e continuou mal, agressivo, oscilando muito. E aí eu resolvi não ir para o caminho da psiquiatria. Preferi matricular ele nas aulas de jiu-jitsu e natação quando reabriu, colocar ele com atividade todo dia. Mas continuamos com o massacre da aula online. Porque ele não assistia à aula sem mim. Desde o início ele já não assistia. (...) Então eu fiquei de home office, diz a lenda. Porque eu fico home office coisa nenhuma. Porque eu não consegui trabalhar, né?! (MÃE 4)

Ela tinha progredido muito, mas quando veio a pandemia ano passado, aí foi tudo para os ares. Regrediu muito. Porque ficaram trancafiados aqui dentro. (MÃE 5)

A gente se mudou e logo depois veio a pandemia, a gente não deu continuidade nem aos remédios, nem ao tratamento. Precisamos dar continuidade agora. (...) Nessa pandemia o que eu senti que piorou foi a fala, por mais que eu colocasse ele pra ler, pra escrever. Aqui eu sou bem controlada com eletrônico, televisão, eles dormem cedo, mas acabei liberando um pouco mais de televisão, um pouco mais de jogo, e eu não sei se esse excesso fez ele ficar mais ansioso, mais nervoso, ou se foi a falta de escola, falta de socialização, que ele também gosta muito, sente muita falta de brincar, de jogar bola, de sair, fazer amigo. (...) A gente tem que tá com o Buda instalado para poder não surtar. (MÃE 6)

Agora o problema que a gente tá tendo durante a pandemia, que a gente tá entrando aí agora no segundo ano já... Ele tá ficando muito sozinho, tá sentindo muita falta, e às vezes eu levo ele no primo que ele gosta. Ele vai lá e se distrai um pouco. Mas eu sinto assim que ele tá, assim, isolado mesmo. Às vezes eu chamo, a gente vai no mercado, em algum lugar: 'Vamos! Vamos dar uma volta'. Ele não quer sair. (...) Eu acho que esse pode ser até o medo dele sair, né, por causa do vírus que tá aí. (MÃE 8)

Ficou pior na pandemia porque ficou sem rotina, né?! Totalmente. Porque no início eu não imaginava que ia ser tanto tempo, eu consegui manter um cronograma deles de estudar pela manhã, que era o horário que eles iam para escola. Mas com o tempo eu já não tinha material suficiente. A escola, depois de um tempão, [é] que começou a colocar as atividades. Mas eram atividades tão curtas, sem explicação nenhuma. E ele conseguia fazer em cinco, dez minutos. Então ele fazia aquilo ali. Ou então ele pegava tudo e fazia da semana toda, que eles colocavam todas da semana. Aí ele já pegava, fazia todas de uma vez, para poder ficar livre e não fazer mais. (MÃE 9)

Os relatos da maioria das mães participantes da pesquisa evidenciaram que, por diferentes motivos, a pandemia de Covid-19 repercutiu negativamente, seja diretamente nos filhos ou não. Esses dados corroboram os achados de pesquisas realizadas sobre TDAH e pandemia de Covid-19, que identificaram piora nos sintomas desse grupo (Sharma, Idele, Manzini, Aladro, Ipince, Olsson, Banati, Anthony, 2021; Zhang, Shuai, Yu, Wang, Qiu, Lu, Cao, Xia, Wang e Chen, 2020). As mães

mencionam a falta de rotina, a ausência de relações sociais, a escassez de atividades que preencham o tempo e deem conta da disposição das crianças, entre outros aspectos relacionados ao confinamento e ao vácuo deixado pela escola remota, ou mesmo pelos atendimentos terapêuticos que costumavam apoiar os filhos. Porém, é interessante pensar no que pode agravar ou facilitar esse cenário já desafiador, para além de fatores externos. O modo como as famílias lidam com esses aspectos impostos e as dificuldades decorrentes que foram relatadas também corroboram os achados das pesquisas citadas, uma vez que as dificuldades dos pais de lidarem com a situação e a sobrecarga que experimentam contribuem de forma secundária para a piora do comportamento dos filhos.

A pesquisa de Spinelli, Lionetti, Pastore e Fasolo (2020) estabeleceu conexões entre as dificuldades de bem-estar das crianças durante a pandemia, que podem se relacionar a sintomas ligados à falta de atenção, e as condições que os pais têm para lidarem com os estresses trazidos pela quarentena. Nesse sentido, é possível perceber o acúmulo de tarefas e a sobrecarga como um dado muito representativo desse período, mas também é necessário construir um olhar mais subjetivo a respeito das dificuldades vividas pelas mães participantes da pesquisa, já que, conforme ressaltou Ferraz (2021), as queixas trazidas pelos pais podem revelar aspectos estruturais prévios do funcionamento da relação parento-filial.

