

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

MARIA ALICE CASTELLO DE ANDRADE

CUIDADOS E DESCUIDOS NA ATENÇÃO A
“DESATENTOS”: REFLEXÕES A PARTIR DA
CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2014

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

MARIA ALICE CASTELLO DE ANDRADE

CUIDADOS E DESCUIDOS NA ATENÇÃO A
“DESATENTOS”: REFLEXÕES A PARTIR DA
CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Luís Claudio Mendonça Figueiredo.

SÃO PAULO

2014

Banca Examinadora:

*Para Daniel, Nathalie e Giovanna
com amor e gratidão*

Agradecimentos

Ao meu orientador, professor Luís Claudio M. Figueiredo, exemplo de excelência e ética no cuidar, pelo acolhimento e sustentação, pelo saber compartilhado;

Ao professor Gilberto Safra, pela admissão no Programa de Mestrado da PUC-SP, pelas primeiras orientações e o saber compartilhado;

Aos demais professores do Programa de Mestrado, pelas grandes contribuições;

À estimada professora Anete M. B. Fernandes, pelo acolhimento, reconhecimento e inúmeras contribuições no meu caminhar na psicopedagogia, pelas oportunidades de trabalho, pela valiosa participação na banca de mestrado;

Às colegas psicopedagogas do espaço de supervisão de diagnóstico e formação continuada coordenado da professora Anete, bem como a todas aprendizes da psicopedagogia que supervisionei, pelas trocas e ricas contribuições;

À professora Sonia Maria B. A. Parente, pelo saber compartilhado em publicações e pronunciamentos, pela valiosa participação na banca de mestrado;

À psicanalista Marcia Gimenes, cuidadora sensível e ética, pelo imprescindível suporte a esta construção e pelas incontáveis contribuições ao meu caminhar;

À psicanalista e amiga Silvia Rodrigues, pela parceria profícua em vários atendimentos;

À querida colega Cláudia Antonelli, pela presença de amizade e acolhimento no percurso do mestrado, pela oportunidade de expor parte deste trabalho aos seus alunos do CEFAS Campinas;

A todos os demais colegas do mestrado, em especial a Dan Josua, Maria Claudia Gomes Julien, Maria Fernanda Gurian, Maria Inês Rodriguez e Maria Zilda Soares, pelas ricas contribuições na elaboração conjunta de um seminário sobre desatenção e, ainda, a Ana Barini, Telma Ferraracio, Claudia Perrotta, Sonia Makaron, Helena Daquanno Testi, Altieres E. Frei, Eduardo de Almeida Prado, Oswaldo Duek, Denise Disaró e Juliana Devito, pela amizade e trocas durante o percurso;

Aos queridos amigos e amigas de diferentes épocas, contraponto e porto seguro essenciais, pelos cuidados compartilhados e as contribuições diretas ou indiretas a esta pesquisa;

Aos meus queridos pais, irmãos e demais parentes, pelo amor, a dedicação e os cuidados possíveis compartilhados, decisivos para esta realização;

Aos queridos marido, filhas e genro, Daniel, Giovanna, Nathalie e Thiago, pelo amor, respeito e cuidados compartilhados, pela compreensão e paciência no período de elaboração deste trabalho;

Às crianças, aos adolescentes, às famílias, aos educadores e demais cuidadores que me inspiraram nesta jornada, pela inestimável oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

Cuidados e descuidos na atenção a “desatentos”: reflexões a partir da clínica psicopedagógica

Maria Alice Castello de Andrade

O presente estudo advém de ampla prática clínica psicopedagógica junto a supostos desatentos – alguns diagnosticados com TDAH, vários “pré-diagnosticados” nas próprias escolas – e impôs-se face a reiteradas evidências de que, já nas primeiras sessões, demonstram capacidade preservada de sustentar atenção; de que falhas ambientais passadas e/ou presentes sobressaem-se em suas trajetórias de vida; de que, mediante processo terapêutico implicado na atenção simultânea a esses indivíduos e à realidade externa que os circunda, muitos (re)assumem o percurso escolar com crescente autonomia. A pesquisa parte, assim, de uma suposição geral de que a falta de atenção do ambiente às reais condições e necessidades dessas crianças relaciona-se à origem e/ou à manutenção do quadro clínico da desatenção, e volta-se para as diferentes instâncias de cuidados com elas compromissadas – pais, escola, médicos, psicopedagogos, professores, etc. –, no intuito de fomentar reflexões em torno da qualidade do cuidar compartilhado e eventuais reposicionamentos. O percurso investigativo tem início com a alusão à problemática contemporânea da proliferação e banalização dos diagnósticos de TDAH – as diferentes perspectivas de apreensão do quadro, os debates e polêmicas presentes, os fatores socioculturais intervenientes – e, em seguida, com esclarecimentos relativos ao campo da psicopedagogia, seus fundamentos e contribuições para a reflexão em pauta. A *Teoria Geral dos Cuidados*, de Luís Claudio Figueiredo, é então evocada como eixo norteador da discussão em torno dos achados clínicos com “desatentos” – mediante apresentação e análise de um caso clínico ilustrativo –, a partir da qual pretende-se não apenas assinalar a relevância da discriminação de aspectos insalubres do cuidar na trajetória de vida dos supostos desatentos, mas também enfatizar os condicionantes do cuidar ético requerido, de maneira que este possa ser (re)estabelecido num enfrentamento coordenado da problemática.

PALAVRAS-CHAVE: desatenção; cuidados; aprendizagem; escola; TDAH.

ABSTRACT

Care and carelessness when looking after the “unfocused”: reflections based on the psychopedagogical clinic

Maria Alice Castello de Andrade

This study derives from a broad psychopedagogical clinical practice along with the supposed unfocused – some diagnosed with ADHD, many “pre-diagnosed” by their own schools – which was imposed driven by repeated evidences, that already in the first sessions demonstrate preserved ability to remain focused; that past and/or current environmental flaws stand out in their life journeys; that in face of a therapeutic process committed to the simultaneous attention to these individuals and the outside reality around them, many (re)assume the educational path autonomously. The research goes back to the general assumption that the lack of attention to the real conditions and needs of these children is related to the cause and/or the maintenance of the clinical condition of inattention, which remotes to the different instances of caring – parents, school, doctors, psychopedagogues, etc. – in order to instigate reflections around the quality of shared caring and eventual repositioning. The investigative course begins with reference to the contemporary problematic of proliferation and trivialization of the ADHD diagnosis – the different ways of comprehending a clinical condition, the debating and controversy, the involved sociocultural factors – followed by clarifications related to the psychopedagogy field, its elements and contributions to the reflection in question. The *General Caring Theory* by Luís Claudio Figueiredo is then evoked as a guiding axis to the discussion around the clinical findings of the “unfocused” – upon presentation and analysis of an exemplifying clinical case – from which it is intended not only to point out the relevance of discriminating unhealthy aspects of caring throughout the life path of the supposed unfocused, but also to highlight the factors which stipulate conditions for the required ethical caring, so that it can be (re)established by coordinately confronting the problematic.

KEY WORDS: inattention; care; learning; school; ADHD.

“La rayuela se juega con una piedrita que hay que empujar con la punta del zapato. Ingredientes: una acera, una piedrita, un zapato, y un bello dibujo con tiza, preferentemente de colores. En lo alto está el Cielo, abajo está la Tierra, es muy difícil llegar con la piedrita al Cielo, casi siempre se calcula mal y la piedra sale del dibujo. Poco a poco, sin embargo, se va adquiriendo la habilidad necesaria para salvar las diferentes casillas (rayuela caracol, rayuela rectangular, rayuela de fantasía, poco usada) y un día se aprende a salir de la Tierra y remontar la piedrita hasta el Cielo, hasta entrar en el Cielo; lo malo es que justamente a esa altura, cuando casi nadie ha aprendido a remontar la piedrita hasta el Cielo, se acaba de golpe la infancia y se cae en las novelas, en la angustia al divino cohete, en la especulación de otro Cielo al que también hay que aprender a llegar. Y porque se ha salido de la infancia se olvida que para llegar al Cielo se necesitan, como ingredientes, una piedrita y la punta de un zapato.”

Rayuela, Julio Cortázar



*“Uma única certeza
demora em mim:
o que em nós já foi menino
não envelhecerá nunca.”*

Do poema “Declaração de bens”, in: *Tradutor de chuvas*, Mia Couto

SUMÁRIO

Introdução	11
I – Discussões preliminares em torno do fenômeno da desatenção	20
1. Diferentes concepções de atenção e de diagnóstico: a perspectiva psiquiátrica e a psicanalítica	20
2. Contexto sociocultural e proliferação de TDAH	31
II – Psicopedagogia e desatenção	39
1. Especificidades e fundamentos da clínica psicopedagógica	39
2. Diagnóstico psicopedagógico e supostos desatentos: a escuta clínica e o lugar das queixas e diagnósticos pregressos	53
III – A Teoria Geral dos Cuidados de Figueiredo	60
1. Cuidado e dimensão ética do cuidar	61
2. Dimensões do cuidado como presença implicada	62
a. Sustentar e conter	63
b. Reconhecer	64
c. Interpelar e reclamar	65
3. Exageros da implicação	66
4. Objeto transformacional e cuidados	66
5. Implicação e reserva no exercício do cuidar	68
6. Capacidades cuidadoras: origem, exercício e transmissão	70
7. Usos patológicos das atividades do cuidar e sublimação	72
8. Mutualidade dos cuidados e “justos compartilhamentos”	73
9. Cuidados e sustentação de saúde	76
10. Da indissociabilidade entre cuidados e saúde: observações finais	80
IV – Atenção a ‘desatentos’ à luz da Teoria Geral dos Cuidados: estudo de caso	83
Considerações finais	102
Referências Bibliográficas	106
Anexos	111

Introdução

O tema que me conduziu a esta pesquisa de mestrado – a teia de relações que enreda escolas e alunos com suposto déficit de atenção – é controverso e mobilizador de posicionamentos e condutas divergentes, tanto de profissionais das áreas de saúde e educação, quanto de familiares de crianças sobre as quais se levanta tal suspeita diagnóstica. Sua constituição enquanto campo de investigação pessoal vem se delineando e se impondo há mais de uma década de vivências na área da psicopedagogia, e parte das minhas constatações e inquietações frente à problemática da desatenção, a qual, reiteradamente, tem atravessado esse percurso.

À época que iniciei a especialização em psicopedagogia, a questão do fracasso escolar, do descompasso entre ensino e aprendizagem no processo de escolarização formal, consistia minha preocupação central. A trajetória até então percorrida junto a crianças, adolescentes e adultos com histórico de insucesso na escola sinalizava-me a insuficiência do trabalho pedagógico como via de resolução de alguns impasses enfrentados.

Naquele momento, a queixa acerca da falta de atenção em sala de aula, tanto por parte de escolas quanto de pais ou dos próprios sujeitos envolvidos, já se mostrava frequente, mas chegava a mim referida apenas como uma das vicissitudes presentes em determinado quadro.

Ao longo dos últimos dez anos, porém, na clínica psicopedagógica, tenho me deparado com um importante deslocamento na compreensão e no encaminhamento desses casos: sobressai-se, a cada dia mais, uma tendência a associar o comportamento desatento de crianças e adolescentes à presença de um distúrbio de atenção – o TDAH¹ –, o qual determinaria e explicaria, de antemão, seus percalços na aprendizagem. Assim, fatores históricos e contextuais do percurso escolar e da própria vida dos sujeitos em questão, antes relevantes para análise e enfrentamento dessas situações, passam a ser praticamente ignorados diante de aspectos comportamentais que seriam signos inquestionáveis de uma disfunção cerebral.

