
A Sociedade Hipercinética e Desatenta Médica o Que Produz

Entre o temor à desordem e a valorização de uma competitividade fundada exclusivamente sobre o êxito material, muitos sujeitos preferem entregar-se voluntariamente às substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos. O poder dos medicamentos do espírito é assim o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não somente seu desejo de liberdade, mas também a idéia mesma de enfrentar a adversidade. O silêncio é então preferível à linguagem, fonte de angústia e de vergonha.

(Elisabeth Roudinesco)

A SOCIEDADE HIPERCINÉTICA E DESATENTA MÉDICA O QUE PRODUZ

“As rupturas da alma não tem causas cerebrais. O destino do ser humano não foi confiado ao seu ser biológico”, alerta da França a psicanalista Elisabeth Roudinesco. Ana Barón, correspondente do *Clarín*, constata de Washington que, nos Estados Unidos, mais de 5 milhões de crianças tomam um antidepressivo ou um estimulante por dia.

Adormecidos como estamos pelo excesso de informação, pode ser que não nos detenhamos a pensar. O número de crianças entre dois e quatro anos que usa Ritalina, uma droga estimulante, nos últimos quatro anos, duplicou nos Estados Unidos. Na Argentina, e mesmo no Brasil, nossa experiência cotidiana em escolas e hospitais permite confirmar que esses dados alarmantes também ocorrem entre nós. Encontramos escolas onde, a cada 20 alunos, 5 são medicados *para que aprendam!*

A aprendizagem – como treinamento – passou a ser um objeto cobiçado que a sociedade exige para triunfar e o mercado o oferece até em pastilhas.

Querem expropriar-nos o verdadeiro sentido de aprender: *autorizar-se a pensar, desfrutar a alegria de criar*, refletir sobre nossa condição humana, perguntar, brincar, sonhar, inquietar-se, querer mudar.

“Crianças desatentas ou crianças desatendidas”? pergunta Jorge Gonçalves da Cruz.

Hoje nos “atendem” somente como consumidores e *hipercineticamente* nos acoçam com milhares de produtos que garantem nossa paz, nossa felicidade e nosso êxito escolar. Entre os produtos com os quais nos seduzem, encontram-se drogas legalmente prescritas (seus produtores e adeptos proclamam que não criariam dependência como as ilegais).

A sociedade globalizada *desatende* a todos; contudo, coloca como doença o que as crianças podem denunciar com sua inquietude e falta de atenção.

As crianças perguntam, são perguntas. As perguntas não-escutadas tornam-se sintomas.

Como escutar suas perguntas antes de medicá-las?

O que ocorreu para que uma quantidade de mães de crianças aceitem e solicitem Ritalina para acalmar seus filhos ou para que sejam exitosos?

O que ocorreu para que esses professores que tem 5 de seus 20 alunos medicados (para que lhes dêem atenção) aceitem e busquem a justificativa do sintoma de ADD ou ADHD?

Como é que esse professor não se assombra com tão alta porcentagem: 20% de crianças com necessidade de medicação? Aceitam como uma desgraça do destino que as reuniu em sua classe? As estatísticas dos mesmos que produziram o diagnóstico falam somente de um 2% da população que poderia receber o diagnóstico.

Como pode ser que psicólogos e psicopedagogos se convençam tão rapidamente de que este o paciente a quem estão atendendo, seja “um dos poucos casos” que requerem medicação? Que estudos específicos, psicopedagógicos, foram realizados para analisar tal afirmação?

No caso de terem realizado tais análises, conseguiram *ensinar* aos médicos derivantes algo sobre o que a psicopedagogia tem estudado ultimamente em relação aos novos modos de atenção e sobre a influência que os fatores subjetivos têm sobre o organismo?

Pensaram na relação entre uma sociedade inquietadora e a inquietude que as crianças, às vezes, só podem mostrar-denunciar oferecendo seu corpo e sua inteligência?

E esse pai e essa mãe que recorrem aos nossos consultórios perguntando se há especialistas em A.D.D.?

E aquela outra mãe que me diz na primeira entrevista: “Eu sei que é ou mais mamãe ou Ritalina, mas tenho que trabalhar todo o dia, meu marido esté sem emprego, o que fazemos com ela?”.

Não se trata de substituir a medicação por outra, nem sequer denunciar isoladamente a supermedicação da infância. Precisamos analisar o tipo de pensamento, o modo de pensar que aceita como válidos os argumentos em que se fundamentam aqueles que determinaram a suposta existência de um tal transtorno chamado ADD ou ADHD.

Para isso, no mínimo, precisamos realizar quatro operações de análise:

- 1) Qual é o método (ou a posição) que permite conhecer um pouco do ser humano e especificamente de seus modos de aprender?
- 2) Qual é o conceito de atenção utilizado para diagnosticar um déficit nela?
- 3) Qual é o conceito de atividade utilizado para falar de hiperatividade?
- 4) Também precisamos realizar uma análise sobre quais são os determinantes sociais que hoje se impõem como valores e como ensinamentos.