Nesse sentido, os apontamentos de Campana e Cassella (2021) são essenciais ao relatarem a possibilidade que os pais tiveram, durante o tempo da pandemia, de aprender com suas experiências e com diversos diálogos sobre o tema, a fim de tentarem refletir e adaptarem suas práticas à realidade imposta. Os autores perceberam, em sua pesquisa, esse movimento reflexivo por parte das famílias, o que as levou a uma maior adaptação às demandas do novo cenário. Já em nossa pesquisa, não percebemos de forma relevante reflexões por parte das mães sobre as angústias vividas por elas mesmas durante a pandemia – para além dos aspectos objetivos da sobrecarga – que pudessem envolver os medos do vírus ou maiores reflexões sobre como suas próprias limitações acabam afetando os filhos. As soluções que apareceram por parte das mães

(quando apareceram) se referiram a aspectos mais pragmáticos, como a dificuldade de manter a terapia e a tentativa de restabelecimento de atividades físicas ou de contato com alguma outra criança, o que, de fato, são necessidades importantes, mas que não dizem respeito às vivências internas. É importante lembrar, conforme ressaltaram Naidin, Nogueira, Crestani, Rodrigues, Santos, Cunha, Carvalho, Sertã e Gorin (2020), que a pandemia constituiu um momento de angústia e desamparo para todos, que se relaciona à manifestação de sintomas nas crianças.

Nesse cenário, é possível interrogarmos se as mães puderam responder aos desafios da pandemia de forma criativa, mantendo a possibilidade do brincar com seus filhos (Winnicott, 1975), uma vez que elas mesmas enfrentavam grandes desafios. A impossibilidade de promover esse ambiente suficientemente bom pode não ter permitido maior elaboração por parte dos filhos da situação contingencial da pandemia, impedindo maior adaptação a ela. Já que investigamos a experiência de mães com filhos diagnosticados com TDAH, ou seja, que já apresentavam sintomas previamente ao período pandêmico, é também possível indagar se essas dificuldades do ambiente em relação à criança são circunstanciais ou se os desafios da pandemia atualizaram dificuldades anteriores.

Como vimos anteriormente, para Winnicott (1975), o desenvolvimento saudável do indivíduo depende de experiências precoces da vida do bebê, em que precisou experimentar um estado de fusão com a mãe e ilusão de onipotência, para poder gradualmente perceber o objeto como outro, aproveitando do espaço potencial, que intermedeia o mundo interno e o mundo externo. Dificuldades nesse processo essencial do desenvolvimento podem estar ligadas a diversos sintomas na criança, inclusive os de TDAH. É possível, então, indagarmos se as dificuldades que as mães experimentaram durante a pandemia podem ser relacionadas com questões do desenvolvimento infantil como um todo. Isso porque a possibilidade de oferecerem um mundo imaginário criativo para os filhos depende, de acordo com Silva (2020), de seu próprio mundo infantil interno e da intimidade que há na relação entre pais e filhos.

Esse questionamento nos remete às condições emocionais

individuais das mães para lidarem com a crise e sua relação com o desenvolvimento infantil. Aqui, destacamos a importância das ideias bionianas a respeito da capacidade de pensar, uma vez que a pandemia dificultou que os pais pudessem metabolizar as angústias para os filhos, a fim de ajudá-los a digerir suas experiências emocionais do momento (Silva, 2020). Desde bebês, os filhos contam com a possibilidade de as mães suportarem as projeções de angústias e de as devolverem de modo que possam ser toleradas pela criança ainda muito pequena (Bion, 1967/1994). O desenvolvimento mental dos pensamentos e do aparelho psíquico depende desse processo para poder pensar os pensamentos e, assim, se desenrolar de forma saudável; caso contrário, sem suportar as frustrações, a capacidade de pensar fica obstruída. As falas das mães participantes da pesquisa evidenciaram que o momento de crise pandêmica tornou mais difícil ajudar os filhos a pensarem as angústias, mas é possível também refletirmos sobre a possibilidade de os desafios serem anteriores a esse momento, tendo em vista que as crianças já apresentavam sintomas importantes ligados ao TDAH. Nesse contexto, as ideias bionianas e winnicottianas inspiram interrogações semelhantes a respeito do quanto a crise sanitária da Covid-19 desencadeou as dificuldades relatadas ou atualizou complicações que datam de tempos primitivos do desenvolvimento infantil dos filhos e das próprias mães.

Em contrapartida ao cenário de queixas, vale destacar que duas (2) mães sinalizaram melhora da vida escolar dos filhos. Elas atribuíram às aulas virtuais a possibilidade de os filhos lidarem melhor com o novo panorama e receberem mais ajuda, devido às dificuldades que o TDAH traz no ensino regular.