¹ Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Segundo a ABDA, Associação Brasileira de Déficit de Atenção, trata-se de um transtorno neurológico de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida, e que se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Disponível em: <www.abda.org.br>

Concordo com Lima (2005), quando se refere à contemporaneidade como um panorama sociocultural cada vez mais marcado pela propensão a redescrever uma série de condutas, afetos e mal-estares humanos a partir de parâmetros orgânicos, e por certo menosprezo à diversidade de abordagens outrora presente – aspectos que, considera ele, têm favorecido a popularização e disseminação do TDAH:

Hoje, explicações psicológicas, sociológicas, pedagógicas ou oriundas da moral leiga são dispensadas como equivocadas e “anticientíficas”, sendo substituídas, especialmente, por outras que localizam no corpo as razões e os dissabores experimentados na vida. (...) Se, a princípio, seu conhecimento [do TDAH] era restrito a setores da comunidade psiquiátrica, essa entidade passou, especialmente a partir dos anos 90, a influenciar o raciocínio clínico de outros especialistas e a fazer parte do cotidiano de professores, pais e outros adultos. Crianças anteriormente tidas como “peraltas”, “mal-educadas”, “indisciplinadas” ou “desmotivadas”, e adultos que se consideravam “desorganizados” e “irresponsáveis”, começam a ser tomados como acometidos por uma disfunção nos circuitos cerebrais, possivelmente de origem genética, que provoca uma deficiência ou inconstância na atenção e um excesso de ação. Paulatinamente, a experiência de si e a identidade pessoal passam a ser contaminadas pelo reconhecimento, nos critérios diagnósticos do transtorno, de novas leituras para antigas dificuldades pessoais. (Ibid., pp. 13-14)

De fato, a proliferação dos diagnósticos de TDAH a que assistimos na atualidade é alarmante. Dados referentes à venda de metilfenidato² no Brasil, divulgados em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos³, já apontavam um acréscimo de 1.515% num período de 8 anos: de 71.000 caixas vendidas em 2000 para 1.147.000 caixas em 2008. Computados os dados relativos ao ano de 2009, o Brasil atingia a cifra de 2 milhões de caixas vendidas, posicionando-se como segundo maior consumidor mundial de Ritalina, atrás apenas dos Estados Unidos. Segundo os psiquiatras Rohde e Mattos (2003), presidentes do Conselho Científico da ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção, o TDAH é o distúrbio psiquiátrico mais comum entre crianças em idade escolar e a principal causa de encaminhamento de crianças a especialistas.

² Princípio ativo da Ritalina e do Concerta, principais medicamentos prescritos nesses casos.

³ Disponíveis em <<http://www.idum.org.br/noticia53.html>>.

Cabem aqui algumas considerações preliminares, com vistas apenas a delinear o panorama que demandou este estudo, uma vez que, em si, não constituem foco de meu interesse.

Em primeiro lugar, faz-se necessário mencionar que persistem controvérsias acerca da própria descrição do transtorno e dos critérios utilizados para seu diagnóstico, mesmo entre colegas da psiquiatria. Note-se ainda que, entre tais critérios, o questionário padronizado para a detecção do transtorno, denominado Snap IV⁴, amplamente divulgado pela mídia, vem se revelando um importante instrumento de banalização e propagação desses diagnósticos, na medida em que favorece o reconhecimento de um distúrbio psiquiátrico por leigos, a partir de traços comportamentais muito comuns na infância.

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se ao patrocínio concedido por laboratórios farmacêuticos a pesquisas, eventos acadêmicos e *sites* de divulgação relacionados ao transtorno em questão, como o da própria Associação Brasileira de Déficit de Atenção – patrocinado, entre outras entidades, pelas multinacionais Janssen, Novartis e Shire –, ou ainda o do programa de atualização em TDAH “Atenção Professor”, voltado a professores, desenvolvido entre 2010 e 2011 pelo laboratório Novartis em parceria com a ABDA, com intuito declarado de “*ajudar educadores a conhecer e a lidar melhor com o assunto*”⁵.

O psiquiatra infantil Rossano Cabral Lima, mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, em referência ao movimento de setores da sociedade em busca desses diagnósticos e da supressão dos sintomas pelo uso do metilfenidato, observa que:

Tem se instalado uma indiferenciação entre os usos terapêutico e cosmético da Ritalina, na lacuna produzida pelas incertas fronteiras entre o transtorno bem definido, suas formas “subclínicas” e seus “traços” presentes nos normais. O transtorno se alimenta dessa indeterminação, pois dela depende o crescente reconhecimento, pelas pessoas, de seus traços de comportamento – ou das condutas dos

⁴ Utilizado na etapa inicial do diagnóstico de TDAH, elenca os 18 sintomas compilados no *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Diseases* - DSM IV, da American Psychiatric Association. Versão para impressão e preenchimento por familiares e professores encontra-se disponível no site da ABDA: <www.tdah.org.br> – documento apresentado no “Anexo I” deste trabalho (pp. 111-113).

⁵ Disponível em <<http://www.atencaoprofessor.com.br>>.

filhos – nas descrições oferecidas pelo DSM ou suas versões “para leigos” divulgadas na mídia. A despeito das tentativas de aperfeiçoamento de critérios objetivos para a caracterização do TDA/H e sua diferenciação de outros estados, a confusão entre a desatenção “normal”, a supostamente “reativa”, estados de devaneio criativo e a patologia psiquiátrica também persiste porque a entidade já circula de modo semiautônomo nas cabeças dos professores, nas revistas e cadernos de saúde, na literatura de “autoajuda” e no vocabulário cotidiano de pais. Quando essas instâncias, especialmente a escola, avalizam rapidamente o diagnóstico e pressionam pelo uso da medicação, é quase inevitável a inclusão da criança no “admirável mundo” do TDA/H. (2004, p. 4)

Alicia Fernández, psicopedagoga argentina que, com a colaboração de pesquisadores de 50 países, dedica-se ao estudo do fenômeno há mais de quinze anos, acrescenta que:

As ideias que vão se impondo no imaginário social para explicar os motivos pelos quais um aluno fracassa na escola mudaram rapidamente de sentido na última década, *pari passu* às transformações nos modos de subjetivação/desubjetivação predominantes. Assim, substitui-se a hipótese “não aprende porque é imaturo, ou por falta de inteligência” pelo suposto “não aprende porque é desatento e/ou hiperativo”. Crianças e jovens chegam à consulta praticamente “diagnosticados” e, até mesmo, quase medicados pela família, a escola e a mídia. (2009, p. 4 – tradução livre⁶)

Delineia-se assim um contexto medicalizante que acaba por envolver a quase totalidade das instituições escolares na propagação desses diagnósticos, uma vez que tem sido nesse ambiente, no cotidiano das relações pedagógicas, que o comportamento desatento vem sendo identificado como responsável pelo insucesso de alunos, e a suspeita do distúrbio, originada.

⁶ Trecho original: “Las ideas que en el imaginario social se van imponiendo para explicar los motivos por los que un alumno fracasa en la escuela, han cambiado velozmente de signo en las últimas dos décadas, al compás de los cambios en los modos de subjetivación/desubjetivación imperantes. Se substituyó el supuesto: ‘no aprende porque es inmaduro o por falta de inteligencia’, por el supuesto ‘no aprende porque es desatento y/o hiperactivo’. Niños y jóvenes llegan a la consulta ya casi ‘diagnosticados’ y a veces, hasta casi medicados por la familia, la escuela y los medios.”

A sequência de acontecimentos que, via de regra, configura-se a seguir em torno dos supostos desatentos complementa o panorama inquietante: a circulação da suspeita de TDAH no espaço escolar e sua comunicação à família frequentemente dão origem a dinâmicas estigmatizantes; a localização do problema na criança favorece a desresponsabilização e o descomprometimento de familiares e educadores, que muitas vezes passam a não questionar e até desconsiderar sua participação na instalação e ou manutenção do quadro; não raro a hipótese se transforma em diagnóstico e a criança passa a ser medicada com psicofármaco de uso controlado, ao qual se associa extensa lista de efeitos colaterais; os conflitos, silenciados, permanecem como pano de fundo no percurso da criança e tendem a fazer-se notar em novos sintomas: não raro configuram-se comorbidades⁷; o “incômodo” artificialmente controlado faz com que aspectos insalubres do ambiente escolar e familiar em que o indivíduo se desenvolve se perpetuem, evidenciando-se, assim, falhas éticas no cuidar e seus desdobramentos.

Tal percepção acerca da trama que frequentemente enreda essas crianças é indissociável da minha trajetória acadêmica, profissional e de vida, mas envolve construções que só foram viabilizadas a partir da demanda clínica. O desafio recorrente de cuidar de crianças consideradas desatentas, as quais, logo de início, ofereciam-me mostras de sua capacidade de manter atenção focada, lançou-me numa série de vivências – sem encadeamento linear ou lógico, mas em constante atenção ao sofrimento humano que a mim se revelava –, num movimento dialógico entre teoria e prática, em que me percebia a ressignificar conteúdos estudados, a ponderar sua potência e limites, a descartar abordagens e lançar-me em busca de novas, a me identificar com determinados conceitos e vivê-los, a me entregar à interação e poder testemunhar, num contexto de experiências compartilhadas, expansões e conquistas significativas.

Sensibilizada no decorrer da especialização quanto às contribuições da psicanálise na abordagem dos problemas de aprendizagem, encontro, na articulação entre os saberes da psicopedagogia e a perspectiva psicanalítica, fundamentos tanto para o acolhimento e a sustentação da singularidade envolvida caso a caso, quanto

⁷ Em artigo publicado no site da ABDA, lê-se: “*A possibilidade de diagnósticos adicionais (comorbidades) é a regra – não a exceção – nestes quadros, devendo ser investigados (sintomas de outros transtornos do neurodesenvolvimento, alterações do humor, ansiedade, entre outros).*” Disponível em: <[http:// www.abda.org.br/br/textos/textos/item/374-déficit-de-atenção-e-dislexia-na-escola.html](http://www.abda.org.br/br/textos/textos/item/374-déficit-de-atenção-e-dislexia-na-escola.html)>.

para a interação significativa com famílias e escolas, em busca da configuração de ambientes facilitadores – *suficientemente bons*, valendo-me dos preceitos do pediatra e psicanalista inglês Donald W. Winnicott.

Paralelamente aos atendimentos clínicos e às decorrentes supervisões e interlocuções com famílias e escolas, dediquei-me ainda a supervisionar pequenos grupos de psicopedagogos em formação na construção do primeiro diagnóstico psicopedagógico⁸, assumindo o desafio de refinar escuta e olhar desses alunos no transcorrer da primeira imersão num caso de problemas de aprendizagem – muitos com queixas de desatenção. Tal experiência não só contribuiu para o movimento reflexivo entre teoria e prática já referido, mas também para a ampliação de consciência acerca do funcionamento de diferentes instituições escolares, e das dinâmicas que em muitas têm se configurado em torno dos supostos desatentos.

Gradativamente, intervenções significativas puderam ser constituídas junto a crianças, seus familiares e educadores, de modo a evidenciar que – nos diversos casos que pude acompanhar – o cerne da problemática era diverso. Em alguns, questões de ordem familiar impuseram grandes obstáculos ao trabalho, ou até mesmo sua interrupção; em vários deles, impasses com coordenadores pedagógicos e enrijecimento de instituições precisaram ser manejados, ou mesmo impuseram troca de escola. A cada nó desatado, porém, sentimentos contraditórios persistiam: a grande satisfação pelo desabrochar progressivo de crianças mesclava-se com certo mal-estar, por constatar que estas haviam escapado da lógica medicalizante por mero acaso, que a multiplicação da suspeita e dos diagnósticos de TDAH não cessava, que muitas escolas assumiam protagonismo nessa reprodução, ainda que involuntariamente.

Configurava-se, assim, um recorte de pesquisa dentro do tema que me inquietava: ansiava por sensibilizar educadores, apresentando-lhes alternativas de compreensão e encaminhamento nesses casos, a partir das quais a singularidade dos sujeitos pudesse ser contemplada e, por conseguinte, sua saúde integral, preservada. Restava-me, porém, encontrar meios para viabilizar tal propósito.

