

## MANUAL DO TDAH E O DISCURSO SOBRE A INFÂNCIA

CAROLINE MARIA BRACIAK REISDORFER (UNIOESTE)<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo utiliza como método e teoria a Análise de Discurso de linha Francesa, apreciando elementos discursivos que produzem efeitos de sentido sobre o que é a infância. A questão teórica central é a relação entre dito e não dito, em condições de produção determinadas, produzindo efeito sobre um *corpus* que aponta saúde/transtorno no comportamento da criança. Trata-se de um recorte de dissertação, lançando mão para isso de 5 dos 18 critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (versão V). Para o estudo, foram utilizados textos de Pêcheux (1969, 1973), Orlandi (2002, 2013, 2015), Gadet e Hak (1997 [1969]) que possibilitaram imprimir a teoria sobre a materialidade discursiva escolhida. A materialidade das sequências discursivas ocupa o *status* que é atribuído ideologicamente à Medicina, pois ela é considerada como uma ciência de cuidados e muitas soluções de tratamentos específicos sejam medicamentosos ou não. Assim, este estudo analisa as relações extralinguísticas e, portanto, discursivas, para compreender o que o manual afirma sobre o comportamento infantil. Acredita-se que o material estudado neste trabalho representa parte de uma articulação pertinente para reflexão sobre a criança que se quer na atualidade, entendendo que esse objetivo pode ser alcançado por meio dos efeitos de sentido discursivos do manual sobre uma suposta “patologia”. É no entremeio do dito sobre o transtorno e do não dito sobre a normalidade que se obtém defesas de teses ancoradas sobre discursos que explicam e se colocam a solucionar o comportamento infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Discurso. Dito. Não dito. Infância. Transtorno.

**ABSTRACT:** *This article uses as a method and theory the French Discourse Analysis, paying attention in discursive elements that produce meaning effects on what childhood is. The central theoretical issue is the relationship between what is said and what remains unsaid, uncertain production conditions, producing an effect on a corpus that points to health/disorder in the child's behavior. This is an excerpt from a dissertation, using 5 of the 18 criteria for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version V). For this study, texts by Pêcheux (1969, 1973), Orlandi (2002, 2013, 2015), Gadet and Hak (1997 [1969]) were contemplated, making it possible to print the theory on the chosen discursive materiality. The materiality of discursive sequences occupies the status that is ideologically attributed to medicine, as it is considered a science of care and a lot of solutions for specific treatments, whether medicated or not. Thus, this study analyzes extralinguistic and, therefore, discursive relationships, in order to understand what the manual says about child behavior. It is believed that the material studied in this research represents part of a relevant articulation for reflection on the child that one wants today, understanding that this objective can be achieved through the discursive meaning effects of the manual on a supposed “pathology”. It is between what is said about the disorder and what is not said about normality that defenses of theses are obtained based on discourses that explain and set out to solve child behavior.*

**KEYWORDS:** *Speech; Said; Not Said; Childhood; Disorder.*

---

<sup>1</sup> Doutoranda, mestra, especialista e graduada em Letras (UNIOESTE); Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional (FAG). carolinereisdorfer@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Para profissionais atuantes na educação formal e nos diversos níveis de formação de sujeitos, é crescente o número de alunos, em especial crianças do Ensino Fundamental I (EFI), com diagnóstico de transtornos mentais e de aprendizado. São alunos que escapam da compreensão de professores e pais e que, muitas vezes, passam a ser medicados para poder permanecer no contexto escolar.

As alegações são diversas: desatenção, irritabilidade, atividade excessiva, falta de limites, desobediência ou apatia a comandos dados por um adulto. Tudo isso resulta na queixa principal: a criança não aprende.

A principal conquista do EFI é a alfabetização e, neste sentido, a idade mais comum de aparecimento de diagnóstico é de 7 a 10 anos. Assim, as convocatórias de avaliações, laudos e diagnósticos nesta faixa etária suscitaram curiosidade e incômodo que balizaram a pesquisa de mestrado<sup>2</sup> ilustrada no trecho deste artigo.