Em relação à primeira pergunta, Daniel Widlöcher escreve (1990):

... O estudo dos casos individuais favorece a descoberta, enquanto os métodos extensivos preocupam-se em trazer provas (...) Provar algumas evidências esperadas é um pouco difícil. O caso singular inscreve-se na descoberta, na surpresa e até no paradoxo. (...) Naturalmente, um caso único não informa, acima de tudo, o que se queria saber...

Atualmente, até as ciências duras, como a matemática e a física, levam em consideração a subjetividade do experimentador e sua incidência sobre o que observa. Não existe neutralidade de observação. Por sua vez, a matemática já não se interessa em quantificar, mas em estabelecer relações, e os físicos estão concluindo hoje que “a realidade já não é o físico”. Transcrevo um fragmento de um colóquio sobre o tema “As implicações conceituais da física quântica”, no qual um dos participantes, segundo cita Nasio, diz:

... A física não parece estar, em absoluto, em vias de prover uma descrição do real, nem sequer no quadro de um realismo remoto – até porque para os

físicos a realidade é sempre algo remoto – e fica suspenso, portanto, se seria capaz de fazê-lo. Talvez fosse necessário concluir que o real é não físico... (Nasio, 1996)

Porém, a postura mecanicista parece que agora vem ao encontro da psicologia experimental e cognitivista. Lamentavelmente, alguns psicólogos e psicopedagogos que a questionavam quando era defendida por alguns matemáticos, físicos ou médicos, agora estão aceitando, a travestida de psicologia ou de interdisciplina.

Depois de múltiplas experiências psicopedagógicas que nos demonstram que a modalidade de aprendizagem de um sujeito e, em consequência, seus modos de responder e estudar na escola não são consequência de características do organismo, mas efeito de uma série de fatores, entre os quais desempenha um papel fundamental a modalidade de ensino dos ensinantes, não poderíamos esquecer esse saber, ficando seduzidos por um suposto saber que estaria alojado com os donos dos laboratórios.

Por sua vez, a psicanálise e a leitura analítica provam-nos que os efeitos mais decisivos na história de uma pessoa são produzidos por causas não-biológicas. O corpo não é sua anatomia nem sua psicologia. O corpo é o entrecruzamento de um organismo a partir da inteligência e do desejo de intersubjetividade que nos caracteriza como humanos.

Às vezes, escuto de psicólogos ou psicopedagogos que estão atendendo a uma criança que recebeu diagnóstico de ADD ou ADHD e toma medicação:

Já sei que há abuso na indicação de medicamentos e sobrediagnósticos inadequados, mas *esta* criança a quem *eu* atendo é um daqueles casos que precisa de Ritalina.

Primeiro tiveram que nos convencer de que “o pensamento é um neurônio e o desejo uma secreção química”, para logo nos deslumbrar, colocando-nos como espectadores ativos somente quando somos compradores.

A Dra. Silvia Bleichmar, em um excelente artigo publicado pelo *Clarín*, lembra:

... As crianças desta época, em sua maioria, não são receptoras de nenhuma esperança, mas somente de uma proposta de sobrevivência que dá conta do desalento e da fadiga histórica que encharca os adultos sob cujos cuidados se encontram....

Criou-se a representação de um ser humano novo, aplainado, andrógeno, sem humor, agoniado pela evitação de suas paixões e de seus sonhos, envergonhado por não poder alcançar o ideal a que se propõe: magro, consumidor,

exitoso e culpado por não poder comprar para seus filhos a felicidade em prestações.

Fukuyama, ideólogo de tal postura, regozija-se com a estupidez própria dos que se crêem donos da verdade:

... Há uma simetria surpreendente entre os efeitos da Ritalina¹ e do Prozac; a Ritalina torna as crianças menos agitadas e, de certo modo, menos crianças; o Prozac, por sua vez, libera as mulheres dos inconvenientes da natureza feminina. Um e outro nos aproximam, imperceptivelmente, de um ser humano andrógono, o qual é também o objetivo das políticas que defendem a igualdade do sexes... (Francis Fukuyama, *El fin de la historia, diez años después*).

Por sua parte, Emiliano Galende diz:

... Nunca como em nossa época o saber dos indivíduos, sua capacidade de pensar e seu fazer criativo haviam sido expropriados a esse nível pelos donos das técnicas e dos conhecimentos especializados...

Os medicamentos psicotrópicos têm por objetivo normalizar os comportamentos e suprimir os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico sem buscar sua significação.

Elisabeth Roudinesco lembra que, quanto mais se promete um “ponto final” ao sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas, mais o sujeito decepcionado volta-se aos tratamentos mágicos.

É assim que os laboratórios (não mais os médicos, os psicólogos, os psicopedagogos) aparecem como os grandes, poderosos, mágicos solucionadores de todos os nossos pesares.

Mundo da exibição, da desmentida. Em épocas anteriores, o método para adormecer o pensar era esconder, mas hoje é exibir e desmentir o que se exibe. Mostrar e dizer que o que se mostrou não existe tal como o vemos. Nascem os fetiches. Agoniza a alegria de pensar, o brincar, o perguntar, presentes em qualquer criança caracterizada pelos “diagnósticos-rótulos”.

A experiência em psicopedagogia clínica permite-me assegurar que a grande maioria das crianças rotuladas como ADD ou ADHD, com uma escuta diferente por parte de seus pais ou professores, pode conseguir aprender criativamente, sem necessidade da dependência de uma droga.