Num primeiro momento, pensei em selecionar facetas do meu trabalho e conceitos teóricos que o sustentavam, estruturando o material numa espécie de

⁸ Atividade desenvolvida por nove anos consecutivos em colaboração à Profa. Dra. Anete Maria Busin Fernandes, docente da disciplina “Diagnóstico Psicopedagógico” do Curso de Especialização em Psicopedagogia da PUCSP, no transcorrer dos segundos semestres letivos de 2003 a 2011.

dinâmica interventiva a ser vivenciada com grupos de educadores. Entretanto, logo dei-me conta da possibilidade de se configurar uma intromissão no espaço pedagógico e, justamente por esse caráter intrusivo, da probabilidade de tal proposta minar a abertura a transformações.

Cogitei então entrevistar professores, solicitando que relatassem livremente sua experiência em sala de aula com alunos portadores do distúrbio ou considerados desatentos. Tal material constituiria meu objeto de análise neste trabalho acadêmico e, num próximo, seria retomado como base para as dinâmicas pensadas anteriormente. Deparei-me, entretanto, para minha surpresa, com a grande dificuldade em conseguir professores dispostos a falar sobre essas vivências.

Sem ainda vislumbrar um caminho específico a trilhar nessa investigação, deparei-me com a ampla articulação teórica de Figueiredo (2009b) em torno do cuidar, endereçada “*a todos os agentes cuidadores*”, na qual o psicanalista destaca, dentre saberes e práticas psicanalíticas de diferentes paradigmas, aspectos primordiais a serem observados por cuidadores em suas práticas cotidianas de cuidar, de modo a garantir que estas, efetivamente, cumpram tal função. Consideradas, ainda, as ampliações propostas pelo autor em artigo de 2011, notadamente as ideias inspiradas nos conceitos de *objeto transformacional* (Bollas, 1987) e de *justos compartilhamentos*, os *fair shares* (Balint, 1972), o corpo teórico apresentava-se então como “*uma plataforma facilitadora para o trabalho multiprofissional em torno da produção e sustentação da saúde do indivíduo nas suas relações com os campos da biologia e da cultura*” (2011b, p. 11) – perspectiva que se coadunava perfeitamente com meu intuito neste trabalho.

Encontro, assim, o vértice de abordagem de que carecia, o qual, pelo próprio teor, sinalizava a mim – enquanto cuidadora implicada na atenção a “desatentos” e, por conseguinte, compromissada com a constituição de cuidados efetivos em seu entorno – um necessário desfocar em relação a educadores e escolas. Afinal, em que pesem as boas intenções, a almejada sensibilização não adviria de um discurso estrangeiro, que lhes pudesse soar intrusivo.

Ademais, sob a ótica do cuidar, compreendi que a problemática da banalização dos diagnósticos de TDAH impunha um enfoque mais amplo, e que o próprio compartilhamento das minhas vivências junto a essas crianças, suas famílias, escolas

e outros profissionais envolvidos – articuladas às construções teóricas de Figueiredo – guardava potencial de sensibilizar não só educadores, mas também os demais envolvidos na atenção às crianças em pauta. Delimitava, assim, meu objeto de pesquisa.

Proponho-me aqui, portanto, a reunir um material representativo da minha prática clínica psicopedagógica no atendimento a crianças consideradas desatentas ou diagnosticadas como portadoras de TDAH e apresentá-lo, em diálogo com a *Teoria Geral dos Cuidados* de Figueiredo, não só como alternativa de compreensão e encaminhamento nesses casos, mas também como um convite a todos os cuidadores envolvidos, para que se mantenham em diálogo e revisem continuamente suas práticas de cuidados a partir das próprias manifestações dessas crianças. Assim consideradas, as respostas do objeto de cuidados falariam constantemente aos cuidadores sobre aspectos do próprio cuidar e lhes reorientariam nessa prática, evitando, desse modo, o “atalho” que seria localizar o problema no outro.

Ainda que, em determinados casos, um distúrbio neurológico seja dado como certo e o uso de medicação, considerado indispensável, a interlocução entre os diversos cuidadores envolvidos e a revisão continuada das práticas de cuidado mostram-se fundamentais para que não se perca de vista o objeto dos cuidados em toda a sua complexidade, e para que se possa identificar e sanar eventuais desvios ou extravios do cuidar em seu atendimento. Tal movimento reflexivo minimizaria ainda o risco da patologização de comportamentos que, em inúmeros casos, apenas denunciam falhas no cuidar.

No primeiro capítulo desta dissertação, proponho-me a ampliar algumas discussões já introduzidas, explorando as diferentes concepções de *atenção* e de *diagnóstico* subjacentes às perspectivas psiquiátrica e psicanalítica, bem como as principais controvérsias presentes. Analisarei, ainda, a compreensão acerca da *capacidade de prestar atenção* em ambos os enfoques e suas inter-relações com o campo da cultura – valores, ideais e dinâmicas da contemporaneidade. Intenciono, assim, melhor delinear o quadro que se apresenta como pano de fundo à discussão aqui proposta.

No capítulo seguinte, pretendo esclarecer especificidades e fundamentos do meu campo de atuação profissional, a psicopedagogia, bem como explicitar os

principais referenciais teóricos que sustentam minha prática clínica. Abordarei ainda aspectos relativos ao diagnóstico psicopedagógico, à escuta clínica envolvida e ao lugar das queixas e dos diagnósticos pregressos nessa construção.

O terceiro capítulo será integralmente dedicado à explanação sobre a *Teoria Geral dos Cuidados* (Figueiredo, 2009b e 2011b), corpo teórico do qual destacarei e elucidarei os aspectos primordiais do cuidar a serem sustentados nas diversas práticas de cuidados, com vistas a assegurar a promoção e manutenção da saúde integral do indivíduo, ou o seu restabelecimento.

No quarto e último capítulo, apresentarei um caso clínico construído a partir da minha experiência como psicopedagoga junto a supostos desatentos, suas famílias, escolas e demais profissionais implicados, no qual sintetizarei, de modo ilustrativo, os aspectos clínicos, históricos e contextuais mais relevantes e frequentes nesses atendimentos. A opção por tal recurso mostrou-se a mais adequada face ao desafio de retratar com fidedignidade a natureza e a complexidade das dinâmicas vivenciadas, observadas ou a mim relatadas e, concomitantemente, resguardar o sigilo que uma exposição desse caráter requer.

Nesse momento, a partir das construções teóricas anteriormente expostas, intenciono empreender uma tessitura de relações e considerações acerca da qualidade do cuidar exercido pelas diferentes instâncias de cuidados envolvidas, suas repercussões e a busca contínua por uma abordagem afinada e interligada entre os cuidadores em prol do reequilíbrio da criança. Considerando os principais obstáculos enfrentados e as conquistas testemunhadas, importa-me pôr em discussão a recorrente imbricação – constatada reiteradamente na clínica – entre as circunstâncias e particularidades dos cuidados compartilhados com essas crianças e a emersão (ou não) de resposta também cuidadosa – *atenta* – por parte delas.

Guardo a esperança de que o produto dessas articulações venha a se constituir fonte de inspiração para cuidadores envolvidos na atenção a esses indivíduos, favorecendo um reposicionamento pessoal e profissional diante do quadro de desatenção e, assim, o privilegiamento de cuidados éticos, justos e preventivos frente a esse problema de aprendizagem.

I – Discussões preliminares em torno do diagnóstico e tratamento do TDAH

1. Diferentes concepções de atenção e de diagnóstico: a perspectiva psiquiátrica e a psicanalítica

A origem histórica do TDAH tem sido relacionada a pesquisas da área médica que remontam ao início do século passado. Atribui-se costumeiramente ao pediatra inglês George Frederic Still, em suas três palestras de 1902 no Royal College of Physicians, o pioneirismo na descrição, como condição médica, de diversas condutas infantis até então consideradas meros sinais de “maus comportamentos”: tomando como objeto de investigação um grupo de 20 crianças tidas como desafiadoras, agressivas, indisciplinadas, desatentas, impulsivas, destemperadas e voluntariosas, além dos aspectos familiares que as envolviam, Still hipotetizou então a presença de um “*defeito no controle moral*” geneticamente herdado dos pais. (Barkley, 1997; Diller, 1998; Hallowell e Hatey, 1999, apud Lima, 2005, p. 61)

A partir de então, diferentes estudos médicos envolvendo tais comportamentos – que dificultavam ou mesmo inviabilizavam a aprendizagem – foram produzindo a delimitação de patologias de suposta origem orgânica – dentre elas a DCM - “disfunção cerebral mínima”⁹ – até configurar-se a descrição do TDAH como *psicopatologia* constante no DSM-IV¹⁰, assim apresentada por Lima:

O TDAH corresponde a uma síndrome caracterizada por comportamento hiperativo e inquietude motora, desatenção marcante, falta de envolvimento persistente nas tarefas e impulsividade. Esses problemas devem ser evidentes em mais de uma situação social e se mostrar excessivos no contexto que ocorrem, em comparação com o que seria esperado de outras pessoas com a mesma idade e nível de inteligência. São mais comuns em meninos e costumam iniciar-se

⁹ Para Moysés e Collares (2010), um constructo de fisiopatologia englobando a “cegueira verbal congênita” e a “lesão cerebral mínima”, proposto após a constatação, por estudo anatomopatológico do cérebro de supostos acometidos após sua morte, da inexistência de lesão cerebral – daí a substituição do termo “lesão” por “disfunção”. Dentre os casos de DCM se distinguiriam mais adiante, segundo as autoras, os acometidos por *dislexia* e os portadores de *déficit de atenção*.

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria. O DSM-V, versão atual do manual, segundo o psiquiatra Paulo de Mattos em artigo publicado no site da ABDA, introduziu poucas alterações na descrição e critérios diagnósticos do TDAH. Este texto, nos trechos em que explicita tais modificações, encontra-se aqui disponível no “Anexo II” (pp. 114-115).

entre os três e sete anos de idade. Em geral, os sintomas persistem nos anos escolares e em metade dos casos parecem continuar na idade adulta. (2005, pp. 73-74)

Tais pesquisas ainda proliferam na atualidade, notadamente no intuito de comprovar as supostas bases neurofisiológicas e os determinantes genéticos da patologia, ainda não suficientemente comprovados. Segundo Barkley, um dos principais especialistas no transtorno, *“as causas exatas do TDAH são desconhecidas no momento, se por causas se entende os eventos diretos, necessários e suficientes que imediatamente precedem e diretamente levam à criação desse padrão de comportamento nas crianças.”* (1997, apud Lima, 2005, p. 86) No entanto, afirma Lima referindo-se à maioria dos estudos médicos publicados até então,

(...) mesmo entre os autores com opiniões mais nuançadas, que atentam para a complexidade das possíveis cadeias de eventos determinantes do TDAH, há consenso em considerá-lo como uma patologia neuropsiquiátrica, um *transtorno do neurodesenvolvimento* no qual os neurotransmissores, a anatomia cerebral e a genética ocupam posição de destaque. Os fatores psicológicos e sociais, quando merecem algum comentário, são tratados como secundários ou dispensáveis. (2005, p. 87)

Sob a prevalência de tal entendimento etiológico do TDAH – ao qual subjaz uma noção de *atenção* como função cerebral objetivamente mensurável – têm-se privilegiado largamente, no cotidiano da clínica médica, aspectos comportamentais da criança ou do adolescente, referidos principalmente por seus pais e professores, como decisivos para o diagnóstico da patologia. Os indícios sintomáticos¹¹ seriam: apresentar dificuldade para prestar atenção e passar muito tempo sonhando acordado; parecer não ouvir quando se fala diretamente com o sujeito; distrair-se facilmente ao fazer tarefas ou a brincar; esquecer as coisas; mover-se constantemente ou ser incapaz de permanecer sentado; falar excessivamente; demonstrar incapacidade de brincar calado; agir e falar sem pensar; ter dificuldade para esperar a vez; interromper a conversa de terceiros; demonstrar inquietação.