A escola é muito conteudista, o método de ensino é muito 1.700 e antigamente, então pra ela tá sendo muito difícil. Quando começou as aulas online foi ótimo, ela assistia de casa, a gente tava sempre junto, a plataforma do digital que eles usaram com as tarefas e horários organizados. Eu sabia tudo que tava acontecendo, e agora com a volta ao presencial não tem, por mais que a gente converse, a gente não tem muito contato com os professores direto, só com a coordenadora, por mais que a gente fale com ela, eles não ajudam nesse sentido, então foi muito complicado pra ela, então caiu nota. Nas aulas online ela já conseguiu recuperar, a gente estuda muito com ela também, mas a forma de

organizar, pra ela tá no ambiente mais confortável, pra poder levantar às vezes, sair, não ficar, né, na sala de aula, naquela coisa. (MÃE 3)

Desde quando fechamos o laudo até agora, esse ano de pandemia foi o melhor escolar dele. Nossa, como? Ele tinha as aulas online da escola, mas ele teve uma explicadora. Ali, no 1 a 1 com ele. É uma das coisas que eu vou manter a partir de agora, ele não funciona no todo mundo, ele não funciona no geralzão. (...) Eu acho que o diferencial pra ele é o 1 a 1. Esse olho no olho, contato, que hoje na escola é muito difícil. Tem 30 alunos dentro de uma sala, como que uma professora vai ajudar...? (MÃE 7)

Esses dados corroboram os achados de Bobo, Lin, Acquaviva, Caci, Franc, Gamon, Picot, Pupier, Speranza, Falissard e Purper-Ouakil (2020) no que diz respeito à diminuição da ansiedade trazida pela escola presencial, uma vez que a manutenção dos estudos de forma remota alivia desafios próprios de crianças com TDAH. As mães destacaram, especialmente, os aspectos relacionados à possibilidade de mais apoio individualizado, seja familiar ou profissional, além de questões relativas ao ambiente físico. Esses dados também vão ao encontro da pesquisa de Zhang, Shuai, Yu, Wang, Qiu, Lu, Cao, Xia, Wang e Chen (2020), que indicou a possibilidade de manutenção do rendimento escolar satisfatório com as condições adequadas para a situação, apesar da piora de outros aspectos.

A possibilidade de essas duas mães participarem ativamente do estudo dos filhos e pensarem em soluções possíveis, apesar dos desafios impostos pela pandemia, indica uma relação de maior intimidade e condições criativas para lidarem com o momento delicado (Silva, 2020). As condições reflexivas presentes nos relatos delas sobre as experiências dos filhos já diferem dos outros, no sentido de evidenciarem maior consideração sobre os aspectos subjetivos envolvidos. Tal consideração pode estar relacionada ao que Campana e Casella (2021) apontaram sobre a possibilidade de os pais aprenderem com a experiência e com o diálogo com os outros durante a pandemia e se adaptarem às demandas.

Nesse cenário, as falas dessas duas mães participantes da pesquisa sinalizam maior possibilidade, em comparação com as destacadas anteriormente, da criatividade (Winnicott, 1975) e da capacidade de pensar (Bion, 1967/1994). A primeira diz respeito à possibilidade criativa de se

relacionar com a realidade, de forma saudável, funcionando como um ambiente suficientemente bom para os filhos. Já a segunda se refere à possibilidade de as mães conterem as angústias e ajudarem os filhos a metabolizá-las, sem obstruir o pensamento. Ambas as capacidades dependem de recursos internos e primitivos das mães, que foram desafiadas durante esse período e que se apresentaram de forma distinta nos exemplos acima.

4.3 Considerações finais

A pandemia de Covid-19 trouxe, junto com a crise sanitária, desafios para a saúde mental. No caso das crianças e suas famílias, as restrições impostas pelo isolamento social, além dos riscos trazidos pelo vírus, demandaram grandes adaptações. Quem já enfrentava dificuldades significativas antes da pandemia, experimentou ainda maiores exigências de adaptação. Nesse contexto, investigamos as repercussões da pandemia em crianças diagnosticadas com TDAH a partir da percepção de suas mães.

Nossa pesquisa evidenciou que a maioria das mães observou efeitos negativos desse período, seja nos filhos, sinalizando piora dos sintomas, atribuída ao isolamento social, às aulas remotas ou à interrupção de tratamento voltado ao TDAH, seja nelas mesmas, indicando cansaço pelo acúmulo de tarefas. A minoria das mães identificou melhora da vida escolar dos filhos, atribuindo às aulas virtuais a possibilidade de eles receberem mais ajuda individualizada em seus processos de aprendizagem. Esses resultados corroboram vários estudos sobre o assunto (Sharma, Idele, Manzini, Aladro, Ipince, Olsson, Banati, Anthony, 2021; Zhang, Shuai, Yu, Wang, Qiu, Lu, Cao, Xia, Wang, Chen, 2020), mas também abrem espaço para pensarmos sobre as relações entre o bem-estar das crianças durante a pandemia e a forma com que os pais lidaram com os estresses desse período crítico (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020).