A dificuldade de concentração das crianças deve ser um alerta para seus pais e para os professores, psicólogos e médicos.

Recordemos que a única coisa que a medicação dissimula são os sintomas. Ela acalma os efeitos, permitindo que a perturbação produtora do quadro siga seu caminho, desencadeando conseqüências de maior potência na adolescência.

O SENTIDO É PRODUZIDO PELO ATO DE INTERPRETAÇÃO

A negação ou, pior ainda, o desalojar dos conceitos psicanalíticos e da psicopedagogia clínica traz conseqüências éticas. Como assinala Caroline Eliacheff, dando como exemplo, entre muitos outros, as conclusões de um estudo publicado por Aronson e Rosenblum (1971).

... Pergunta: Os bebês associam uma posição no espaço a um som?

Experiência: As crianças com menos de um mês vêem sua mãe em um lugar quando sua voz provém de outro.

Resultado: As crianças mostram signos de ansiedade, o que prova que associam uma posição no espaço a um som.

Interessante? Talvez. Insignificante? Não, certamente, uma vez que, se nada é definitivo, nada se apaga no desenvolvimento de um ser humano. O observador pretende ser neutro, e o que a criança sentiu no transcurso da experiência não é observável se não for integrado à noção de transferência, coisa que os observadores não fazem; assim, então, não levam em conta as marcas que pode deixar a experiência, não sendo essas marcas o objeto de seu estudo.... (Caroline Eliacheff, 1994)

A mesma autora lembra-nos:

... O efeito de sentido provém sempre da interpretação, daquilo que o olhar registra, a própria interpretação está guiada pelo projeto do investigador...

Elisabeth Roudinesco diz-nos:

... Uma concepção da norma e da patologia que repousa sobre um princípio intangível: cada indivíduo tem o direito e, portanto, o dever de não manifestar mais seu sofrimento, de não se entusiasmar mais pelo menor ideal, a não ser o do pacifismo ou o da moral humanitária...

O QUE DETERMINA O ABUSO DA MEDICAÇÃO?

Responderei dando a palavra à dois psicanalistas:

... É a inexistência do sujeito o que determina não só as prescrições psicofarmacológicas atuais, como também as condutas ligadas ao sofrimento psíquico. Cada paciente é tratado como um ser anônimo pertencente a uma totalidade orgânica. Imerso em uma massa onde cada um é a imagem de um clone, vê-se como prescrever a mesma gama de medicamentos frente a qualquer sintoma...

... O psicotrópico simboliza o triunfo do pragmatismo e do materialismo sobre as confusas elucubrações psicológicas e filosóficas que tentavam delimitar o homem... O psiquiatra francês Édouard Zarifian denunciou os excessos da psicofarmacologia em *Le Prix du bien-être. Psychotopie et société*, Paris, Odile Jacob, 1996...

... A psicofarmacologia converteu-se hoje, para seu pesar, em um estandarte de um tipo de imperialismo. Permite, com efeito, a todos os médicos – e particularmente aos clínicos – abordar da mesma maneira todas as classes de afecções sem que jamais saibamos a que tratamentos respondem. Psicose, neuroses, fobias, melancolias e depressões são assim tratadas pela psicofarmacologia, como tantos outros estados ansiosos consecutivos a lutos, a crises de pânico passageiras ou a um nervosismo externo devido a um ambiente difícil...

... Os pacientes, mesmo submetidos à barbárie da biopolítica, reclamam, cada vez mais, que seus sintomas psíquicos tenham uma causa orgânica...

... Entre o temor à desordem e a valorização de uma competitividade fundada com exclusividade sobre o êxito material, muitos sujeitos preferem entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos. O poder dos medicamentos do espírito é assim o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas seu desejo de liberdade, mas também a idéia mesma de enfrentar a adversidade. O silêncio, então, é preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha... (Roudinesco, 2000)

ADD: CRIANÇAS E JOVENS COM “DÉFICIT ATENCIONAL”: DESATENTOS OU DESATENDIDOS?²

por Jorge Gonçalves da Cruz

Quais eram as perguntas com que o médico iniciava o diálogo entre ele e o enfermo desde os primórdios da clínica médica (Hipócrates) até meados do século XIX? “Diga-me o que tem...” “Explique-me como é a dor...”

Qual é a pergunta que nos últimos 150 anos foi substituindo aquelas? “Onde é a dor?”³

Que lógica há por trás dessa sutil, mas significativa mudança? Que consequências traz para o paciente e para o médico?

A pergunta *onde é a dor?* não inicia, mas conclui o diálogo: a partir da resposta do doente, o médico assume toda responsabilidade do diagnóstico e da terapêutica, ficando como depositário do saber, do único saber que conta a partir de então, pois solicitará estudos por imagens, análises clínicas ... prescreverá outras indicações terapêuticas (dieta, repouso, cirurgia ...). Seu “objeto” não é o doente, mas a enfermidade; a pessoa doente somente intervém como portadora da enfermidade...