¹¹ Os critérios e as diretrizes diagnósticas para o TDAH, conforme os DSM IV e V e o CID-10, encontram-se aqui disponibilizados: “Anexo I” (pp. 111-113) e “Anexo II” (pp. 114-115).

Em complementação ao parecer médico, a avaliação neuropsicológica, segundo Gordon e Barkley, pode auxiliar o clínico em três questões fundamentais: 1) “*O diagnóstico de TDAH é justificado?*” – a produção de dados objetivos adicionais, para além das narrativas acerca do comportamento do indivíduo, nem sempre confiáveis, ajudaria a consolidar ou excluir o diagnóstico; 2) “*Se o TDAH não se justifica, existiriam outras explicações alternativas para os sintomas apresentados?*” – a avaliação permitiria aferir se os sintomas seriam variantes da normalidade ou se poderiam ser atribuídos a outros transtornos; 3) “*Se o diagnóstico de TDAH se justifica, existem condições co-mórbidas que devem ser identificadas e tratadas?*” – a identificação seria imprescindível para o estabelecimento da estratégia de tratamento. (1999, apud Mattos et al., 2003, pp. 63-70)

Conforme Rohde et al., uma vez diagnosticado o transtorno, a principal conduta terapêutica é a psicofarmacológica – via de regra, a administração de metilfenidato –, considerada fundamental para o manejo do quadro. Intervenções junto à família e à escola são também preconizadas, e envolvem principalmente o planejamento e organização de atividades, o atendimento individualizado desses sujeitos, bem como a adaptação dos ambientes de convívio de modo a evitar a dispersão e favorecer o foco. Para ele, a modalidade psicoterápica cognitivo-comportamental é a recomendada, por ser considerada “*a mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia)*”. O autor pondera, entretanto, que “*a abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno, quando comparada à abordagem apenas medicamentosa*”. (2000, SII - pp. 9 e10)

Do exposto, depreende-se o predomínio, na perspectiva psiquiátrica de abordagem dos quadros de déficit de atenção, de uma visão fisicalista de ser humano, sob a qual o comportamento desatento é compreendido como disfunção neurológica de provável origem genética e sem cura conhecida. O principal tratamento indicado é o medicamentoso, associado ao treinamento do comportamento e à adequação do ambiente familiar e escolar à condição de *doença* do sujeito.

Tal compreensão do quadro sintomatológico e sua respectiva abordagem terapêutica, por fechar-se em si mesma e menosprezar ou até rechaçar contribuições de outros campos do conhecimento, como a psicanálise e a sociologia, tem suscitado críticas e contestações frequentes, dentre as quais sobressaem-se:

— a desconsideração de vicissitudes dos contextos de interação humana em que o comportamento desatento emerge e das matrizes socioculturais e psíquicas intervenientes (Lima, 2005 e 2011; Fernández 2011 e 2012; Jerusalinsky, 2011; França, 2012; Moysés, 2005 e 2010; Safra, 2009);

— a ampla divulgação dos sintomas do transtorno, patrocinada direta ou indiretamente pela indústria farmacêutica; a proliferação alarmante do número de diagnósticos de TDAH e a precipitação com que muitos desses laudos são emitidos; a patologização de comportamentos e a medicalização da educação decorrentes (Lima, 2005; Moysés e Collares, 2010; Jerusalinsky e Fendrik, 2011);

— uma frequente sobreposição da categoria nosográfica à identidade desses indivíduos, que passa a defini-los (Jerusalinsky, 2011, Fernández, 2012 e Lima, 2005).

A moderna psiquiatria – avalia o psiquiatra e psicanalista Joel Birman – extinguiu por completo a experiência subjetiva do doente no acontecimento da enfermidade. O sujeito, por ela tomado como entidade biológica, reduz-se a mero suporte de algo que lhe acomete e que dele se apossa, advindo de uma disfunção produzida em seu organismo. Sob tal perspectiva,

(...) as queixas do doente servem apenas para a realização de uma estrita operação diagnóstica, com o objetivo imediato de definir o medicamento mais adequado para a perturbação em questão, isto é, para sua regulação funcional. Os sofrimentos psíquicos e as queixas dos doentes deixam de ser considerados signos de uma história existencial ou até mesmo marcas eloquentes da incidência das oscilações do espaço social sobre a subjetividade. Deixam de ter, pois, qualquer positividade, sendo reduzidos à condição de negatividade absoluta, ou seja, a signos de transtornos neuro-hormonais. Ora, no silenciamento do enfermo opera-se o esvaziamento de uma história, vale dizer, a enfermidade perde sua inscrição no registro da linguagem (...); a perda das dimensões da

história e do tempo no ser da enfermidade tem como contrapartidas necessárias o silenciamento da linguagem do enfermo e o consequente apagamento neste de qualquer saber sobre aquela. Apenas o psiquiatra sabe o que se passa com o doente, que desconhece o que ocorre consigo mesmo (...). É justamente nessa desposseção do sujeito que a atual psiquiatria desfaz o dispositivo da clínica. (2001, p. 24)

Tais manifestações críticas, por sua vez, têm provocado intensa reação do *establishment* psiquiátrico, que sistematicamente as condena como infundadas, carentes de cientificidade ou mesmo de má fé. Reportagem sobre o transtorno assinada por Leite e Colucci (2010), que inclui parecer do psiquiatra Rohde acerca de uma propalada epidemia de TDAH, retrata posicionamento usual da psiquiatria:

Há alguma coisa errada nesses números, segundo Luis Augusto Rohde, psiquiatra da infância e da adolescência na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *E não é por excesso, mas por falta de diagnósticos.*

“Em termos de saúde pública, não existe no Brasil problema de superdiagnóstico e supertratamento”, afirma Rohde, autor principal de um influente artigo sobre TDAH publicado em 2007 no periódico ‘American Journal of Psychiatry’, citado por quase 300 especialistas em outros trabalhos. Foi desse estudo que saiu a cifra de 5,3% de prevalência mundial.

O Brasil tem 47 milhões de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos; 5% deles seriam 2,35 milhões. *“Não temos mais do que 100 mil crianças usando a medicação”, estima Rohde. “Há escolas privadas no país com um número excessivo de tratamentos, mas é uma realidade pontual.”*

Para o grupo gaúcho, existe uma epidemia de uso indevido da medicação por adultos. O metilfenidato estaria sendo empregado para melhorar o desempenho de estudantes e profissionais em tarefas pesadas e monótonas, como a leitura e a redação de textos longos, preparação de exames, relatórios, e por aí vai. *“Há muitas mães que usam [o metilfenidato] para emagrecer,” agrega o também gaúcho Guilherme Vanoni Polanczyk, atualmente na Faculdade de Medicina da USP, primeiro autor do artigo liderado por Rohde, que foi seu orientador. Um estudo que eles fizeram em escolas públicas de Porto Alegre constatou que só 2% dos alunos que satisfazem os critérios do TDAH recebiam medicação. (grifos meus)*

Do embate persistente, cabe aqui ressaltar que a própria pesquisa desenvolvida no campo médico em busca de marcadores biológicos associados ao TDAH tem produzido, secundariamente, evidências de que aspectos ambientais – notadamente as vivências afetivas primárias – participam ativamente da ‘modelagem’ do sistema nervoso, conforme destaca França – médica psiquiatra e psicanalista de crianças e adolescentes – no excerto a seguir:

(...) estudos recentes de neuroimagem e neurobiologia molecular demonstraram modificações no volume cerebral e em estruturas do SNC de crianças com TDAH e alterações funcionais em alguns neurotransmissores, em especial os de dopamina e noradrenalina (Lamberte & Kinsley, 2006; Rohde & Halpern, 2004 citado por Leonardi et al, 2011). Tais alterações dão força não apenas à etiologia genética, mas também à influência do ambiente; há trabalhos mostrando como as experiências iniciais, as trocas afetivas “esculpem” o sistema nervoso (Cunha, 2001)¹². (2012, pp. 194-195)

Nesse artigo – em que propõe ampliações na abordagem do TDAH a partir da psicanálise –, a autora assinala que tal diagnóstico, pelo fato de privilegiar os sintomas e não a *função* deles, não beneficia a criança, pois encerra-se em si mesmo: oferece a falsa impressão de compreensão acerca do que se passa com ela, tranquiliza pais e professores, mas a mantém parcialmente atendida, ou mesmo desatendida, e muitas vezes estigmatizada. A seu ver, a perspectiva psicanalítica, a partir dos estudos sobre a constituição do psiquismo primitivo, colabora para o entendimento dos sintomas em questão e para a configuração de uma “*proposta terapêutica realmente ampla*”, em que a medicação, quando necessária, entre como mais um – e não “o” – instrumento terapêutico. (pp. 197-198)

Em psicanálise – assinala Birman a partir de Freud e Breuer (1895) –, considera-se, antes de tudo, a existência de um saber no *sintoma*. Este não seria mera negatividade, algo a ser eliminado por um procedimento terapêutico, mas antes “*revelaria sua **positividade** por meio das marcas em que se evocam traços do processo implicado em sua produção*”. Trata-se, assim, de um *enigma* – construído

¹² Artigo disponível em: <www.portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal-individualizado/arquivos/A%20Revolucao%20dos%20bebes.pdf>.

segundo a lógica própria do inconsciente – a ser desvendado: o sujeito diz algo sobre o que lhe ocorre, mas de forma indireta e velada, uma vez que as defesas psíquicas, mobilizadas para a proteção do *eu* face ao que lhe é intolerável, impedem a assunção desse saber. (2001, p. 25)

Para o autor, o discurso freudiano, ao postular que os sonhos, os lapsos e os atos falhos são marcados por pensamentos que se inscrevem no inconsciente, reconheceu nessas formações psíquicas – antes consideradas subprodutos da atividade cerebral sem qualquer consistência semântica – a efetividade de um *saber* para a subjetividade:

Não só a subjetividade diz algo sobre si própria e sobre sua inscrição no mundo por meio de tais formações, como também é por meio dessas formações do inconsciente que a *singularidade* do sujeito se revela. O sujeito revela sua verdade não pelos enunciados reflexivos oriundos dos registros do *eu* e da consciência, mas sim por meio do registro antirreflexivo do inconsciente. Por essa razão, a possibilidade de *cura para a subjetividade* passa necessariamente pelo *resgate do saber condensado nos sintomas e nas demais formações do inconsciente*, ou seja, a positividade conferida a essas formações significa a possibilidade de restauração do saber inconsciente como caminho para a experiência terapêutica. (2001, p. 25, grifos meus)

França avalia que as crianças desatentas, hiperativas e impulsivas “(...) *apresentam prejuízos na construção da sua subjetividade, pela dificuldade de evolução das sensações às emoções, das percepções às representações, do corporal ao psíquico. Seus sintomas resultam de falhas nesse desenvolvimento primitivo*”. Especificamente em relação aos sintomas de falta de atenção e hiperatividade, a autora supõe relacionarem-se à presença de forças pulsionais muito intensas e atuantes, que não conseguiram encontrar continência, dando origem a fortes defesas narcísicas: a criança se voltaria para si mesma, sem forças suficientes para dar conta dos obstáculos impostos pela vida e pelo crescimento. Nesses casos, ao lado da compreensão do desenvolvimento emocional, a autora defende a importância da “(...) *consideração dos fatores externos à criança, principalmente no que se refere a que ela receba um **olhar muito atento**, não apenas por parte dos pais nos cuidados dispensados a ela, mas também dos educadores nos cuidados com o ambiente e sua*

vida escolar, e das autoridades governamentais com sua saúde de modo geral". (2011, pp. 201-203, grifos originais)

Gilberto Safra (2009)¹³, numa proposta de leitura winnicottiana do referido quadro, toma a desatenção e a hiperatividade como referentes à vida da pessoa e à sua condição, à situação em que ela se encontra – pressuposto que, para ele, impõe o questionamento acerca do sentido desta experiência, nesta condição, nesta situação, para esta pessoa. E se a *atenção* é parte do modo de ser de alguém, do seu *si mesmo* – não uma *função* agregada a ele –, um problema de atenção também o é. Em outras palavras, ao afirmar que o *si mesmo* pode ser revelado pela *atenção*, sobressai-se a questão da *integração* como primeiro fator importante a ser considerado na discussão da problemática em foco.