A escola não está fora de todo o contexto sócio-histórico-ideológico que compõe o mapa norteador de todas as nossas demandas e crenças. A aprendizagem deixa de ser uma questão de pais e pedagogos e quem passa a produzir o saber que define a criança, às vezes, é a Medicina. Área que também não está fora do mapa.

Desta forma, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) passa a representar um material fundamental e um instrumento de apoio para médicos psiquiatras e neurologistas, além de fornecer base teórica para psicólogos e psicopedagogos na compreensão das ações das crianças e do fechamento de um diagnóstico.

Em sua 5ª edição, critérios do DSM são fonte para o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e *corpus* discursivo para este artigo. São critérios que, ao serem transformados em perguntas nos consultórios, buscam entre pais e professores, a investigação principal sobre quem é a criança com problemas de escolares. Assim, neste trabalho, é possível refletir sobre como este sujeito “criança” é significado ao ser apresentado com a hipótese de um transtorno.

A partir de Pêcheux (1997 [1969]), um discurso só pode ser compreendido, porque é proferido a partir de condições que o determinam. Conforme o teórico, “Chamaremos essas condições, condições de produção do discurso, o conjunto de descrição das propriedades relativas ao destinador, ao destinatário e ao referente, sob condição de dar imediatamente certo número de precisões” (PÊCHEUX, 2015 [1973], p. 214).

É preciso compreender o todo em que circula o discurso: quem diz, para quem diz, como diz, por que diz e que imagens e posições envolvem o dizer. Portanto, para possibilitar uma análise, há uma investigação a ser feita envolvendo o tema da infância, as condições de produção do discurso, e a construção do DSM como uma verdade.

Desta forma, pais e professores são destituídos da autoridade de sabedores acerca da criança e se abre espaço para quem irá definir a palavra final sobre o filho/aluno que se desconhece: o médico. Sendo igualmente efeito deste discurso, o sujeito que ocupa o lugar da medicina se vê na responsabilidade de ter a resposta e a solução para qual seja a demanda.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3095>. A dissertação denominada: “TDAH e comportamento infantil: análise de um (des)curso entre o dito e o não dito” foi defendida em 2017 sob orientação do professor Dr. João Carlos Cattelan, no Programa de Pós Graduação em Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Conduzir este artigo (e a dissertação de mestrado citada) implica estudar os efeitos de aceitação dos critérios de TDAH do DSM V, por pais e profissionais, como definidores da infância, e também analisar esta materialidade discursiva (superfície linguística, neste *corpus*) em suas condições de produção, (re) atualizando a própria ideia de infância (patológica/saudável).

Para a análise, consideram-se 5 critérios do DSM V sobre TDAH como sequências discursivas (SD)<sup>3</sup> que fornecem por meio de sua materialidade a possibilidade de estudar o funcionamento do discurso sobre o que se espera de uma criança, principalmente no cenário escolar. Neste caso, quando Pêcheux (1997 [1969]) apresenta o método de análise da AD como “empreendimento”, afirma que ele “consiste, pois, em remontar desses ‘efeitos de superfície’ à estrutura invisível que os determina”. Assim, a superfície discursiva fornece o alicerce para analisar o funcionamento dos sentidos que apontam para uma criança transtornada e, em contrapartida, para uma criança saudável e “normal.”

### **CRIANÇA SAUDÁVEL É CRIANÇA ATIVA? – DA SAÚDE À PATOLOGIA**

Os ecos populares sobre a infância têm várias máximas que perduram na memória discursiva acerca do tema. Compreende-se como memória não um traço orgânico localizável no funcionamento neurológico, mas a memória que interessou particularmente a Pêcheux (2011):

[...] a memória se reporta não aos traços corticais *dentro* de um organismo, nem aos traços cicatriciais *sobre* este organismo, nem mesmo aos traços comportamentais depositados *por* ela no mundo exterior ao organismo, mas sim a um conjunto complexo, preexistente e exterior ao organismo, construído por séries de *tecidos de índices legíveis*, constituindo um corpus sócio-histórico de traços (PÊCHEUX, 2011, p. 42, grifos do autor).