De fato, o médico tampouco fala ou intervém por si mesmo, mas, como representante ou funcionário do discurso médico, sua pessoa deve ocultar-se ante a “objetividade científica” de que é garantia. Isso é cada vez mais claro a partir do fato, chamado de “olho clínico”, de que o médico é cada vez mais substituído pela aparelhagem diagnóstica. A relação central e determinante é entre a *instituição médica* (dispositivo de saber-poder) e a *doença*, não entre o médico e o “padecente”.

Por que se impôs tal orientação? Há muitas e boas razões para isso:

- a) Como diz Guardia – citado por Foucault – “a saúde substituiu a salvação”: frente ao declinar da religiosidade, a medicina ocupa o centro da cena como mediador na relação dos homens com a morte: a instituição médica, por um lado, faz presente o que é inevitável, mostramos o rosto da morte; por outro lado, a mediatiza, a conjura, a ritualiza com novos “cerimoniais”, a tecnifica...
- b) A constituição de um saber – neste caso, o saber médico sobre a doença – conduz à aquisição de certo lugar de poder. Deve ficar claro que, quando se fala de “poder da instituição médica”, não se trata de poder adquirido simplesmente por algum procedimento de coerção: é um poder que se origina de um certo saber e é também um poder atribuído, delegado, depositado pelos outros... pelos “doentes”...
- c) Esse poder médico não é monolítico, homogêneo, nem a-histórico. Não é monolítico porque tem “vazios”, “fissuras” pelas quais escapa sempre um “resto”: o que não encontra resposta no saber médico e manifesta-se como mal-estar, seja do lado dos pacientes, seja do lado dos médicos. Tal mal-estar se canalizará em “medicinas alternativas”, em práticas de curanderismo, nos recursos de diversas psicoterapias, nos debates críticos sobre as práticas médicas que ocorrem entre os próprios médicos, etc.

Não é tampouco um poder homogêneo em razão dos debates entre médicos, mas também em razão da instituição médica ir ordenando-se, reordenando e diversificando permanentemente na forma de hierarquias por especialidades, por âmbitos de exercício profissional. E, por fim, não é a-histórico porque não se trata de um sistema fechado, mas aberto às influências do contexto social e do devir histórico: a prática médica fica deslocada entre seus avanços técnicos e a constatação, por exemplo, de que uma inversão de tão-somente US\$ 5,00 anuais por criança reduziria em 50% os níveis de *mortalidade infantil* ao eliminar algumas de suas causas mais freqüentes com o recurso da vacinação, da potabilização da água...

Isso certamente é uma ruptura se consideramos que, neste ano, como em todos os anos, um milhão de crianças morreu na América Latina por desnutrição e enfermidades curáveis (cólera, diarreia, etc.). Esse descaso foi explicita-

do, em 1996, pelo Dr. Jorge Costa e Silva, então diretor da divisão Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, ao afirmar que “a grande ameaça da saúde é a pobreza, não se pode falar dela na miséria” (citado por J.C. Stagnaro em *El niño y el lazo social*, Edic. Atuel).

Porém, afirmar que as práticas médicas não são a-históricas impõe outras considerações: em cada época histórica, a instituição médica “modela” as enfermidades em um complexo processo relacionado à destinação de recursos, à determinação de prioridades e às políticas de controle social que aí também se expressam. Esse processo tem determinações sociais e políticas que extrapolam a própria instituição médica, que acaba submetendo-se e servindo àquelas determinações. Assim, em alguma época, havia “médicos” validando a queima dos epiléticos na fogueira – principalmente as epiléticas – por estarem “possuídas pelo demônio”: essa atitude teria o “efeito de purificar sua alma”. Em outra época, a instituição médica, já consolidada em sua versão moderna, dará fundamentos à asilagem dos “loucos”, à camisa-de-força, ao eletrochoque, à lobotomia e à contenção química. Durante o nazismo, havia médicos “fundamentando cientificamente” os procedimentos de “purificação da raça superior”; em todos os nossos países, eles fizeram parte das “equipes de trabalhadores” nas salas de tortura – desde as comissarias até os centros de detenção clandestina. Trata-se de aberrações isoladas ou de subprodutos da lógica em que se armadilha a instituição médica?

Essa mesma lógica é a que vem determinando um deslocamento do poder médico aos laboratórios medicinais.

Podemos constatar esse deslocamento de diversas maneiras:

- a) Que lugar ocupam – medidos em entradas anuais – os laboratórios de especialidades medicinais entre as grandes indústrias mundiais?
- b) Que porcentagem do gasto anual em saúde é dedicada aos medicamentos e quanto é dedicado à infra-estrutura hospitalar e aos salários de profissionais?
- c) Que procedimentos os laboratórios utilizam para influenciar, controlar, premiar ou castigar os médicos, em função de quais e quantos medicamentos receitam?
- d) Quem “modela” hoje as enfermidades?

Deixo as perguntas *a*, *b*, e *c* para que cada um investigue as cifras (mundiais, nacionais, etc.), mas me detenho nesta última pergunta: hoje as doenças, cada vez mais, modelam-se, definem-se a partir das especialidades químicas, e não ao contrário: são descobertas, ou são criadas sinteticamente novas drogas; são investigados seus possíveis efeitos, determinando-se, assim, sua utilidade potencial e, a partir disso, definem-se doenças, síndromes ou distúrbios para os quais já se possui a droga adequada...