Nesse sentido, procuramos compreender esses achados por meio de um olhar psicanalítico, analisando as condições em que as mães

demonstraram lidar com as dificuldades dos filhos, e com as suas próprias, durante a pandemia. Entendemos que os relatos das mães indicaram a impossibilidade de promover um ambiente suficientemente bom durante esse período de crise, sendo difícil responder de forma criativa e manter a possibilidade de brincar com as crianças (Winnicott, 1975). Além disso, consideramos que, para elas, foi delicado manter a capacidade de pensar (Bion, 1967/1994), dificultando a possibilidade de metabolizarem as angústias para os filhos como apoio para suas experiências emocionais.

Para além do momento da pandemia, indagamos se as dificuldades mencionadas foram desencadeadas pela crise da Covid-19 ou se podemos entender que a situação emergencial atualizou dificuldades anteriores. Isso

porque as condições emocionais das mães, que por sua vez estão relacionadas às suas próprias infâncias, desempenham função essencial no desenvolvimento saudável do sujeito. As experiências precoces de um bebê possibilitam as experiências criativas (Winnicott, 1975) e o

desenvolvimento do aparelho de pensar (Bion, 1967/1994), os quais dependem dos recursos internos das mães. O surgimento de sintomas significativos na infância, como os ligados ao TDAH, podem estar remetidos a falhas nesses processos precoces. Questionamos, então, em que medida as dificuldades descritas pelas mães com seus filhos, durante a pandemia, podem estar associadas a dificuldades anteriores na relação parento-filial.

De maneira geral, entendemos que a pandemia demandou muito de todos, especialmente das crianças e de suas famílias. Os recursos emocionais foram testados e a capacidade criativa das mães como ambiente foi amplamente requerida. Constatamos que o olhar psicanalítico sobre o TDAH, particularmente nessa época de crise, é capaz de promover uma ótica para além das questões práticas impostas pela pandemia, como as demandas geradas pelo isolamento social, lançando luz sobre os aspectos psíquicos individuais e precoces dos adultos.

Conclusões

Ao longo deste trabalho pudemos estabelecer, a partir da perspectiva das mães, relações entre o diagnóstico de TDAH e alguns temas importantes referentes ao desenvolvimento infantil e às vivências familiares. As análises dos relatos das participantes indicaram aspectos relevantes a respeito das possíveis repercussões do ambiente nos sintomas apresentados pelos seus filhos. Nesse cenário, uma visão psicanalítica sobre o assunto pareceu contribuir de forma significativa para o tema, considerando-se que não há hoje consenso a seu respeito entre profissionais da área, mas há o predomínio de um olhar acerca dele bastante reducionista, acompanhando o movimento de aumento do número de diagnósticos.

O reconhecimento dos sintomas dos filhos por parte das mães se mostrou uma fonte considerável de angústia, que, de maneira compreensível, representa uma ferida no amor próprio, demandando uma série de desidealizações. Justamente esses sentimentos negativos foram identificados em nossa pesquisa como um apoio motivador para a busca por explicações etiológicas estritamente biológicas sobre o transtorno, o que permitiria em alguma medida o alívio de sentimentos de culpa. No entanto, a maior parte das mães pareceu também, de modo paralelo, não deixar de considerar as vivências subjetivas da criança no que diz respeito ao ambiente familiar, escolar e social em geral, estabelecendo prováveis conexões com a manifestação dos sintomas em questão. Assim, percebemos um espaço viável para aprofundar as compreensões mais subjetivas acerca do tema, que envolvam a família.

Observamos em nossa investigação a sinalização por parte das mães de inúmeras dificuldades referentes à primeira infância, que versam sobre a gravidez, o parto, a prematuridade, a amamentação e o cuidado com os filhos desde esse momento inicial da vida. Com base nisso, traçamos uma relação entre os desafios experimentados na primeira infância e suas possíveis repercussões no desenvolvimento posterior.

Partindo do diálogo com a teoria winnicottiana, hipotetizamos que falhas no *holding* trazem prejuízos para o ego ainda imaturo do bebê, que, quando não pode viver uma ilusão de onipotência em relação ao objeto, se vê com dificuldades de desenvolver posteriormente a capacidade de estar só. Nesse sentido, a instabilidade psicomotora, um dos principais sintomas do TDAH, nos parece uma defesa possível diante da impossibilidade de depender do objeto ou mesmo uma descarga que permite algum tipo de calma, embora sem uma descarga qualitativa (Berger, 2001).