É esse enredo histórico e social que será retomado como efeito sobre novas formas discursivas, ainda que não esteja explicitado. Um enredo que tem história e que é retomado discursivamente em enunciados atuais.

Uma criança ativa recuperaria a ideia de uma criança saudável, pois há um traço de memória popular que traz a presença e retorno do fato de que, quando a criança estivesse quieta, parada, apática, estaria doente. Contudo, a demanda de diagnóstico atual parece trazer, ao contrário, preocupação e mal-estar.

Uma mesma atitude, que já foi posta em outro lugar sob outro efeito de sentido, é recuperada com um novo efeito de sentido, inaugurando outro tipo de reflexão sobre o campo saúde da criança, colocando comportamento e medicina do mesmo lado. É a este *princípio de funcionamento* que Pêcheux (2015) irá tratar como *interdiscurso*:

O termo *interdiscurso* caracteriza esse corpo de traços como materialidade discursiva, exterior e anterior à existência de uma sequência dada, na medida em que esta materialidade intervém para construir tal sequência. O não-dito da sequência não é, assim, reconstruído sobre a base de operações lógicas internas, ele remete aqui a um já-dito, ao dito em outro lugar [...] (PÊCHEUX, 2015, p. 145-146, grifo do autor).

O que seria sinônimo de saúde, em outro tempo, passa a permitir, pelo funcionamento interdiscursivo, a doença, abrindo a possibilidade diagnóstica de TDAH. Veja-se:

---

<sup>3</sup> O dispositivo de análise da AD possui um funcionamento onde se pode partir de uma materialidade discursiva, de tamanho indeterminado (palavra, frase, texto), para eleger o *corpus* de trabalho e verificar como o discurso se articula. Essa materialidade escolhida como *corpus* chama-se sequência discursiva.

(SD1) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira (DSM V, 2014, p. 60).

Os critérios do DSM V sobre TDAH são recorrentes na atribuição de problemas a uma dada frequência de aparecimento de um sintoma. Porém, são enunciados objetivos, não abrindo espaço para relativização.

Que tipo de agitação seria? Quando ela surge? Qual o contexto imediato e/ou a história da criança avaliada? E do status de infância a cada época e cultura? Aspectos emocionais, econômicos, familiares e orgânicos também produzem efeitos: miopia, problemas hormonais, fome, abusos, dentre outros.

A SD, enquanto materialidade discursiva, aparece produzindo um efeito de sentido fechado e mono direcional. E assim as respostas são SIM ou NÃO. Mas que frequência afinal é essa?

Não pode haver alguém que “remexe ou batuca as mãos ou os pés” o tempo todo: há uma motivação para isso. Mas essa não é uma questão aberta pelo DSM V e, neste sentido, a margem para uma investigação mais ampla por parte do profissional que atende a criança é subjetiva. O que ocorre como problema é justamente tomar apenas semanticamente o enunciado de cada critério como base para respostas objetivas e, na somatória de sintomas, dar um diagnóstico que igualmente reflete um único sentido.

A seção sobre a hiperatividade segue:

(SD2) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar) (DSM V, 2014, p. 60).

O que faz com que crianças permaneçam sentadas? No momento em que a criança está em plena organização de seu corpo com o meio, é preciso uma mediação que a interesse particularmente, para que ela se mantenha sentada, pois “parada” é algo pouco provável para qualquer pessoa saudável.

Contudo, o que a SD2 diz é que “se espera que permaneça sentado”. Há aqui uma pista do que se deseja da criança ativa: que pare. Ao mesmo tempo em que se coloca uma característica da criança portadora de um transtorno, também vai se desenhando o que é uma criança saudável. Este fato provoca uma reflexão a respeito de como essa atividade desorganiza a demanda do adulto que está conduzindo esta criança no momento da realização de um trabalho. Não há espaço, nos critérios do DSM V, para investigar as ações dos adultos em cena.