Isso se reflete nas sucessivas modificações da nosografia patológica e psicopatológica tal como se mostra nas diversas versões do DSM⁴ ou nas versões adotadas pela OMS, através das sucessivas edições do CIE (Catálogo Internacional de Enfermidades), o qual está cada vez mais compatibilizado com o primeiro.

O ADD (Transtorno por Déficit de Atenção)

O ADHD (Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade)

Trata-se de um “diagnóstico” que alcançou grande difusão midiática e prática, primeiro nos Estados Unidos e, posteriormente, em nossos países, ainda que em tempos diferentes entre eles: há alguns anos, o “ADD” é muito “popular”, por exemplo, no Chile e no Brasil, mas só em tempos mais recentes vem sendo conhecido na Argentina.

Aparece intimamente ligado à administração de certas medicações (em particular a Ritalina) como terapêutica central para crianças e jovens que manifestam labilidade da atenção, dificuldades para concentrar-se em sua atividade escolar e/ou manifestam estados de inquietude e ansiedade (“não ficam quietos”, “distraem-se”, “passam repentina e repetidamente de uma a outra atividade”, “não concluem o que iniciam ...”). Psicólogos, psicopedagogos, educadores e pais “ouvem falar” e “opinam” cada vez mais sobre esse distúrbio que parece adquirir “caráter epidêmico”.

Um potente aparato propagandístico funciona em torno desse “mal”, de suas “ameaças” e de sua “terapêutica”, o qual se parece bastante, por exemplo, aos sistemas de venda de produtos “Avon” ou “caçarolas Essen”: folhetos de difusão e questionários que chegam aos docentes e aos pais, conversas e reuniões explicativas, clubes de pais de “crianças com ADD” com suas revistas, encontros e relatos “testemunhais”, profissionais que formam “equipes” para “tratar de ADD” e que viajam ao exterior para receber cursos sobre o tema, artigos em periódicos e semanários.

Não vou deter-me em um relatório específico. Apenas convido os profissionais interessados nele a fazer seu próprio inventário e, quando puderem, revisem algumas das mil páginas que na Internet debatem a questão de todos os ângulos. (Na E.Psi.BA, vem-se constituindo uma equipe de investigação que, entre outras atividades, realiza um acervo de material que se encontra disponível para quem deseja consultar.) No momento, quero revisar o capítulo correspondente do DSM IV (versão em castelhano, Ed. Masson, p. 82-89).

No referido Primeiro Capítulo, propõe-se as “*Características diagnósticas*”: trata-se de um inventário descritivo referente à distratibilidade, impulsividade, manifestações de inquietude, etc. Há uma distinção entre os casos de distratibilidade (déficit de atenção) “com ou sem hiperatividade”.

Após, aborda-se os *Transtornos mentais associados*: é oferecida uma extensa e heterogênea lista, sem nenhuma análise: o ADD ou ADHD associa-se à “baixa tolerância à frustração, aos arrebatamentos emocionais, à obstinação, à insistência na satisfação de seus pedidos, à labilidade emocional, à disforia, à baixa auto-estima, ao rechaço por parte dos companheiros”. Às vezes, “transtornos negativistas” ou “transtornos de aprendizagem” ou de “ansiedade” ou da “comunicação”... Às vezes, coexiste com uma “história infantil de maus-tratos, ou abandono, ou adoção de exposição à neurotóxicos ou infecções (encefalite) ou exposição *in utero* a fármacos, ou retardo mental, ou baixo peso ao nascer...” Outra vez, uma longa lista e nenhuma hipótese explicativa.

Depois são abordados os *Achados de laboratório*. Aqui seria esperado encontrar alguns argumentos surgidos da investigação experimental. Porém, para desgosto dos leitores, somente nos dizem que *não* há provas de laboratório que tenham sido estabelecidas com valor diagnóstico na avaliação clínica do ADHD... e tampouco se estabeleceu que o déficit cognitivo faz com que, em *alguns* casos, aqueles que “sofrem ADHD” tenham rendimentos inferiores em *alguns* itens de textos mentais.

Superada nossa frustração, podemos ir ao conjunto seguinte, intitulado *Achados da exploração física e enfermidades médicas associadas*: já não nos surpreende que nos digam que “não existem características específicas associadas ao transtorno”.

Passamos, então, aos *Sintomas dependentes da cultura, da idade e do sexo*: O que nos dizem? Que é certo que em alguns países se diagnostica mais população com ADD e em outros menos, em algumas idades mais e em outras menos, mas não se sabe se é por uma diferença na distribuição de ADD ou por diferenças nos métodos diagnósticos.

Qual é o curso da enfermidade? Dizem-nos que desde pequenos é observada sua inquietude e mobilidade... mas nem todos os inquietos e instáveis convertem-se em ADHD. Além disso, há quem “sofre ADD” sem hiperatividade e, então, não são inquietos nem instáveis... “ponto”.

E o padrão familiar? Somente nos dizem que, se os pais ou outros vínculos próximos têm características de ADD, é mais provável que as crianças sofram ADD.