Na mesma linha, utilizando-nos da teoria bioniana, vimos que dificuldades vividas na primeira infância podem repercutir no desenvolvimento do aparelho de pensar do indivíduo. O bebê, no início da vida, projeta na mãe suas angústias, a qual, por sua vez, deve ajudá-lo a digerir essas experiências emocionais. Em outras palavras, o contato com a mente da mãe é essencial no processo de transformar elementos beta em alfa, tornando possível o pensar do bebê. Valendo-nos das observações de Gunter (2014), lançamos um olhar para os elementos beta não simbolizados, que, permanecendo como impulsos constantes ao invés de poderem ser pensados, parecem estar conectados aos sintomas de agitação descritos no TDAH. Existem algumas leituras diferentes para o TDAH sob a ótica da teoria psicanalítica, porém, partindo das análises, privilegiamos os apontamentos acima, compreendendo que déficits nas primeiras relações objetais estão relacionados a desafios de desenvolvimento que podem se manifestar através dos sintomas de agitação e dificuldades de atenção.

Também à luz das teorias winnicottiana e bioniana, pudemos pensar nos dados que surgiram a respeito do TDAH durante a pandemia de Covid-19. As mães participantes da pesquisa indicaram uma piora nos sintomas dos filhos, permitindo-nos refletir sobre as relações entre o bem-estar das crianças durante essa crise e a forma com que os pais lidaram com o estresse dela decorrente. Identificamos a impossibilidade de se promover um ambiente suficientemente bom e de responder criativamente (Winnicott, 1975) às demandas impostas pela situação como um todo e pelo isolamento social. Observamos, igualmente, dificuldades em manter a capacidade de pensar (Bion, 1967/1994) de modo a ajudar os filhos a

metabolizar as angústias desse período. É possível que as demandas contingenciais desse momento tenham atualizado desafios anteriores, relativos aos recursos internos das mães e seus repertórios para lidar com situações que requerem muito emocionalmente. Inclusive indagamos se essas mesmas dificuldades podem estar associadas aos desafios vividos pelas mães na primeira infância com seus filhos, já que dizem respeito a desafios emocionais importantes que dependem do próprio desenvolvimento psíquico das genitoras.

Outros aspectos familiares também foram relacionados com o TDAH. Os relatos das mães nos permitiram observar que há a repetição de sintomas ligados a agitação e falta de atenção dentro de um mesmo grupo familiar. A partir disso, identificamos que a grande herdabilidade do TDAH não necessariamente se dá através de traços genéticos, mas é possível que seja transmitido psiquicamente entre as gerações de uma mesma família. A transmissão psíquica geracional é fundamental para a formação do psiquismo, uma vez que o indivíduo precisa estar dentro de um grupo e receber de forma intersubjetiva uma série de conteúdos essenciais. Entretanto, essa herança também pode ser ‘maldita’ (Eiguer, 1998) se estiver marcada por angústias não metabolizadas das gerações anteriores, não permitindo aos descendentes escreverem sua própria história. As crianças ficariam, a partir dessa perspectiva, sem condições de transformarem a herança recebida intersubjetivamente, repetindo-a sem capacidade de elaboração, o que aponta falhas no processo de transmissão psíquica.

Indo mais além, as participantes, em sua maioria, identificaram a repetição de sintomas dos filhos como algo relacionado aos pais das crianças ou a outras figuras masculinas da família, atrelando ao homem as origens das dificuldades familiares enfrentadas. É descrito que o TDAH se apresenta mais em pessoas do sexo masculino, porém, também vale a interpretação dessa informação bastante consistente à luz da fragilidade do papel de pai hoje, a quem se atribuem os desafios vividos pela família. Os pais hoje são mais demandados em relação à participação nos cuidados com os filhos, o que torna a construção da paternidade mais complexa. Destacamos certo dilema a respeito das mudanças nos papéis familiares:

enquanto os pais precisam se mostrar cuidadores aptos para a tarefa, além de enfrentarem, por motivos diversos, adversidades em assumir sua função, as mães também parecem ambivalentes em ceder espaço para eles. Em paralelo, surgiram nas narrativas das participantes inúmeras queixas sobre aspectos da vida de casal, o que nos faz identificar que a conjugalidade não pareceu funcionar como suporte para a parentalidade.

Esse cenário nos levou a um questionamento acerca da manutenção dos papéis familiares tradicionais, de modo que a mãe permanece no papel de cuidadora principal e o pai fica em um lugar não mais de autoridade, mas de fragilidade, gerando frustrações para todos e repercutindo nos filhos. Questionamos se, no caso das crianças com TDAH, as demandas são ainda maiores para ambos os genitores ou se as dificuldades de cuidado também poderiam, por outro lado, contribuir para o aparecimento de sintomas. O acúmulo de tarefas para as mães apareceu nos relatos de forma significativa, o que, de alguma maneira, corrobora a ideia de não termos conseguido entrevistas de pais em nossa pesquisa, de acordo com nossa pretensão inicial.