O foco permanece sendo principalmente e isoladamente o que está do lado da criança:

(SD3) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude) (DSM V, 2014, p. 60).

É possível questionar se o que é “inapropriado” para a criança é um fato dado ou uma novidade. Em outras palavras, foi o modo de agir de uma criança que mudou ou o olhar sobre a ação? Se há uma idade na qual parece ser apropriado correr e subir nas coisas é na infância. Mas o manual aponta que há momentos em que isso não pode acontecer de maneira frequente.

Mais uma vez, não se esclarece que momentos são esses e, mais uma vez, fica a critério de professores exaustos e pais desconstituídos do saber sobre os filhos responder SIM ou NÃO.

Há um deslocamento daquilo que uma criança pode e deve fazer, comum a outras épocas, para novas condições de produção, levando a novos efeitos de sentido.

A criança, sob o olhar clínico da patologização, é hoje tão submersa num “não lugar” que já não pode ser espontânea nem no momento de brincar, pois até isso aparece envolto por regras e disciplinas:

(SD4) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente (DSM V, 2014, p. 60).

Ora, são “atividades de lazer”. Parece haver, para os critérios patológicos do TDAH, uma forma correta de se realizar uma atividade de lazer, que é “calmamente”. Seria possível, a partir disso, defender que, quando alguém está em atividade prazerosa, não esteja em euforia em relação a isso. Se uma criança não consegue brincar de maneira calma, “com frequência”, há chances de ela ser portadora de um transtorno diante daquilo poderia ser uma ação típica infantil.

Em outro critério:

(SD5) Com frequência ‘não para’, agindo como se estivesse ‘com o motor ligado’ (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar) (DSM V, 2014, p. 60).

Se essa criança tem o “motor ligado”, a possibilidade diagnóstica se agrava. Atenta-se para o ato falho privilegiado pelo efeito metafórico usado pelo próprio manual: se motor ligado é sinal de estar em funcionamento, o que se quer da criança que funciona “frequentemente”, e euforicamente?

Criança que “remexe”, “batuca”, “levanta da cadeira”, “corre ou sobe nas coisas”, “não para” e tem “motor ligado”, é uma potencial candidata a ser tida como transtornada mental, uma vez que isso é o que prevê o manual de psiquiatria, que comparece como discurso de autoridade.

É verdade que as devem acontecer com certa frequência e com o tempo mínimo de 6 meses, mas também é claro que o próprio manual não diz que frequência é essa, apenas que essas ações não deveriam acontecer quando se espera da criança a ser diagnosticada exatamente uma ação oposta às que se encontram nos critérios: leia-se, quando um adulto ou espaço conduzido por adultos lhe demandem disciplina e uniformização de conduta. Essa questão irá evidenciar-se no espaço escolar.

Neste sentido, outra reflexão precisa ser considerada. Até pouco tempo, o ingresso das crianças no espaço escolar acontecia por volta de 6 anos de idade. Ou seja, havia um cotidiano progresso à entrada escolar, que envolvia brincadeira livre, habilidades que se desenvolviam gradual e naturalmente nas crianças. Geralmente, elas estavam em companhia de familiares, vizinhos e bichos de estimação. Não eram rigorosamente expostas a regras institucionais para se desenvolver cognitivamente e não havia inadequação em “correr ou subir nas coisas”. Não era estranho que uma criança “remexesse” e “batucasse com mãos ou pés”. Não era exigido que elas não fossem assim.

Por isso, criança saudável era a que fazia barulho, mexia-se, brincava. Não se esperava outro tipo de atitude e isso não era sem regras familiares, sem leis parentais ou sociais.