E o Diagnóstico diferencial? O conceito mais proveitoso diz que o ADHD não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por algum outro transtorno mental, ou seja, que seria um “diagnóstico por descarte”.

Isso é tudo que se pode extrair do DSM IV.

Conclusão: A única certeza é a de que se indica o tratamento medicamentoso (e mais outros auxiliares) para crianças e jovens diagnosticados como “portadores de ADD e ADHD”, mas não foram detectadas alterações orgânicas específicas, não há provas específicas de diagnóstico clínico, não há estudos “epidemiológicos” diferenciais (por país, sexo, idade...) que sejam confiáveis,

não há padrão familiar identificado, não há uma história infantil “específica”, não há alterações intelectuais identificadas... e o diagnóstico é descartado se outro diagnóstico “aplica-se melhor” ao indivíduo em questão...

As crianças e os jovens medicados com Ritalina *são curados* ou *são contidos quimicamente*? As dificuldades para *concentrar-se, prestar atenção, ficar quietinho* indicam um déficit na atenção em quem? E essas crianças e jovens, quem deveria poder escutá-los, *dar-lhes atenção*: pais, terapeutas, educadores, professores?

Não será que essas crianças e esses jovens nos falam, com seus gestos, de uma sociedade, de algumas instituições de saúde, de algumas escolas e de algumas famílias que sofrem de um grave *transtorno por déficit atencional* para suas crianças, seus anciãos, seus jovens, seus adultos?

Não será necessário atendê-los e atender-nos em lugar de medicá-los e medicar-nos?

Como decidir em que casos pode ser *útil* ou *conveniente* a medicação se não há comprovações neurológicas, nem experimentais, nem clínicas, nem estatísticas, nem epidemiológicas?

Com isso, o que há é uma determinada medicação vendida em dezenas de países para milhões de pessoas, cujo consumo cresce geometricamente.

PRESTAR OU “PAGAR” ATENÇÃO?

O que é que “se paga” quando “se presta” atenção? Quem paga e por que deveria pagar alguma coisa? O aluno está em dívida quando o professor pede “pay (paguem) attention, please”? Quando o professor não fala inglês, mas português, pede “prestem atenção” (como *prestar* ou *render* contas); em castelhano se diz “presten atención” (ou seja, *emprestem* atenção).

O espanhol coloca o verbo *prestar* (entregar transitoriamente algo a alguém que deverá ser devolvido) diante da palavra atenção. Provavelmente, seria necessário *atender* ao modo espanhol de pedir atenção. A atenção que o aluno dá, de fato, ele somente a empresta, é dele e a ele deve ser devolvida.

O que é que se empresta quando se presta atenção? Tem de pagar quando se presta atenção? Quem paga, o que paga e a quem paga? Estou formulando a mim cinco perguntas, todas elas necessárias quando a queixa “não presta atenção” recai sobre uma criança ou sobre um adolescente. Refletir sobre tais questões hoje se faz imprescindível.

A obrigação de *prestar atenção ao professor* (junto com “ficar quieto”) tem sido sempre colocada pela escola tradicional como um dos deveres principais do aluno. Os alunos que não respondiam a esses dois sagrados deveres em geral não conseguiam permanecer na escola. Bom aluno (quieto e atento) confundia-se com bom aprendiz.

Na atualidade, graças ao trabalho construtivo de muitos pedagogos, houve avanços e, a partir de então, questiona-se o que é um *bom aluno*. Portanto, os

professores conseguem associar a possibilidade de aprender de seus alunos ao juízo crítico mais do que à repetição e à memória. Sem dúvida, creio que essa mudança somente se dá em um plano teórico conceitual.

Hoje também mudaram as técnicas pedagógicas. Alguns professores, psicopedagogos e médicos trocaram um pensamento pior por um melhor, mas não modificaram os modos de pensar(se) desses / nesses profissionais, nem a atitude ante a problemática do que é aprender, nem o que pode avaliar-se como saúde ou patologia nos processos de aprendizagem. Alguns educadores e alguns professores estão conseguindo, em certa medida, ensinar com propostas pedagógicas que promovem o questionamento e o juízo crítico. Sem dúvida, essa mudança não foi acompanhada por um questionamento mais profundo, não somente pedagógico, mas psico, sócio, histórico-pedagógico. Por exemplo, não se reformulou ainda o conceito de *atenção* nem o de *inquietação*.

Proponho algumas questões:

- O que é a atenção? O que é concentrar-se? No que deve concentrar-se quem aprende: em si mesmo, em quem ensina ou no objeto de conhecimento? A atenção não suporia uma certa descentração? Como se presta atenção?
- Que papel desempenha a atenção na aprendizagem? Para aprender é preciso desatender ao contexto, em um aprender desencarnado da situação?

Para aprender a “estar no mundo”, atualmente, precisa-se do mesmo *tipo de atenção* que há 15 anos?

A telemática, com a mudança que introduziu nos modos de representação de tempo e espaço, não estará propondo outro tipo de atenção, uma atenção diferente?

As crianças e os adolescentes de hoje que não conseguem *prestar atenção* não estarão sofrendo por excesso e não por falta (de unidirecionalidade da atenção)?