Em suma, procuramos compreender os sintomas de TDAH como expressão de desafios experimentados pela criança e sua família que dizem respeito ao desenvolvimento psíquico. As experiências das mães com seus filhos nos permitiram acessar a importância de diversos aspectos envolvidos na questão, desde a primeira infância até questões familiares, escolares, sociais, entre outras. Visualizamos que há no público estudado um predomínio do agir sobre o pensar, e essa é uma questão sobre a qual a psicanálise tem muito a contribuir, tratando-se da investigação das vivências individuais e da construção do aparelho de pensar.

Não pretendemos negar os aspectos biológicos envolvidos no transtorno, mas propor uma compreensão mais ampla sobre ele, que permita, especialmente na clínica, tratar do sofrimento de forma abrangente. Mesmo que futuramente se considerem marcadores biológicos mais exatos para o transtorno, sempre haverá uma subjetividade que emerge dessas condições – inclusive ao considerarmos as dificuldades específicas que as famílias podem experimentar no cuidado dessas crianças –, sendo necessário, assim, olhar para ela de modo individual em

vez de sinalizar primeiro um fator determinante. A psicanálise pode, então, contribuir para a ampliação da perspectiva sobre um tema tão frequente na clínica. Propomos, assim, que futuras pesquisas sobre TDAH sejam desenvolvidas a partir de um olhar psicanalítico.

Referências

- Almeida, R. S.; Lima, R. C.; Crenzel, G. & Abranches, C. D. (2019). *Saúde mental da criança e do adolescente* (2ª ed.). São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- André-Furstier, F. & Aubertel, F. (1998). A transmissão psíquica familiar pelo sofrimento. In A. Eiguer, *A transmissão do psiquismo entre gerações* (pp. 129-179). São Paulo: Unimarco.
- Arruda, M. A.; Querido, C. N.; Bigal, M. E. & Polanczyk, G. V. (2015). ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 19(1): 11-17. doi: 10.1177/1087054712446811.
- Azevedo, L. J. C.; Féres-Carneiro, T. & Lins, S. L. B. (2014). Sintoma infantil: efeito da transmissão psíquica? *Cadernos de Psicanálise* (Rio de Janeiro), 36(31): 169-196.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Benczik, E. B. P. & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97): 93-103. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v32n97/10.pdf>
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi editores.
- Bertoldo, L. T. M.; Feijó, L. P. & Benetti, S. P. C. (2018). Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. *Psicologia Revista*, 27(2): 427-452. doi: 10.23925/2594-3871.2018v27i2p427-452.
- Bion, W. R. (1990). Teoria do pensar. In E. B. Spillius (Org.), *Melanie Klein Hoje*. (pp. 185-193). Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).
- Bjorn, S. (2008). O impacto das palavras em crianças com TDAH e TAMP: consequências para a técnica psicanalítica. *Livro Anual de Psicanálise*, 22: 187-202.
- Bobo, E.; Lin, L.; Acquaviva, E.; Caci, H.; Franc, N.; Gamon, L.; Picot, M.-C.; Pupier, F.; Speranza, M.; Falissard, B. & Purper-Ouakil, D. (2020). Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit

d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19. *L'Encéphale*, 46(3): 85-92.

Campana, N. T. C. & Casella, C. B. (2021). Experiência com crianças e adolescentes na pandemia: alcances e limites da família, escola e clínica. *Estilos da clínica*, 26(2): 204-218. doi: 10.11606/issn.1981-1624.

Cibella, C.; Magalhães, A. S. & Féres-Carneiro, T. (2015). Transmissão psíquica de elementos traumáticos na conjugalidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(3): 100-112.

Claudon, P. (2001). L'instabilité psychomotrice infantile. Une pensée en action. *Psychologie clinique et projective*, 1(7): 153-173. doi: 10.3917/pcp.007.0153.

Costa, D. S.; Paula, J. J.; Malloy-Diniz, L. F.; Romano-Silva, M. A. & Miranda, D. M. (2019). Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. *Jornal de Pediatria*, 95: 736-743.

Couto, D. P. & Castro, J. E. (2015). Da higiene mental à higiene química: contribuições para um contraponto entre a criança tomada como objeto pelo higienismo e como sujeito de sua verdade pela psicanálise. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 37(32): 135-157.

Delion, P. & Golse, B. (2004). Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles. *EMC-Psychiatrie*, 1: 33-42.

Dolto, F. (2005). *A causa das crianças*. São Paulo: Ideias e Letras. (Original publicado em 1985).

Eiguer, A. (1998). A parte maldita da herança. In A. Eiguer (Org.), *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica* (pp. 21-84). São Paulo: Unimarco.

Ezinatto, L. M. S. (2021). Sintomas familiares. In R. B. Levisky, M. L. Dias & D. L. Levisky, *Dicionário de psicanálise de casal e família* (pp. 501-503). São Paulo: Blucher.