Novamente, está-se falando de um não-dito colado à superfície material das SDs representadas pelos critérios do DSM V, iniciando, junto ao conceito de sanidade, o conceito de patológico. Nesta seção dos critérios, eleitas como demonstrativo para este artigo, é possível observar uma mudança de terreno no discurso relacionado ao campo do que se espera de uma criança. Pode-se entrar no jogo discursivo, evidenciando o efeito de sentido que parece estar silenciado, mas que, ao contrário, é produzido justamente na alternância entre o dito e o não-dito:

Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. <i>Raramente</i> é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. Com frequência é <i>capaz</i> de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer <i>agitadamente</i> . <i>Nunca</i> é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer <i>agitadamente</i> .
--

Fonte: Autores da Pesquisa (2017)

Qualquer nova combinação que mexa no preenchimento dos espaços pré-construídos reestrutura o efeito de sentido do enunciado e recupera o silêncio que estava significando o tempo todo. E não se trata de um implícito: “Em suma, nós distinguimos silêncio e implícito, sendo que o silêncio não tem uma relação de dependência com o dizer para significar: o sentido do silêncio não deriva do sentido das palavras” (ORLANDI, 2002, p. 68).

O silêncio não é “complemento de palavra”. Ele significa subsidiado por ela, mas não em relação a ela, pois, para a AD, a palavra não se constitui pela literalidade, mas por meio do discurso.

Se há uma produção apontando um caminho para a criança patológica é porque o sentido disso circula discursiva e socialmente. O efeito de criança doente sendo agitada em oposição à criança que outrora era doente por ser quieta e parada não é inaugurada pelo DSM V. Aliás, um dos motivos dos critérios “colarem” e serem tomados como verdade é o fato de atenderem a uma demanda de sentido,<sup>4</sup> que, relacionada ao campo da infância, parece estar acompanhada da legislação em relação à institucionalização dos cuidados e da aprendizagem.

A Constituição Federal (1988), no art. 205, afirma:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento de pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.<sup>5</sup>

No Brasil, a educação é um direito desde 1988, porém ela não era obrigação nem do Estado e nem dos pais de institucionalizá-la antes dos 6 anos.

Com a possibilidade e o direito de ter um lugar para cuidar do filho na primeira infância e o ingresso crescente das mulheres no mercado de trabalho, também instituições privadas de ensino passam a ofertar pré-escolas. Demanda social, legislação e oferta caminhando juntas.

Ocorre que, em 2006, uma alteração na Lei de Diretrizes e Base da Educação (LDB) obriga a criança a estar na escola a partir dos 4 anos. No mesmo ano, o Ensino básico passa a ter 9 anos, transformando o pré em primeiro ano do Ensino Fundamental, antecipando, portanto, o ingresso na escola.

<sup>4</sup>Tomando aqui a ideia de que um discurso poderia demandar de uma materialidade linguística para tornar-se visível e não o contrário disso.

<sup>5</sup> Encontrada em [www.planalto.gov.br/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/Constituicao).

Novamente, a escola privada acompanha a mudança e a realidade que se tem é a da criança saindo cada vez mais cedo do ambiente doméstico e se afastando do ensinamento familiar para estar dentro do ambiente escolar.

Acontece que a escola adota um modelo de uniformização. Para que os profissionais possam realizar atividades, concluir conteúdos programáticos e curriculares e mostrar progressos aos pais trabalhando com várias crianças é preciso algum controle. A criança entra na escola e, em geral, precisa domar o horário do banheiro, da fome, de falar, de “remexer e batucar”, de “levantar da carteira”, de “correr e subir nas coisas”, de “brincar calmamente” e de “parar”.

Dito de outro modo, o deslocamento daquilo que é típico infantil, livre, natural e, talvez de convívio apenas familiar, para os muros escolares, não muda este comportamento, mas o olhar sobre ele. Ou seja, mudam as condições de produção dos enunciados sobre a infância.

A criança, antes, é singular para depois ser social, ainda que esteja no convívio social desde sempre. Ou seja, o processo de aprendizagem é amplo e composto por várias faces: é um processo. Piaget (2013) já apresenta algo muito útil e importante para compreender as possibilidades desse processo, quando explica as fases de desenvolvimento cognitivo.<sup>6</sup>

Independentemente do caminho pedagógico ou clínico no qual se avalia ou conduz uma criança, levar em conta a lógica desse desenvolvimento só vem a contribuir em relação às medidas a serem tomadas para auxiliar a criança.