Sob tal perspectiva teórica – diz Safra –, há dois modos de se alcançar a experiência de integração: ao longo do tempo ou pela intensificação dos instintos. A integração que pode vir a alcançar certa durabilidade, que é passível de se tornar o modo de ser constitutivo do *si mesmo*, é a decorrente da integração no tempo. Winnicott (1988) distingue, nos primeiros momentos da vida do recém-nascido, dois estados fundamentais – o estado de quietude e o estado de inquietude – que acontecem de modo desarticulado: o bebê que está em estado de quietude, não é o mesmo que está em estado de inquietude. Só gradualmente esses dois estados serão integrados em uma unidade, quando o bebê vier a alcançar o sentido de unidade de si mesmo, razão pela qual – sinaliza Safra – Winnicott postula que o que precede esses dois estados é o estado não integrado. De início, há apenas núcleos de si mesmo, eventualmente reunidos no tempo pela presença de alguém que possibilita ao bebê a vivência de um estado de continuidade de ser – perspectiva relacionada ao holding. É a presença única e constante de *alguém que se faz cuidado* que ‘costura’, aos poucos, esses diferentes núcleos do *si mesmo* em uma unidade. Tal é a matriz winnicottiana da integração no tempo: “*implica em presença do outro ao longo do tempo, que será melhor beneficiada inclusive pelo fato de que vai ocorrendo também um amadurecimento do sistema nervoso – mas, na imaturidade do sistema nervoso, é a presença de alguém no cuidado que reúne*”.

¹³ Aula ministrada no Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da PUC-SP, disponível em áudio.

A esse ponto da preleção de Safra, vale ressaltar que as recentes constatações da pesquisa médica acerca do desenvolvimento do sistema nervoso e a participação das trocas afetivas nesse processo¹⁴ foram, em boa parte, prenunciadas por Winnicott. Iole da Cunha – médica pediatra e especialista em neonatologia –, propondo-se a uma abordagem “*consiliente*”¹⁵ do conhecimento nesse âmbito, afirma que

Pode-se confirmar a extrema sensorialidade fetal pela presença de estruturas neurais como as do sistema límbico também chamado de cérebro de ligação, dos núcleos da base e do hipotálamo. Deste modo o subsistema somatossensorial já está bem desenvolvido no nascimento. *Mas é no regaço materno, que este ser marcado pelo desamparo, vai ter sua primeira experiência epigenética pós-natal.* (...) Ao nascer, graças ao estímulo do que acontece na interação, o cérebro recebe estímulos muito fortes no sentido de aumentar suas conexões. Este seria o *evento neurofísico desencadeado pelo estímulo interativo*. O segundo evento vai se constituir no cérebro neuroquímico: *a sinaptogênese que ocorre sob a influência da nova experiência*, aumenta celeremente e também a recepção dos sinais e logo a produção de neurotransmissores nas vesículas das fissuras sinápticas. (...) A intensa sinaptogênese determinada pelo input sensorial determina inicialmente uma desorganização nos neurônios e circuitos neurais. A tendência é a reorganização. *Mas esta se faz de conformidade com a continuidade do estímulo que vem da experiência. A qualidade e a continuidade da interação são as organizadoras do cérebro*, formando os circuitos adequados fixadores dos neurotransmissores, substâncias responsáveis pelas sensações de prazer ou desprazer.

(...) O que acontece na interação é para o bebê o sentimento de afeto positivo (comportamento) que gera homeostasia do meio interno, que determina proliferação neuronal (cérebro neuro-anatômico), que fixa os neurotransmissores pela sinaptogênese (cérebro neuroquímico), que estabelece um comportamento de interação (cérebro neuropsíquico). Completa-se deste modo a circularidade tautológica da *mens sana in corpore sano*. *E o recém-nascido terá seus ritmos comportamentais organizados, evidência clínica de que a primeira janela aberta para a relação humana, iluminou adequadamente o cérebro.* (2001, pp. 16-17 da versão eletrônica, grifos meus)

¹⁴ Vide citação de França (2011), página 24 do presente trabalho.

¹⁵ Em seu livro “*Consiliência: A Unidade do Conhecimento*” (Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 7), Edward Wilson propôs o emprego do termo ‘*consiliência*’ como referido a “*um ‘salto conjunto’ do conhecimento pela ligação de fatos em todas as disciplinas para criar uma base comum de explicação*”.

Winnicott também diz – prossegue Safra – que o estado de inquietude do bebê é decorrente de um movimento instintivo que reúne sua corporeidade em direção à satisfação de uma necessidade fundamental – por exemplo, mamar. Assim, a excitabilidade no estado de inquietude tem o poder de integrar momentaneamente a corporeidade do bebê. Ele compreende que, no momento em que o bebê encontra o seio e abre-se a possibilidade de mamar, a satisfação instintiva é um grande risco, pois gera diminuição da tensão instintiva e, no momento do relaxamento, o bebê não retorna mais ao estado de *não integração*, mas sim de *desintegração*. Então, para Winnicott, saciar a fome do bebê é um grande risco, porque no momento em que o bebê não tem mais incremento instintivo, ele tende a uma desintegração e à queda, à agonia impensável. Só não há a queda se a presença do outro lá está para sustentar o bebê. O problema que o autor já identificava – e que é cada vez mais presente no mundo contemporâneo, diz Safra – é que o estado de quietude é cada vez mais raro; é cada vez mais difícil encontrar a disponibilidade de alguém que possa manter a integração de um outro no tempo, fator que afeta profundamente a possibilidade de integração satisfatória: *“Ali, onde não existe a integração no tempo, vai precisar ocorrer uma hipertrofia da integração instintiva, que é precária. A integração instintiva está para o lado do ter, a integração no tempo está para o lado do ser, na visão winnicottiana.”*

Referindo-se, então, especificamente ao quadro característico do transtorno, Safra identifica uma hipertrofia da integração instintiva – uma excitabilidade que acontece não pela necessidade, mas para evitar a queda: *“tem-se uma organização defensiva em que a criança precisa estar continuamente estimulada pra não desabar na agonia impensável”* – como parte dos fenômenos relacionados à hiperatividade, quando relacionada à questão de uma falha na integração. A hiperatividade – avalia ele – é uma necessidade profunda de estar continuamente em excitação, estimulado para garantir uma integração que, na verdade, é precária, pois a criança poderia desabar.

Safra defende que, para haver *atenção*, em primeiro lugar, há que se ter a possibilidade de estar integrado, pois, nas integrações precárias, o estímulo carrega o indivíduo para uma reação e ele perde a unidade de si – esparrama-se pelo meio, desintegra-se com os estímulos ambientais. Para *prestar atenção*, para o indivíduo poder manter-se uma unidade, a integração no tempo tem que fazer parte do *si*

mesmo. Sob tal condição, o indivíduo está reunido, independente dos estímulos do meio ambiente, a *atenção* já é uma dotação do *si mesmo* – diz ele.

Como segundo aspecto a ser considerado, Safran propõe que, para haver *atenção*, o indivíduo precisa ter *o gesto*, pois *atenção implica recriação*. É preciso ter capacidade de gesto para poder deter-se em um determinado objeto ou assunto e torná-lo campo de interesse pessoal. Dito de outro modo, a *atenção* depende do estabelecimento de uma relação pessoal com esse objeto – o que, para Winnicott, já implica, também, na necessidade de o indivíduo ter podido criar a realidade a partir do fenômeno da ilusão.

Ele destaca ainda um terceiro aspecto condicionante: “*não existe atenção sem a capacidade de dizer não*”. Há, portanto, a necessidade de ser um, de voltar o gesto para um entre, para um assunto, e ao mesmo tempo é preciso *dizer não* a tudo aquilo que é “*não eu*” nesse instante – senão, não há atenção. É preciso, enfim, que o indivíduo tenha a capacidade de dizer “*isto sou eu neste instante*”.

Evidencia-se assim – diz Safran – que a atenção é um modo do *si mesmo* estar colocado no mundo de grande complexidade. Pode existir alguém que não consegue ter atenção porque não consegue dizer não, ou porque não consegue ter gesto, ou porque se dispersa pela infinidade de estímulos do meio ambiente. Por isso não é uma *função*, mas um *modo de ser*. O *diagnóstico*, aqui, não é simplesmente funcional, mas implica *desvelar a interioridade do si mesmo* – compreender a singularidade do indivíduo, o que está em jogo para além do comportamento, os sentidos e os significados do seu modo de ser – ele conclui.

Do percurso em companhia deste segundo grupo de autores, pode-se depreender que, em uma abordagem do TDAH *orientada* pela perspectiva psicanalítica, há que se questionar tais comportamentos enquanto possíveis marcas decorrentes da história de vida do indivíduo e da interação humana que pôde por ele ser vivenciada, sobretudo em seu contexto primário de desenvolvimento. A compreensão de como se constituíram tais *modos de existir*, das falhas de cuidados e dos sofrimentos envolvidos – passados e presentes –, abre a possibilidade da organização do cuidar especializado e amplo em seu entorno, tanto no intuito de contemplar aspectos ainda não integrados do *self*, quanto de sensibilizar e mobilizar

os diferentes cuidadores envolvidos em prol do restabelecimento da saúde plena – referindo-me aqui às concepções de cuidado e de saúde propostas por Figueiredo (2009b e 2011b) a serem explicitadas no terceiro capítulo. Tal empreitada visaria, em última instância, a favorecer o desenvolvimento de recursos próprios do indivíduo em prol de uma (re)inserção significativa no mundo.

2. Contexto sociocultural e proliferação de TDAH

Em busca de melhor apreender as matrizes contextuais relacionadas à multiplicação dos diagnósticos de TDAH e à maciça identificação de “desatentos” e “hiperativos” por leigos, proponho-me ainda a lançar breve olhar sobre a cultura atual – percurso que aqui trilharei em companhia de Lima (2005). Para ele, o fenômeno insere-se numa tendência contemporânea para redescrever experiências humanas tendo como referência os parâmetros corporais:

Na esteira do espírito triunfante da ciência de nossa época, está ocorrendo uma passagem de uma cultura ancorada no sujeito psicológico, na qual a identidade estava referida preferencialmente aos critérios de desenvolvimento emocional interior, para outra, a das “bioidentidades”, onde o critério de normal ou normativo se remete quase exclusivamente aos padrões biológicos e aos predicados corporais. (...) Incluem-se aí também os processos de “medicalização”, nos quais fenômenos humanos complexos são tratados como categorias nosológicas. Nesse contexto, o TDA/H aparece como uma das figuras a permitir o ingresso de crianças e adultos no registro das bioidentidades – ainda que se trate, aqui, de “bioidentidades patológicas”. (Ibid., pp. 16-17)

Lima aponta, a partir de Bauman (1998, 1999, 2003a, 2003b), o que para este seria uma “destemporalização do espaço social”: o homem contemporâneo – numa posição contrastante à do moderno – experimenta um mundo errático, com leis instáveis e valores que se esvaziam pouco após se firmarem, e no qual a provisoriedade como regra demanda movimento contínuo e capacidade de adaptação, mas sem indicadores da direção a seguir. Neste contexto, observa-se uma inversão da

relação de forças entre *o desejo de liberdade e a necessidade de segurança*: se o homem moderno sacrificava aquele em benefício desta, na contemporaneidade, o desejo de liberdade desbanca a autoridade da tradição. (ibid., p. 24)