Féres-Carneiro, T. (1980). Psicoterapia de casal: a relação conjugal e suas repercussões no comportamento dos filhos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(4): 51-60.

Ferraz, I. R. L. (2021). Orientação educacional com psicanálise: um lugar de escuta em tempos de escola remota. *Estilos da clínica*, 26(1): 29-43. doi: 10.11606/issn.1981-1624.

- França, M. T. B. (2012). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, 45(82): 191-207.
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In S. Freud, *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 16, pp. 13-74). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1924).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 6, pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1905).
- Gabriel, M. R. & Dias, A. C. G. (2011). Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos de Psicologia* (UFRN), 16: 253-261.
- Gorin, M. C.; Mello, R. M. & Féres-Carneiro, T. (2021). A culpa é sempre da mãe? Um olhar sobre a maternidade através da clínica com crianças. *Estilos da Clínica*, 26(3): 520-535.
- Gunter, M. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *International Journal of Psychoanalysis*, 95: 43-66.
- Hagell, A. & Maughan, B. (2017). Epidemiology: are mental health problems in children and young people really a big issue? In N. Midgley, J. Hayes & M. Cooper (Orgs.), *Essential research findings in child adolescent counseling and psychotherapy* (pp. 14-31). Londres: Sage Publications.
- Inglez-Mazzarella, T. (2020). *Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo: Escuta.
- Kaës, R. (2001). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laidlaw, C. & Howcroft, G. (2015). Encountering a cartwheeling princess: relational psychoanalytic therapy of a child with attachment difficulties and ADHD. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 27(3): 227-245.
- Landman, P. (2019). *Todos hiperativos? A inacreditável epidemia de transtornos da atenção*. Rio de Janeiro: Contracapa.

- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Magalhães, A. S. (2010). Conjugalidade e parentalidade na clínica com famílias. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: permanências e rupturas* (pp. 205-217). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Magalhães, A. S. & Féres-Carneiro, T. (2004). Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade. *Psicologia em Revista*, 10(16): 243-255.
- Mattos, P.; Serra-Pinheiro, M. A.; Rohde, L. A. & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria*, 28(3): 290-297.
- Moraes, C. J. A. & Granato, T. M. M. (2016). Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. *Psicologia em Estudo*, 21(4): 557-567. doi: 10.4025/psicolestud.v21i4.29871.
- Naidin, R.; Nogueira, A. M. S. G. C.; Crestani, C.; Rodrigues, H. C. B. S. P.; Santos, M. C. S. O. P.; Cunha, M. C. B. L.; Carvalho, M. L. M.; Sertã, M. N. B. & Gorin, M. C. (2020). Do susto à criação: a análise de crianças na pandemia. *Trieb*, 19(1): 123-133.
- Ortega, F. & Müller, M. R. (2020). Global mental health and pharmacology: the case of attention deficit and hyperactivity disorders in Brazil. *Frontiers in Sociology*, 5. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2020.535125>
- Poissant, H. & Rapin, L. (2012). Facteurs de risque dans le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité: étude familiale. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4): 253-260.
- Serralha, C. A. (2010). Tendência antissocial e novos diagnósticos: a medicalização como alternativa às falhas do ambiente. *Winnicott e-prints*, 5(2): 69-86.
- Sharma, M.; Idele, P.; Manzini, A.; Aladro, C. P.; Ipince, A.; Olsson, G.; Banati, P. & Anthony, D. (2021). *Life in lockdown: child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*. Florença, Itália: UNICEF.
- Silva, M. C. P. (2020). Pandemia: um tempo de incertezas. *Crianças: uma abordagem transdisciplinar*, 2(2): 32-33.

- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2007). Sentimentos sobre paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 24(4): 561-573.
- Spinelli, M.; Lionetti, F.; Pastore, M. & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11: 1713. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01713.
- Staudt, A. C. P. & Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1): 174-185.
- Thomas, R.; Mitchell, G. K. & Batstra, L. (2013) Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *BMJ*, 347: 1-7. doi: 10.1136/bmj.f6172.
- Tonetto, A. P. M. & Barbieri, V. (2018). Maternidade de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo*, 23: 1-16.
- Trachternberg, A. R. C. (2021). Herança transgeracional. In R. B. Levisky, M. L. Dias & D. L. Levisky, *Dicionário de psicanálise de casal e família* (pp. 252-259). São Paulo: Blucher.
- UNICEF (2021). *The state of the world's children*. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/108036/file/SOWC-2021-executive-summary.pdf>.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (2011). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965).
- Zhang, J.; Shuai, L.; Yu, H.; Wang, Z.; Qiu, M.; Lu, L.; Cao, X.; Xia, W.; Wang, Y. & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51: 102077. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102077.