Ocorre que esse processo partiria antes da criança e o adulto apenas conduziria o que vem dela e de seu desenvolvimento. É muito difícil que, dentro de uma instituição, seja possível que o professor faça uma mediação individual de cada aluno em relação ao seu aprendizado. Parte-se de uma condução que, embora possa olhar a fase da criança, faz isso de maneira generalizante. Sobre a relação professor/aluno nesse processo, Sampaio (2011, p. 38) aponta:

Para que a criança possa se desenvolver e aprender, ela precisa ter construído condições internas de raciocínio, a fim de que possa interpretar o conteúdo; do contrário, sem essas condições internas, ela irá apenas memorizar, esquecendo logo depois, fato este que presenciamos diariamente em muitas escolas. (SAMPAIO, 2011, p. 38).

O que se pode concluir é que os critérios apontados nas SDs de 1 a 5 estabelecem um aquilo que não é aceito como saudável na criança atual, tanto no espaço familiar quanto escolar, e ele nem sempre foi visto assim. Porém, o manual não deixa espaço para meandros que convidam a uma reflexão sobre como um padrão de patologia (e de saúde) chega ao material analisado. Na prática, profissionais e pais não questionam esse padrão.

No cotidiano adulto atual, parece que esse “outro disponível” anda escasso. E não se trata de responsabilizar/culpabilizar, mas de fazer um convite à reflexão sobre as consequências da imposição de uma mazela sobre alguém, ao invés de “ouvir” justamente quem não é o agente desta situação.

É preciso levar em conta que o próprio processo de deslocar as ações da criança ao campo psicopatologia é uma demanda atravessada discursivamente e que cola à demanda social, atendida, quando um manual médico absolve pais e profissionais e, pela voz da Medicina, enquadra a criança a um transtorno mental.

---

<sup>6</sup> Sensório-motor (0-2 anos); pré-operatório (2-7/8 anos); inteligência operatória concreta (7/8-11/12 anos); inteligência operatória formal (a partir dos 12 anos).

Como o recorte teórico desta pesquisa é a AD de linha francesa, é preciso não perder de vista que olhar para os critérios de diagnóstico do TDAH no DSM V é estudar uma materialidade discursiva que remete a uma conjuntura historicamente constituída. Pois, levando em conta a criança, numa mesma faixa etária, e suas ações típicas desta, não parece que houve uma mudança de comportamento. O processo histórico mostra que, uma criança aos 6 anos brinca, pula, corre, remexe, briga, dá atenção ao que lhe interessa, e há 30 anos, na rua, com a família e vizinhos, isso não causava estranheza. O DSM V, ao contrário, mostra que essas atitudes numa criança contemporânea, submetida a mais estímulos e oportunidades de atividades e aprendizagens, são critérios que apontam sintomas de um transtorno. A criança talvez não seja a mesma, já que ela não está mais na rua, nem em família, mas na escola, no balé, no futebol, no inglês, etc. A família também não é a mesma, porém, ao observar as crianças que a fazem parte desta família, produz-se um estranhamento e uma preocupação que fazem entender como problemático o que antes era “coisa de criança”.

Neste sentido é que se sobrepõe o conceito de condições de produção, pois o funcionamento dos enunciados estudados remete a uma historicidade, mas também a filiação de uma época, de um remetente, de um endereço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as análises sobre o tema estudado, verificou-se o funcionamento do que se percorria teoricamente: silêncio e ruído significam juntos, em condições de produção dadas, e produzindo efeitos. E isso é possível quando, ao escolher a AD como metodologia, percebe-se a formação discursiva<sup>7</sup> (FD) da Medicina<sup>8</sup> sendo reproduzida e reproduzindo o discurso da “criança modelo” almejado pelas condições de produção atual, que, sobretudo, vive novos modelos familiares, novas condições de trabalho e organizações econômicas e novo lugar da educação institucional no cotidiano familiar. Esta última, atrelada à economia, precisa acolher crianças cada vez mais novas no espaço escolar. Pois, estando os pais envolvidos pela busca da renda financeira familiar, demandas se renovam para que o modelo seja este: adultos trabalhando e crianças na escola.