A *incerteza* – sentimento dominante em nosso tempo, segundo Bauman –, assumida hoje como *permanente e irredutível*, aplica-se tanto à experiência de si em relação ao futuro do mundo, quanto aos modos mais adequados de se viver. No cotidiano das pessoas, a “nova desordem do mundo” aparece no temor da perda de posição social e na sensação de obsolescência das habilidades adquiridas, de desprezo pelo mundo do passado. O quadro é agravado pelo esgarçamento de redes de segurança locais; pelo espírito de consumismo e competição que mina os laços comunitários; pelas relações interpessoais que, sob regência da lógica do mercado, assumem caráter de desfrute interesseiro, imediato e efêmero de experiências agradáveis. (Ibid., pp. 25-26)

Tal é o contexto em que se processam modificações nos processos de construção de identidades: se, na modernidade, estas contavam com “totalidades seculares” estáveis e duradouras como ponto de referência e garantia contra dispersão e errância, na contemporaneidade, o sentido do *eu* e da existência em sociedade passam a ver-se transfigurados pela inequívoca sensação de indeterminação. Em contraste a oposições como certo-errado, progresso-atraso, nós-outros – outrora organizadoras da experiência de mundo –,

Os ventos que nos chegam propagam a mensagem da descontinuidade e maleabilidade do mundo, onde tudo pode ocorrer mas não há garantia da permanência do ocorrido, onde tudo pode ser conhecido mas com prismas variáveis e nunca de maneira definitiva, onde a aposta e o risco tomaram o lugar do planejamento. Episódios de vida vão se sucedendo e se sobrepõem mais que se justapõem. A faculdade de esquecer, de não se aferrar demais a habilidades ou comportamentos aprendidos, de apresentar um currículo no qual espaços em branco testemunhem a disposição de incorporar novas qualidades no lugar das antigas, nas quais as marcas mnêmicas sejam apagadas sem muita dificuldade, apontam para uma *identidade pronta a adaptar-se a um mundo que não oferece mais garantias e lastros estáveis e sólidos*. Assim sendo, a estratégia de construção subjetiva à disposição é a fragmentação da imagem e identidade pessoais. Bauman chama a isso de uma identidade de palimpsesto, referindo-se ao papel de escrita usado várias vezes pelo apagamento ou raspagem do texto anterior. (Ibid., pp. 27-28, grifos meus)

Em substituição ao arranjo moderno centrado na produção que moldava seus membros como soldados e obreiros, o *modelo do consumidor* transforma-se no eixo cultural e subjetivo do modo “pós-moderno” de viver. Em tempos de políticas e existências humanas fragmentadas, *“as preocupações são sempre parciais e a atenção não se fixa nos objetos mais do que precisa para sorver breve satisfação, sem degustá-los completamente, deslocando rapidamente o foco para novas atrações”*. São, para Bauman, os “colecionadores de sensações”, cujo afã de consumo liga-se muito mais a experiências sensoriais que à posse de bens materiais. (Ibid., p. 29, grifos meus)

A suspeita de inadequação ou da insuficiência na busca do nível ótimo de vivências sensoriais agradáveis reforça a incerteza dos sujeitos contemporâneos. Para curá-la, faz-se necessário recorrer aos “especialistas na identidade”, profissionais que regulam a qualidade dos esforços do sujeito ou prescrevem técnicas e produtos para, diz Bauman (1998), *“ajudar a realçar, aprofundar ou intensificar as sensações”*. (...) o único requisito para ser admitido na sociedade de consumo é mostrar-se capaz de desejar, seduzir-se e deleitar-se com a renovação constante e a multiplicidade de ofertas de adereços identitários. Na verdade, os indivíduos devem não apenas se deixar seduzir, mas querer e buscar ativamente ser seduzidos. Internalizando as pressões da cultura, eles apropriam-se de suas compulsões como se representassem um livre exercício de sua vontade. A insatisfação e a busca permanentes de novos “produtos”, sejam eles pessoas, experiências ou sensações, mantêm vivo e recicla cotidianamente um estilo de vida completamente adequado às necessidades do mercado livre globalizado. (Ibid., p. 30)

Para Richard Sennett (2002) – prossegue Lima – esse mundo de incerteza constante do “novo capitalismo” é o responsável por um processo de “corrosão do caráter”¹⁶ do indivíduo contemporâneo. Sua análise foca as mudanças do universo do trabalho, das quais decorreriam transformações na constituição das subjetividades: com o predomínio de tarefas efêmeras, tempo fragmentado e laços frágeis, o trabalho não mais proporcionaria sensação de continuidade, previsibilidade e estabilidade,

¹⁶ “O autor toma ‘caráter’ como sinônimo dos traços pessoais aos quais atribuímos valor ético e que nos ligam aos outros por meio de projetos de longo prazo, sendo a face mais pública de nossa presença no mundo” – esclarece Lima (Ibid., p. 31).

inviabilizando a construção de narrativas pessoais e desgastando o caráter. (Ibid., pp. 30-31)

No novo contexto de trabalho, a disciplina marcante dos primórdios do capitalismo – opressora e autopunitiva, porém orientadora do caráter – foi, segundo Sennett, trocada por um simulacro de transparência, companheirismo e democratização. Como decorrências, observa-se: o exercício dissimulado do poder sem figura de autoridade clara desorienta empregados e inibe reivindicações, vistas como falta de cooperatividade; o constante rearranjo de equipes redundando em vínculos superficiais entre seus membros; não há tempo para cultivar compromissos e confianças mais profundos. (Ibid., pp. 31-32)

Numa cultura que exalta a eficácia imediata, a potência decai à medida que as narrativas se acumulam. Entretanto, para as novas gerações, a própria construção de narrativas passa a ser desestimulada e, em boa medida, impossibilitada. No trabalho, a noção de carreira, associada ao estabelecimento de padrões de conduta e investimentos de longo prazo, passa a não ter mais sentido. Um mundo de tarefas independentes e equipes provisórias, associadas ao risco iminente de demissão ou deslocamento para outro setor ou cidade, impede que se faça um histórico pessoal consequente, na forma de planejamentos futuros. O trabalho não mais oferece a experiência de se percorrer um trajeto, de se estar seguindo uma direção na vida. (...) *Se há uma nova estrutura de caráter surgindo, ela exige “capacidade para desprender-se do próprio passado, confiança para aceitar a fragmentação”* (Sennett, 2002). Esse autor parece reforçar, assim, o diagnóstico da “identidade de palimpsesto” baumaniana. *Contra seus males, ele acredita haver um remédio: a reabilitação do potencial narrativo de cada indivíduo.* Sem o domínio da narrativa de sua própria vida, resta ao indivíduo resignar-se a uma crônica superficialidade. (Ibid., pp. 33-34, grifos meus)

Cristopher Lasch (1991), evocado por Lima para a consideração do papel da família na organização subjetiva do indivíduo contemporâneo, identifica a anomia e o esvaziamento da instituição familiar burguesa original pela anulação da competência parental no cuidado dos filhos e sua apropriação técnica por profissionais da saúde e bem-estar. Ele denomina tal processo de “proletarização da paternidade”, numa analogia à produção industrial: como operários privados do conhecimento do

processo produtivo a executar passivamente tarefas isoladas, pais e mães passaram a sentir-se incapazes de cumprir suas funções sem recorrer à supervisão técnica de especialistas. O autor destaca a liderança dos médicos nas tarefas de

(...) supervisionar e intervir nas famílias, seja por sua ação direta, seja pela racionalidade de seu campo ter se transformado em referência simbólica de outros “agentes sociais”. A partir dos anos 50, amplos setores da psiquiatria americana deixaram clara a intenção de ampliar seu campo de atuação para o interior da vida doméstica. Essas iniciativas sustentavam-se na convicção de que cabia a essa especialidade, mais do que curar pacientes, transformar “padrões culturais”. Nessa empreitada, toda sociedade passava a ser vista como paciente, e a família era uma das instituições que, mal orientada, produziria pessoas desajustadas, neuróticas e pouco preparadas para os novos desafios da vida. (Ibid., pp. 35-38)

A família – na compreensão de Lasch –, ao entregar grande parte de suas tarefas à escola e aos especialistas assistenciais, propunha manter-se exclusivamente enquanto espaço de “companheirismo” e “amizade” – um “refúgio” das agruras do mundo do trabalho. Porém, o “lar como santuário” revela sua inviabilidade à medida que – como afirmara Bauman – os relacionamentos em seu interior passam a reproduzir lógica semelhante à das relações pessoais no mundo externo – a da sobrevivência e gratificação imediatas:

Em sintonia com as necessidades do novo capitalismo, ela [a família], longe de deixar de se preocupar com a criação e educação de sua prole, se dedica à tarefa de treinar pessoas equipadas para o empreendimento, para a imprevisibilidade, para o autocuidado e a adaptação rápida a mudanças. Desse ponto de vista, a permissividade testemunha apenas a impossibilidade dos pais atuarem como modelos de identificação para os filhos, e a única saída é abdicar de transmitir os preceitos tradicionais da cultura em nome da moldagem de personalidades adaptadas à realidade do mundo e que por isso mesmo precisam se desgarrar de dependências e filiações que lhe serão inúteis. (Ibid., pp. 40-41)

Assim, diante da condição de *desfiliação* e *desenraizamento* dos cidadãos contemporâneos, da falta de indicadores tradicionais de caminhos a trilhar, da decadência do trabalho enquanto fonte de criação identitária e narrativas de vida, e do

esgotamento do papel de produção e reprodução da socialização pela família, o resgate do sentimento de haver um “nós” – uma *comunidade* – é apontado por Sennett (2002) como um dos recursos possíveis para se restabelecer elos e garantir um sentido para a existência e a preservação do caráter. Para ele, a recuperação efetiva do senso de pertencimento passa, entretanto, pela filiação mútua, isto é, requer admissão de dependência por parte dos sujeitos – fator complicador diante do contexto de *incerteza* determinado pela individualidade, a superficialidade, a obsolescência da confiança e o esvaziamento do sentido do trabalho para a vida. Com Bauman (2003a), Lima observa que o máximo que a pós modernidade tem conseguido produzir são “comunidades-cabide”:

(...) a vulnerabilidade das identidades individuais e a precariedade da solitária construção de identidade levam os construtores da identidade a procurar cabides em que possam, em conjunto, pendurar seus medos e ansiedades individualmente experimentados e, depois disso, realizar os ritos de exorcismo em companhia de outros indivíduos assustados e ansiosos. É discutível se essas “comunidades-cabide” oferecem o que se espera que ofereçam – um seguro coletivo contra as incertezas individualmente enfrentadas. (Bauman, 2003a apud Lima, 2005, pp. 42-43)

Em meio a essa busca por “identidades comunitárias” – a qual carece de preocupação com o outro – Lima reconhece um processo refiliação em curso, que tem conduzido multidões de voluntários à comunidade do corpo e da saúde:

Num mundo inconstante, marcado pelo esvaziamento das instituições de referência e pertencimento, a *concretude do corpo* próprio e os *parâmetros da biologia* tornam-se uma das poucas fontes de certeza, segurança e estabilidade a qual recorrer. (ibid., p. 43, grifos meus)

Trata-se, segundo Lucien Sfez (1996), de um projeto utópico de “*uma vida de bem estar desembaraçada de doenças que comprometem o equilíbrio da natureza*”, caracterizado pela suspensão das instâncias intermediárias entre o indivíduo e a ciência, e pelo destaque, enquanto valor moral, da capacidade de adequação dos indivíduo às prescrições sobre seu corpo e sua saúde. Tal é o contexto em que os

atributos corporais deixam de ser guardiões de uma identidade interior para tornarem-se a própria identidade. (Ibid., p. 44-45)