Por outro lado, necessitamos questionar-nos sobre o que chamo de *ética do êxito*, a qual invade não somente nossas escolas, mas também nosso modo de pensar e significar, priorizando o resultado sem atender ao processo. Sem atender ao processo perde-se o autor e a autoria.

Hoje se mantém inamovível o conceito condutista de atenção, embora muitos tenham conseguido questionar o modo condutista de pensar a inteligência e os processos de aprendizagem.

O poder médico hegemônico tem a tendência de formular como patologias medicáveis os indicadores de inquietação. Ao contrário, necessitamos lê-los como sinais de alerta, e as crianças são os primeiros a emitir aquilo que deve ser decodificado como perguntas. A pedagogia e a psicopedagogia em

relação às supostas patologias da atenção não têm conseguido utilizar seus saberes, submetendo-se a um suposto saber médico, freqüentemente submetido aos interesses econômicos dos grandes laboratórios.

Um menino de oito anos levado para consulta por suposta ADD, quando solicitado a desenhar uma pessoa aprendendo (S.P.A.) realiza a seguinte produção:⁵

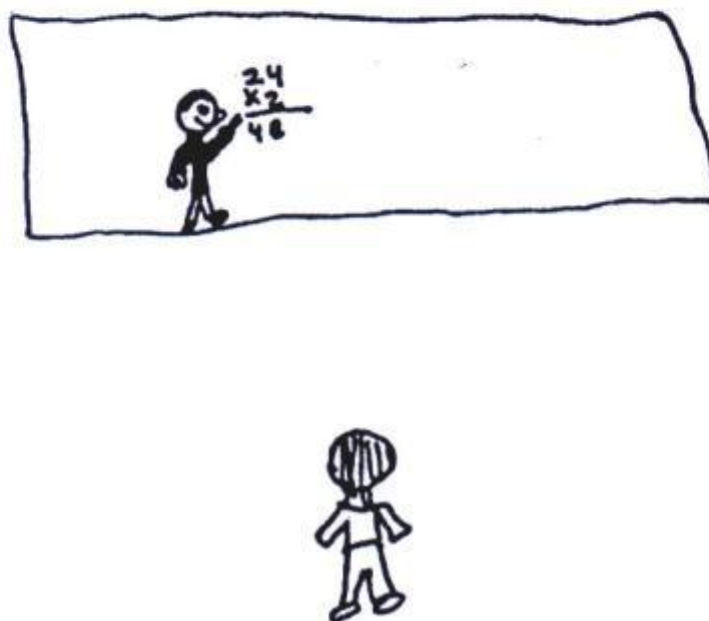


Figura 16.1

Transcreverei alguns fragmentos do diálogo entre a psicopedagoga e o menino:

Pp.: É fácil aprender?

Menino: Se presta atenção, é fácil.

Pp.: Ao menino do desenho foi fácil aprender?

Menino: Não.

Pp.: Ele quer aprender?

Menino: Não quer aprender, porque a única coisa que ele queria era ser elogiado e que a mamãe o felicitasse.

(...)

As palavras do menino são suficientemente claras para mostrar sobre o que deve ser depositada a atenção: na ética do êxito, deixando o aluno descentrado, desconcertado, desconcentrado da riqueza do aprender.

Além disso, o desenho impõe-nos a pergunta: em quem se prestaria atenção se o professor está dentro do quadro, indiscriminado do objeto de conhecimento? O objeto de conhecimento e o professor superpõem-se, e ao aluno pede-se que preste atenção, sem facilitar a relação (com a diferenciação que implica) ensinante-aprendente intermediada pela construção de conhecimento.

Com o material do menino deixamos abertas as questões a e b, passamos para questão c.

ATENÇÃO FLUTUANTE

... Nos conselhos ao médico sobre o tratamento psicanalítico é sugerido como guardar na memória os inumeráveis nomes, datas, detalhes da lembrança, ocorrências e produções patológicas que se apresentam durante a cura, e como não confundi-los com um material parecido oriundo de outros pacientes anteriores ou ao mesmo tempo (...) a façanha mnêmica que obterá, supõe-se, despertará nos estranhos incredulidade, assombro e até comiseração. (...) Ter-se-á curiosidade por conhecer a técnica que permite semelhante exuberância. (...) Sem dúvida, é uma técnica muito simples. Desautoriza todo recurso auxiliar, mesmo o de tomar notas, conforme veremos, consiste meramente em não querer fixar-se em nada em particular e em prestar a tudo ao que ouve a mesma *atenção livremente flutuante* (...) A regra (...) pode formular-se assim: Deve-se afastar qualquer ingerência consciente sobre sua capacidade de fixar-se e abandonar-se às suas *memórias inconscientes*...” (S. Freud, 1979)

A *atenção* que hoje demanda a *aprendizagem de estar vivo* não estará mais próxima do que Freud chamou *atenção flutuante*? Atender de modo simultâneo a várias situações. Anteriormente, *atenção* era *concentração*. Hoje, *atenção* aproxima-se da *descentração*, da *dispersão criativa*, de reconhecer-se autor, de confiar nas possibilidades de criar o que já está mais próximo de brincar do que do trabalho alienado, como diria Winnicott.