Todas essas questões criam uma demanda para a criança que, de determinada forma, não condiz com o que é próprio de um sujeito que ainda está em formação, tanto física, quanto psíquica, emocional e intelectualmente. A criança não vem pronta, mas, se, mais uma vez como um contraponto a discursos populares anteriores, a criança não vinha com manual de instruções, hoje, tem-se um manual que diz expressamente como uma criança não deve ser: num período de 6 meses e reproduzindo comportamentos de, ao menos, 6 critérios de diagnóstico do TDAH (neste artigo um recorte de 5, dos 18) no DSM V, ela está fadada ao diagnóstico de um transtorno e, invariavelmente, é medicada contra isso.

Pela via contrária, no plano “não expresso”, em oposição simples ao que o manual diz, há a receita da criança normal, saudável e aceitável para o mundo adulto atual. O que se defende é que os critérios de TDAH do DSM V como *corpus* não aparecem apenas como “ditadores” de um discurso que circula sobre o mundo infantil, mas também como o “produto” de um discurso que precisa adequar a criança ao universo em que ela se acha inserida, ainda

<sup>7</sup> Não se trata, em AD, de uma análise frasal ou contextual. Os enunciados se encaixam naquilo que “pode e deve ser dito” (PÊCHEUX, 2014, p. 147), a partir da historicidade, do interdiscurso, da memória daquela formação de dizeres a que o sujeito toma a palavra. É neste sentido que cada FD apresentará um arcabouço de possibilidades de encaixe. Neste caso, a Medicina.

<sup>8</sup> Entendo aqui a FD médica que ordena saúde/transtorno como definidora do sujeito criança, no Manual DSM V.

que (ou sobretudo) este ditame seja estabelecido, em última instância, por um imperativo de ordem econômica. Pode-se compreender que:

O ponto de exterioridade relativa de uma formação ideológica em relação a uma formação discursiva se traduz no próprio interior desta formação discursiva: ela designa o efeito necessário de elementos ideológicos não-discursivos [...] numa determinada formação discursiva. Ou melhor, no próprio interior do discursivo ela provoca uma defasagem que reflete esta exterioridade (PÉCHEUX; FUCHS, 1993 [1975], p. 168).

É assim que, ainda que a FD pareça tratar do mesmo tema (a infância), ela não é a mesma de outrora. Determinada por uma defasagem interna que convoca os elementos externos à FD a produzirem efeitos, esta “caminhará” historicamente, tornando-se outra. Relações políticas, econômicas e sociais se movem e a historicidade produz efeitos de sentidos que movem os discursos. Por isso, a infância é, discursivamente, outra; e, talvez, fosse, para dizer pouco, saudável interrogar-se sobre duas formas de ver a criança, desconfiando do que cada discurso diz, para evitar que alguns estragos sejam provocados ao sabor de uma ideologia interesseira e situada.

Que a infância é compreendida de outra forma, pode-se comprovar, na dissertação desta autora (que implica a totalidade da pesquisa mostrada neste recorte), por meio de cada uma das seções de análise que se agrupam tematicamente, resultando os dezoito critérios em quatro temas: “não presta atenção”, “não se envolve”, “não para” (tema trazido a este artigo), “não espera”. Sendo assim, o que parece realmente assustador é que qualquer criança que aponte uma das matrizes pode apresentar um desvio da saúde frente ao que o manual diz. Pois, tendo uma das características, atenderá, por decorrência, a, pelo menos, quatro critérios apresentados em cada uma das seções, como é possível observar na linearidade das 5 SDs deste trabalho.

Um elemento que torna este quadro todo ainda mais complexo é que a necessidade de verificação médica fica a cargo da subjetividade de adultos (atarefados, atribulados e com diversas preocupações, sempre desejosos de descanso e um pouco de sossego) que fazem parte do cotidiano da criança compreender o seu comportamento (ou não) e atribuir a isso um problema ao ponto de precisar de investigação médica. E não há, neste caso, como definir se o incômodo está na criança irrequieta ou no adulto cansado.