ANEXO 1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Título da pesquisa: TDAH e dinâmica familiar: uma visão psicanalítica

Pesquisadora: Michelle Christof Gorin

Email: migorin@gmail.com

Telefone: (21) 999811655

Orientadora: Terezinha Féres-Carneiro

Email: teferca@puc-rio.br

Telefone: (21) 99111-0180

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo geral investigar a dinâmica familiar de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

A pesquisa será realizada virtualmente (*online*), através da plataforma Zoom, utilizando sala virtual privada e com senha, disponível apenas para a pesquisadora e você. O áudio da entrevista será gravado, para transcrição e análise posterior. Todos os dados de identificação permanecerão sob a responsabilidade da pesquisadora, sendo utilizados apenas com finalidade científica. Todas as informações têm caráter confidencial, mantendo-se em sigilo a sua identidade. Seu nome e o de todos os indivíduos mencionados na entrevista serão substituídos por outros, fictícios e qualquer informação que possa te identificar será retirada. Após o término desta investigação, as gravações das entrevistas serão apagadas e o material transcrito ficará guardado em serviço de armazenamento em nuvem codificado e com senha, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora.

Sua participação é voluntária, sem remuneração e você estará livre para fazer as perguntas que julgar necessárias; interromper a entrevista quando assim desejar; recusar-se a responder perguntas ou falar de assuntos que possam causar qualquer tipo de constrangimento. Caso você se recuse a participar ou decida interromper a sua participação, você não sofrerá qualquer penalização ou constrangimento por essa decisão e não terá nenhum prejuízo. Considera-se que

nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos significativos à sua saúde, mas se sofrer algum desconforto, a pesquisadora estará apta a conversar com você sobre isso, ou encaminhá-la para algum atendimento psicoterápico em clínica social durante ou após a pesquisa.

Ao participar desta investigação, você estará contribuindo para o aprofundamento nos estudos sobre TDAH. Você não receberá um retorno individual dos resultados da pesquisa, mas os relatórios e artigos produzidos a partir dessa pesquisa serão disponibilizados e divulgados. Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com a Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio, no endereço Rua Marquês de São Vicente, 225, Rio de Janeiro - RJ, número de telefone: (021) 3527-1618.

Ao assinar este termo, em duas vias, você está autorizando a utilização das informações prestadas em ensino, pesquisa e publicação, sendo preservada sua identidade e a dos membros da sua família. Após o preenchimento, envie, por favor, uma via do termo para o e-mail da pesquisadora (migorin@gmail.com).

Declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa acima referida e compreendi seus objetivos. Estou concordando voluntariamente com este termo, o que indica que concordo com minha participação nesta pesquisa.

(nome e assinatura)

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 202__.

ANEXO 2

Ficha de Avaliação Biográfica

Idade: _____ anos.

Sexo: M ☐ F ☐

Profissão: _____.

Escolaridade:

Ensino Médio (2º grau) completo ☐

Ensino Superior (Universidade) incompleto ☐ completo ☐

Curso: _____.

Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐

Informações sobre a família do(a) participante:

Cônjuge - Idade _____ anos. Profissão: _____.

Tempo de casamento: _____.

Idade do(a) filho(a) (em anos e meses): _____.

Tipo de configuração da família de origem:

Família casada ☐ Família separada ☐ Família recasada ☐ Família monoparental ☐

Irmãos:

F ☐ M ☐ idade _____

F ☐ M ☐ idade _____

F ☐ M ☐ idade _____

F ☐ M ☐ idade _____

F ☐ M ☐ idade _____

Anexo 3

Questionário MTA-SNAP-IV (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde & Pinto, 2006)

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos)				
19. Descontrola-se				
20. Discute com adultos				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos				
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento				
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros				
25. É zangado e ressentido				
26. É maldoso ou vingativo				

Anexo 4

Roteiro Semiestruturado de Entrevista

Pergunta disparadora: Como é sua relação com seu filho? (relacionar, em seguida, com a segunda pergunta: como os sintomas do TDAH afetam essa relação?).

- 1) Percepção dos pais sobre os sintomas e o diagnóstico:
 - Pergunta disparadora do eixo temático: A que você atribui o diagnóstico de TDAH do seu filho?
 - Investigar: a compreensão acerca do diagnóstico, causas, tratamentos e prognóstico.
- 2) Percepção dos pais acerca da primeira infância dos filhos:
 - Pergunta disparadora do eixo temático: Como foi a chegada do seu filho na família?
 - Investigar: desejo e transição para a parentalidade, dificuldades iniciais no cuidado dos filhos, desenvolvimento e autonomia dos filhos, eventos marcantes na história da família, conjugalidade.
- 3) Aspectos transgeracionais:
 - Pergunta disparadora: Alguém na família já apresentou os sintomas do TDAH?
 - Investigar: modelos familiares, repetições, ideais dos pais sobre projeto educativo dos filhos.