No âmbito da medicina, radicaliza-se a submissão das normas culturais ao projeto fisicalista, na medida em que a tecnologia e seu ideário vão se ampliando e tomando conta do campo antes dedicado às “humanidades”. (Ibid., p. 46)

Com o biológico apresentando-se como suporte da auto-identidade, os indivíduos vão se ajustando a determinada característica corporal ou doença, que passa a definir e regular as formas de subjetivação. Desta tendência derivariam as bioidentidades e as formas de ascese contemporâneas – as “bioasceses”, assim denominadas por Ortega (2002), as quais não visam à liberdade e à transgressão, mas sim à disciplina e à uniformidade, e *“fundem corpo e mente na formação da bioidentidade somática”*. Ortega assim distingue as ascèses clássicas das bioascèses:

Nas ascèses clássicas greco-romanas e cristãs (...) o corpo possuía sempre um valor simbólico, estava na base da constituição de um *self* dono de si, que, mediante as práticas de ascese corporal e espiritual, legitimava-se para a vida política, atingia um conhecimento de si ou se auto-anulava na procura de Deus. Em contrapartida, nas modernas bioascèses e tecnologias do *self* o corpo obtém um novo valor. Na sua materialidade sofre um desinvestimento simbólico: já não é mais o corpo a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo, estando ao seu serviço. (2002 apud Lima, 2005, p. 52)

É nessa forma de bioascese que o “acumulador de sensações”, descrito por Bauman, encontra a senha para o acesso à comunidade do corpo. *“Quando o fisicalismo e os atributos externos começam a substituir os referenciais clássicos da interioridade na constituição subjetiva do indivíduo contemporâneo, a corporeidade se torna o lastro possível de uma débil tentativa de se estabelecer uma narrativa de si, uma biografia”*. Na tentativa de combater os efeitos da superficialidade da existência, recorre-se à superfície corporal como panaceia para a identidade em crise. O organismo, em cada recanto anatômico, torna-se público ao ser esquadrinhado por *scanners* e exposto pela genética, em seus mais microscópicos sítios. *“Esta superficialização de toda a estrutura corporal espelha e reforça o desmonte do sujeito interior: nenhuma psicologia consegue fazer frente ao oferecimento do corpo como início e fim da identidade pessoal.”* (Ibid., pp. 54-55)

Lima refere-se a diversos agentes e agências que tomam parte do processo que entrelaça consumo, mudanças subjetivas e corporalidade. Além dos diretamente ligados à indústria farmacêutica, ele cita jornais e revistas semanais, livros de “autoajuda” ou “divulgação científica”, consultores de programas de TV, profissionais de saúde e educação, associações de pais de portadores de transtornos – todos a alimentar a busca por um sentido biológico para os sofrimentos humanos, por melhor performance física ou pela saúde perfeita. (Ibid., pp. 55-56)

O autor ressalta ainda o papel que a psiquiatria, com suas categorias diagnósticas, tem desempenhado na transmissão da cultura das bioidentidades: *“dizendo-se ‘remedicalizada’ – ou seja, afastando-se das influências oriundas das ciências humanas, em especial da psicanálise – nas últimas duas décadas, e privilegiando as concepções biológicas na compreensão de distúrbios mentais, ela tem reforçado um processo de ‘medicalização’ de condutas e estados emocionais”*. É este o caso do TDAH – diz ele –, cuja grande presença no discurso médico e na mídia atuais reflete e alimenta uma *“atmosfera social permeável”* (Bezerra Jr., 2000), seduzindo pais, educadores e outros indivíduos. Nos seus domínios – avalia Lima – *“condutas e afetos são reduzidos a epifenômenos das atividades das redes neuroquímicas cerebrais, à medida que eventos psíquicos como a atenção são tomados como meros acessórios da fisiopatologia neural”* e, em seu entorno, *“bioidentidades vêm sendo construídas e formas de biossociabilidade se estruturam”*. (Ibid., pp. 55-56)

Para Lima, entretanto, não se trata de propor um reducionismo sociocultural em substituição ao fisicalista. Seu exercício crítico faz parte de uma aposta – da qual compartilho no desenvolvimento deste trabalho – na possibilidade de proliferação de diferentes discursos sobre o TDAH e na utilidade de se preservar os vocabulários psicológico e o biológico, entre outros, na abordagem das vicissitudes humanas – *“Apesar da hegemonia do fisicalismo, julgamos ser possível elaborar um **modo não-reducionista** de se entender e valorizar a exigência contemporânea de externalização da subjetividade, modo **que se refletirá num repertório clínico de descrições e ações mais ricas e úteis**. A ênfase no corpo, na exterioridade e na atenção, ao contrário do que a cultura do TDA/H tenta provar, não significa necessariamente morte do campo dos valores e redução de tudo aos índices sensoriais da corporeidade”* – conclui. (Ibid., pp. 149-153, grifos meus)

II – Psicopedagogia e desatenção

1. Especificidades do campo e fundamentos da clínica psicopedagógica

Em sua origem, a psicopedagogia instituiu-se – com a inauguração de Centros Psicopedagógicos em Paris na primeira metade do século XX (Andrade, 2004; Bossa, 1994; Masini et al., 1993) – como prática de cunho médico-pedagógico que visava a auxiliar crianças e adolescentes que apresentavam dificuldades de comportamento na escola ou na família, segundo padrões da época. O atendimento *reeducativo* consistia em identificar e tratar das dificuldades com ações de medicação, classificação de desvios e elaboração de planos de trabalho, e sua base teórica provinha fundamentalmente da Psicologia, da Psicanálise e da Pedagogia (Bossa, 1994). Conforme Masini et al. (1993), o médico era o responsável pela realização dos diagnósticos, embora as equipes de atendentes fossem compostas por psicólogos, psicanalistas, pedagogos, reeducadores de psicomotricidade, de escrita, etc. (Ramos, 2009, p. 10)

Para além da consideração de problemas comportamentais, os casos de crianças e adolescentes tidos como inteligentes, mas que apresentavam problemas de aprendizagem, foram ainda incluídos por Maurice Debesse, em 1948, como preocupação psicopedagógica. Diferenciados daqueles que possuíam deficiências físicas, mentais e ou sensoriais, esses indivíduos tornaram-se objeto de ações reeducativas orientadas para o desaparecimento de seus sintomas – prática denominada “Psicopedagogia Curativa” ou “Pedagogia Curativa”, a qual designava, segundo Drouet (1995), além da reeducação especializada, exercícios de readaptação. (Ramos, Ibid., p. 11)

Tal enfoque, apesar de contestado por vários pesquisadores a partir da década de 1960, perdurou por muito tempo na história da psicopedagogia e marcou presença nos primórdios de seu florescimento na Argentina e também no Brasil, sob forte influência do país vizinho. Apesar de uma experiência psicopedagógica inicial aqui desenvolvida, de cunho preventivo e voltada para a relação professor-aluno – a criação do Serviço de Orientação Psicopedagógica da Escola Guatemala, na

Guanabara, escola experimental do INEP-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira / MEC (Masini et al., 1993) –,

(...) a literatura revela que a finalidade que predominou na história antiga da Psicopedagogia brasileira foi a de atuar nos problemas referentes às disfunções neurológicas ou, mais precisamente, naquilo que foi denominado na época de “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). Essa tendência, fortalecida notadamente por volta da década de 70, ilustrava no momento uma interpretação psiconeurológica do desenvolvimento humano, bem como sustentava uma visão orgânica e patologizante sobre os problemas de aprendizagem. Sob essa perspectiva, tais problemas eram tratados como originários de disfunções neurológicas tão pequenas que, por essa razão, acabavam não sendo detectadas nos exames clínicos, embora provocassem alterações de comportamento. (Ramos, Ibid., pp. 11-12)

Foi na própria década de 70 que, sob essa herança conceitual médico-pedagógica, surgiram os primeiros cursos de psicopedagogia no Brasil, como complementação da formação do psicólogo e do educador. Somente em 1979, após quase duas décadas de efetiva prática psicopedagógica no país, surgiu o primeiro curso de especialização em psicopedagogia, inicialmente denominado “Curso de Reeducação Psicopedagógica”, no Instituto Sedes Sapientiae (SP) – instituição que preferiu abrir mão da validação acadêmica de seus certificados em favor da liberdade de pensamento e expressão multidisciplinar, da formação de profissionais comprometidos com os direitos da pessoa humana (Andrade, 2004). Com o passar dos anos, sobretudo na década de 90, as especializações e os cursos de aperfeiçoamento proliferaram e expandiram-se por todo território brasileiro. (Ramos, Ibid., pp. 12-13)

Apesar dos novos cursos fundados a partir de meados de 2000 – de graduação, mestrado e doutorado em psicopedagogia – e do acréscimo significativo de produção acadêmica decorrente (Fontes, 2006), a tradição de formação aligeirada na área ainda se mantém no Brasil. Com o predomínio de cursos breves de especialização *lato sensu* ou de aperfeiçoamento – alguns semipresenciais ou à distância –, oferecidos a diferentes profissionais das áreas da saúde e da educação, a formação do psicopedagogo brasileiro acabou por se distanciar – e muito – de sua matriz: na Argentina, os cursos de graduação com aproximadamente cinco anos de duração mantêm-se como regra desde o início. (Ramos, Ibid., pp. 13-14)

Tais contrastes, para Fernandes (2011), produziram diferenças significativas no desenvolvimento do campo nos dois países: enquanto a psicopedagogia no Brasil encontra-se ainda hoje em maturação – condição evidente na literatura, notadamente pela diversidade de definições acerca do campo de atuação do psicopedagogo, e na própria falta de reconhecimento legal da profissão – a psicopedagogia argentina já se firmou, há algumas décadas, enquanto espaço legitimado de exercício profissional e produção de conhecimento.

Desde sua fundação em 1980, a Associação Brasileira de Psicopedagogia – ABPB, entidade de representação da classe, busca consolidar a identidade legal da categoria. Em 1992, tendo dentre seus principais objetivos melhor delimitar os objetivos da psicopedagogia e a identidade do psicopedagogo no Brasil, aprovou um código de ética¹⁷, documento que passou a funcionar como matriz e referência para a formação de psicopedagogos e o exercício da profissão. Tal código definia então a psicopedagogia como campo de atuação em saúde e educação voltado para o processo de aprendizagem humana em seus padrões normais e patológicos, considerada a influência do meio, e preconizava a atuação do psicopedagogo por meio de procedimentos, técnicas e métodos próprios ao campo, mas valendo-se das diferentes áreas do conhecimento para a compreensão do ato de aprender, dada sua natureza interdisciplinar. (Ramos, Ibid., pp. 14-15)

A psicopedagogia – diferente do que em geral se supõe – não se resume a uma fração da psicologia ou da pedagogia, ou ainda a uma junção reducionista entre ambas. Trata-se, antes, de uma área de conhecimento e de atuação profissional voltada para a temática da aprendizagem, do sujeito que aprende. Para além da convergência em torno das dificuldades de aprendizagem e do fracasso escolar, de início predominante, sua preocupação atual, mais abrangente, volta-se à compreensão do processo de aprendizagem humana, considerando os diversos fatores intervenientes – físico, emocional, psicológico, pedagógico, social, cultural, etc. (Ramos, Ibid., p. 16)

Espera-se que o psicopedagogo atue, tanto na clínica quanto na instituição, por meio de um olhar multidisciplinar – *inter e transdisciplinar*, conforme versão

¹⁷ Elaborado pelo Conselho Nacional da ABPp do biênio 1991/1992, disponível em <www.abpp.com.br/codigo_etica_psico.pdf> (versão reformulada pela gestão 2011/2013, em vigor deste 05 de novembro de 2011). Tal versão atualizada encontra-se aqui reproduzida no Anexo III (pp. 116-120).

revisada do referido código de ética. Se na clínica o foco principal é a reintegração do sujeito com problemas de aprendizagem ao processo, no âmbito institucional prevalece o caráter preventivo de atuação, mais ligado à reflexão e discussão de projetos educacionais, processos didático-metodológicos e dinâmicas institucionais. Tais dimensões, entretanto, se entrecruzam, e sempre que o enfoque clínico for evocado, ainda que em uma instituição, o papel do psicopedagogo não seria o de eliminar o sintoma em questão – tarefa mais condizente com a de um “professor de reforço” – mas sim de diagnosticar e intervir no problema que o gerou. (Ramos, *Ibid.*, pp. 17-18)

Ramos assinala que, não obstante o consenso prevalecente quanto ao objeto de estudo da psicopedagogia – a aprendizagem humana – o mesmo não se observa em relação às trajetórias de intervenção e de pesquisa que a partir dele se desdobram. A concepção de aprendizagem, a visão de homem e a qualidade da formação de cada profissional constituem fatores determinantes dos diagnósticos, das intervenções e das pesquisas que serão desenvolvidos. (*Ibid.*, p. 19)

A propósito dessa implicação apontada pela autora, que tem se mostrado efetivamente presente no campo, considero oportuno aqui destacar o papel da experiência clínica em si – seja ela própria ou compartilhada por outrem – enquanto instância demandante de buscas e reposicionamentos que, quando assim assumida, revela-se (trans)formadora. Acerca deste aspecto, além do já exposto sobre a minha própria trajetória, acrescento que – tanto no trabalho desenvolvido junto a alunos da especialização em psicopedagogia, ao supervisioná-los no percurso do primeiro diagnóstico, quanto ao repensar a clínica ao lado de psicopedagogos que me procuram para supervisão dos atendimentos – não raro tenho testemunhado tais movimentos vivos de reconstrução do olhar e reorientação da prática psicopedagógica.