Eis, então, que entra em jogo o imaginário relativo à Medicina como discurso de autoridade e também de ciência atrelada a FD ser utilizada pela indústria farmacêutica, que se ocupa de soluções químicas para as questões do organismo ou do psiquismo. Neste sentido, diagnosticar uma doença parece mais “fácil”, já que, para ela, há remédio e critérios de diagnóstico. Tudo isso é preocupante, pois se pode mostrar que o diagnóstico, às vezes, é falho e impreciso. Não há exames laboratoriais ou de imagens que possam comprovar algo objetivo sobre o TDAH. Contudo, o imperativo da FD médica se sobrepõe pelo *status* discursivo que convém ao mercado, ao mesmo tempo responsabilizando o sujeito (médico) que ocupa sua forma ao enunciar deste lugar, mas também encerrando o tema em relação a pais e demais profissionais que se dedicam à criança.

Entendida como uma “desordem” que não é físico/orgânica, mas, talvez, psicológica e, sobretudo, cultural, a investigação sobre o TDAH também não será objetiva. A desordem, a rigor, compreende o todo: família, criação, falhas pedagógicas, dentre outras, e a solução virá também pela via da subjetividade, mas com terapias, análises psíquicas e novas didáticas que possam, enfim, traçar um percurso menos objetivo e, talvez, menos visível.

Com o levantamento dos elementos teóricos necessários e com a análise das condições de produção do *corpus* e das SDs, além de um arquivo básico sobre a família, a infância e o campo do que é parte da fase infantil, chega-se à constatação de que a AD, como pretendia Pêcheux (1997 [1969]), é de fato um empreendimento que interpreta compreendendo que

[...] a um estado dado das condições de produção corresponde uma estrutura definida dos processos de produção do discurso a partir da língua (e que) o conjunto dos discursos suscetíveis de serem engendrados nessas condições manifesta invariantes semântico-retóricas estáveis no conjunto considerado e que são características do processo de produção colocados em jogo (PÊCHEUX, 1997 [1969], p. 79).

Estudos da língua a partir da Teoria do Discurso, ambas articuladas entre si e, historicamente, atravessadas pela interpelação do indivíduo pela ideologia, a partir da Psicanálise, permitem, como se pode ver, a exposição do olhar leitor a nível opaco a alguma elucidação do sentido. Trabalhar com a AD permitiu articular essas áreas de saber, movimentando a superfície material do discurso para, entre o dito e o não dito, compreender que o TDAH não é, de fato, uma doença, mas a resposta a uma demanda/comanda social de um tempo em que aquilo que faz parte da infância “atrapalha” o mundo atribulado do adulto, que, infelizmente talvez, precisa de um “manual de instruções” da Medicina, ciência que possui *status* de autoridade, para auxiliá-lo naquilo que sempre foi muito próprio da natureza humana.

## REFERÊNCIAS

- DSM – V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. American Psychiatric Association, Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GADET, Françoise; HAK, Tony. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradução: Bethânia S. Mariani et al. 3 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1997 [1969].
- HENRY, Paul. Os fundamentos teóricos da “análise automática do discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, Françoise; HAK, Tony. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradução: Bethânia S. Mariani et al. 2 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: Michel Pêcheux. 4 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2015
- ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: Princípios e Procedimentos. 11 ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio**: No movimento dos sentidos. 5 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.
- PÊCHEUX, Michel; FUCHS, Catherine. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas (1975). In: GADET, Françoise; HAK, Tony. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradução: Bethânia S. Mariani et al. 2 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- PIAGET, Jean. **A psicologia da inteligência**. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- SAMPAIO, Simaia; FREITAS, Ivana Braga de (Orgs.). **Transtornos e dificuldades de aprendizagem**: entendendo melhor os alunos com necessidades educativas especiais. 2 ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.