Quando o trabalho é mecânico, não é preciso prestar demasiada atenção. Um menino, “por não prestar atenção”, escreveu “cabeu” em lugar de “coube”; o professor manda-lhe escrever 100 vezes “não se diz ‘cabeu’, e sim ‘coube’”; o menino realiza a tarefa escolar com a maior atenção, dedicação e detalhamento e, ao entregá-la a seu professor, ele pergunta “por que você escreveu 99 vezes ‘não se diz cabeu e sim coube’ e não 100 como lhe mandei?” E o menino timidamente responde: “Perdão professor, é que não me cabeu na folha”.

Três questões que mudaram supõem a necessidade de uma atenção diferente:

1. Os modos de representação de tempo e espaço mudaram, na atualidade, graças à telemática,⁶ impondo uma miniaturização e vertiginosidade que exigem a atenção aberta à simultaneidade.
2. A estética de videoclipe, segundo a denominação de Jorge Gonçalves, também introduz uma atenção volátil.
3. As exigências do mercado de trabalho impuseram o que se chama “feminização do trabalho”. Cada vez menos se dispõe de uma só fonte de renda. Quem tem trabalho, cada vez trabalha mais em fragmentos ocupacionais diversos e simultâneos, os quais exigem também um tipo de atenção “dispersável”. Parecida à da mulher: dona de casa, mãe e trabalhadora, que está acostumada a atender ao filho, ao telefone, à comida, às tarefas, à televisão e, simultaneamente, a preparar a aula que deve dar no dia seguinte.

Além disso, podemos observar como estudam os adolescentes que aprendem. Simultaneamente lêem, escrevem, ouvem rádio, riem, contam coisas, falam por telefone, tomam chá e até preparam uma torta. Nada parecido ao modelo de atenção unidirecional; esses adolescentes que aprendem são os mesmos que estão atentos ao mundo, sofrem com as guerras e os problemas econômicos, questionam, criticam e até estão atentos às tramas do último capítulo da série televisiva. O contexto é texto a partir do qual se atende.

Necessitamos refletir sobre tais questões para fazer uma mudança em nossos *modos de pensar*. Até agora somente mudamos (porém, pensando no mesmo lugar em que estávamos) muitos temas que fazem o aprender. Hoje é imprescindível, e creio que se transformou em uma questão ética do psicopedagogo, abrir o espaço de pergunta sobre o que se diz quando afirmam que um/a menino/a não presta atenção e o que se diz quando afirmam que uma criança é hiperativa? Que efeito terá sobre os pais da criança a descrição do professor? Que desencadeamento de circunstâncias suscitará? Como tal queixa entrará no mercado consumista? Ajudará a pensar, ou o professor, sem saber, estará destinando mais uma criança ao consumo de “Ritalina”? De que se queixa o professor? O que esperam os pais dos seus filhos? Que atenção falta?

Atenção vem do verbo atender; atender é cuidar.

Trata-se de uma questão ética do psicopedagogo, pois aquilo que antes era uma descrição (52% das mães nos Estados Unidos, em 1952, consideravam seus filhos hiperativos e distraídos), hoje se transformou em um rótulo que designa uma patologia e que desatenta/descuidadamente recebe medicação. Seis milhões e meio de crianças nos Estados Unidos tomam Ritalina merecem não só um alerta (já realizado pela própria OMS), mas também um questionamento de nossos modos de pensar.

Em várias escolas de Buenos Aires, Santiago do Chile, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, 4 de cada 20 crianças com diagnóstico de ADD estão

falando da necessidade de definir o diagnóstico, de ser mais explícitos ou mais interdisciplinários. Isso coloca em primeiro plano duas questões: uma ética e outra de revisão de nossos modos de pensar. Como explicar que tantos profissionais aceitem uma grosseira descrição de características no aprendente como uma síndrome, genericamente “medicalizado”? Junto com a demanda de atenção vem a de quietude.

Qual é o parâmetro de *atividade* para designar uma criança como hiperativa? O que a escola demanda, normalmente, é hipoatividade; toda atividade será considerada hiperatividade.

Excluída do espaço de aprendizagem, segregada, “secretada”, fica em segredo ainda a possibilidade de pensar e promover outros tipos de atividade e atenção mais adequadas com as aprendizagens que este novo milênio está propondo.

Aprendemos de quem recebe o caráter de ensinante. Aprendemos quando podemos confiar (nos outros, em nós e no espaço). Aprendemos com quem nos escuta. Aprendemos se nos escutamos. Aprendemos quando o ensinante nos reconhece (nos vê como pensantes).

Os que hoje aprendem com o valor subjetivante que tem a aprendizagem não precisam esquecer o sofrimento próprio e o sofrimento alheio *para dedicar-se ao prazer de estudar*. Somente podemos fechar os olhos ao que é exterior, quando também os fechamos para o que é interior. A criatividade surge do contato e da elaboração da angústia.

Hoje, mais do que nunca, os laços de solidariedade, a presença do grupo, da equipe de trabalho, do amigo, é que permitem nutrir a necessidade de permanência que acompanha a mudança.

Com o avanço da tecnologia, mais do que nunca, a presença da poesia alimenta a autoria.