Concordo com as pontuações de Ramos referentes aos aspectos fundamentais a serem sustentados na práxis psicopedagógica: como psicopedagogo, há que se ter muita sensibilidade ao abordar e fundamentar questões relativas à aprendizagem humana, de modo a não endossar acriticamente suspeitas que recaiam sobre o sujeito que padece, tais como “faltas”, “anormalidades”, “doenças”, “carências”, etc. Daí a relevância de

(...) uma atuação psicopedagógica abrangente, tanto em termos dos saberes utilizados quanto do diagnóstico realizado, para que ambos

(saberes e diagnósticos) não se limitem a focar unilateralmente e isoladamente o sujeito objeto da queixa. A prática psicopedagógica que aqui se defende estaria cientificamente embasada e eticamente preparada e aberta para uma leitura mais dinâmica e ampla sobre o sujeito e sua aprendizagem. Considera-se, portanto, que não apenas a pessoa encaminhada seja focada no processo diagnóstico, mas também as inúmeras variáveis que interferem na aprendizagem e no desenvolvimento dela, incluindo todo o seu meio social, histórico e cultural circundante, até mesmo os agentes responsáveis pela realização da queixa e do encaminhamento”. (Ibid., pp. 19-20)

Tal foi a noção de prática psicopedagógica privilegiada na minha formação em psicopedagogia, e é a que ainda hoje reverencio – observadas as contribuições de Figueiredo em torno do cuidar – enquanto parâmetro ético de trabalho no campo¹⁸. Para sustentá-la nas diferentes intervenções mobilizadas pela clínica, venho mantendo como referenciais teóricos fundamentais, entre outros, os constructos de Sara Paín¹⁹ em torno das perturbações do aprender; a compreensão winnicottiana acerca da constituição e desenvolvimento do *self* em interação com o ambiente e suas implicações nos processos de aprendizagem e na clínica; os aportes à psicopedagogia de Alicia Fernández²⁰, com destaque aos relacionados à temática da desatenção. Apresento a seguir, sinteticamente, essas construções teóricas que – tal qual a rede para o equilibrista²¹ – vêm amparando minha prática clínica.

Paín (1985) postula que a educação, enquanto dinâmica de transmissão da cultura, cumpre na sociedade quatro funções interdependentes por meio do *processo de aprendizagem*: a mantenedora, a socializadora, a repressora e a transformadora. Assim, a aprendizagem se dá simultaneamente como instância alienante e como possibilidade libertadora. Sob tal ótica, o sujeito que não aprende deixa de realizar

¹⁸ Subentende-se aqui que tal exercício – enquanto campo de relações inter-humanas marcado por afetações mútuas – impõe ao psicopedagogo reflexões, trocas e orientações em supervisão, bem como elaborações viabilizadas e ou potencializadas por meio de análise/terapia pessoal.

¹⁹ Filósofa e psicopedagoga argentina, doutora em Filosofia pela Universidade de Buenos Aires e em Psicologia pelo Instituto de Epistemologia Genética de Genebra.

²⁰ Psicopedagoga argentina, com especializações em Psicopedagogia Clínica e Psicodrama.

²¹ Refiro-me aqui à imagem metafórica apresentada por Alicia Fernández (1994) em *A mulher escondida na professora*: “A teoria cumpre a mesma função que a rede para o equilibrista. O equilibrista precisa dela como sustentação, para poder inventar novas piruetas no fio por onde caminha. (...) se alguém crê que a teoria seja o lugar por onde tem que caminhar, acontecerá o mesmo que ao equilibrista que caminhasse pela rede: cairia nos seus buracos. (...) A partir da segurança que nos dá a teoria, vamos descobrindo, inventando o que fazer em cada circunstância.”

essas funções sociais, situação da qual o exercício da psicopedagogia deve se ocupar – diz a autora –, de modo a restabelecer o cumprimento de ambos esses fins educativos. Ela se posiciona criticamente frente à *psicopedagogia adaptativa* – a qual, considera, coloca o sujeito no lugar a ele designado pelo sistema – e defende uma psicopedagogia que permita “(...) ao sujeito que não aprende fazer-se cargo de sua marginalização e aprender, a partir da mesma, transformando-se para integrar-se na sociedade, mas dentro da perspectiva da necessidade de transformá-la.” (Ibid., p. 12)

Parente (2000) destaca a amplitude desse conceito de aprendizagem, o qual encerra uma compreensão de que aprendemos para fazer parte da cultura, de que por meio do processo de aprendizagem passamos da condição de filhote biológico a ser da cultura²². Como decorrência – observa ela – a aprendizagem se liga muito mais ao instinto de reprodução de um outro semelhante que à função de adaptação:

Aprendemos por amor a alguém que faz parte de uma cultura a qual passamos a querer pertencer também por um processo de identificação. Ou seja, não se aprende de qualquer um, mas daquele que está em um determinado lugar e que tem um ‘algo mais’ que se deseja ter.” (Ibid., pp. 41-42)

Paín (1985) concebe o processo de aprendizagem como *lugar de articulação de esquemas*, no qual quatro dimensões se fazem presentes – a biológica, a cognitiva, a social e outra que denomina “o processo de aprendizagem como função do eu (yo)”, relacionada à dramática intrapsíquica. Trata-se, segundo a autora, de um lugar em que coincidem um momento histórico, um organismo, uma etapa genética da inteligência e um sujeito associado a estruturas teóricas enquanto instauradoras da ideologia, da operatividade e do inconsciente²³.

No modelo postulado por Paín para pensar o funcionamento do aparelho mental – elucida Parente (2000) –, o pensamento estrutura-se a partir de duas dimensões inconscientes – uma voltada para a constituição da *subjetividade*, regida pela lei do *desejo* e fundada na irregularidade do *impossível*, outra voltada para a

²² Parente pontua que Sara Paín, em consonância com a tradição freudolacanianana, “concebe a instauração da lei e a proibição do incesto como articuladores da filiação simbólico-cultural do ser humano”. (Ibid., p. 42)

²³ Paín refere-se aqui especificamente ao materialismo histórico, à teoria piagetiana da inteligência e à teoria psicanalítica de Freud.

construção da *objetividade*, fundada na regularidade *do possível* –, as quais devem funcionar de modo independente e simultâneo para que uma não aprisione o funcionamento da outra. Tais dimensões ligam-se por meio da *Função da Ignorância*, definida por Paín como “um espaço opaco e vazio”, que simultaneamente as separa e une, de tal forma que *uma ignora a existência da outra*, permitindo assim que cada qual cumpra sua função. Se assim for, o sujeito aprende bem – sinal de que entre tais dimensões existe uma cisão fundamental e constitutiva. Decorre daí – assinala a autora num texto posterior –

(...) a necessidade de compreender o “não-aprender” que, por ter uma função tão integradora, mantém a criança *assujeitada* em um lugar por onde o prazer da aprendizagem não pode circular. O dispositivo clínico *para desarmar a armadilha* que a dimensão afetiva fez à cognitiva e, assim, ajudar a criança a ocupar um outro lugar e a resgatar o prazer da aprendizagem seria a *dupla escuta* – escuta simultânea dessas dimensões. (2008, p. 59, grifos originais)

Paín (1985) discrimina quatro tipos de fatores – os orgânicos, os específicos, os psicógenos e os ambientais – envolvidos nos *problemas de aprendizagem*, e ainda diferencia estes dos *problemas escolares*, compreendidos por ela como reativos à realidade externa ao sujeito. Desse modo, a autora reconhece e propõe que se explore a participação do ambiente, dentre outros fatores, nas diferentes perturbações de aprendizagem, conforme assinala Parente (2000) no trecho a seguir:

(...) o termo *problemas de aprendizagem* é usado para referir-se a uma *problemática intrapsíquica*, ou seja, refere-se à desarticulação entre a dimensão cognitiva e a dimensão dramática do pensamento do sujeito. Já os *problemas escolares* são *atitudes reativas* a situações externas, não se encontrando, portanto, incluídos na categoria de problemas de aprendizagem. Exigem um outro tipo de intervenção, realizada indiretamente no âmbito institucional, seja com a família, a escola, seja com outras instituições envolvidas na situação.

Se a aprendizagem não é uma função saudável em si mesma e se *não aprender* não é o contrário de aprender e tem uma função tão integradora quanto o aprender, *é necessário compreender o universo em que o sujeito se encontra e a significação que o aprender adquiriu para ele*. Os problemas de aprendizagem organizam um campo de relações do sujeito com a realidade externa e com o objeto

do conhecimento, da mesma forma que o aprender o faz. *É a partir da compreensão desse campo que podemos ajudar a criança a ocupar um outro lugar por onde o prazer da aprendizagem possa circular, o que permite a autonomia do seu exercício e o desenvolvimento de um processo de apropriação significativa de conhecimentos.* (Ibid., pp. 50-51, grifos meus)

A partir do referencial teórico winnicottiano, a reflexão acerca da dimensão ambiental do não aprender adquire contornos diversos e agrega valiosos elementos ao modelo de Paín, não só em termos de compreensão do que pode estar envolvido nesses casos, mas também do modo de diagnosticar e do próprio desenvolvimento da clínica. Na concepção do psicanalista inglês, a participação do ambiente é decisiva na constituição do *eu* primitivo e fundamental para que este se desenvolva bem – compreensão aqui já contemplada por Safra, em sua proposta de compreensão do quadro sintomatológico associado ao TDAH.

Winnicott considera que o *eu*, de início, é apenas uma potencialidade, que só vai se realizar bem a partir de condições ambientais suficientemente boas. Ele postula um estado de *“preocupação materna primária”* (1956), que se configura ao longo da gravidez, por meio do qual a mãe²⁴ atinge alto grau de identificação com o seu bebê. Se tudo correr bem, ao nascer, o bebê encontra uma mãe que é capaz de se adaptar às suas necessidades, reconhecê-las e sustentá-las no espaço e no tempo, para que se constitua gradativamente uma unidade egoica. Nessa recepção do bebê ao mundo, o que está em jogo é a escuta das suas necessidades primitivas por uma *“mãe suficientemente boa”*²⁵ – para o autor, uma vivência fundamental de troca de cuidados descrita em *“A experiência mãe-bebê de mutualidade”* (1969), a qual inaugura a possibilidade de inserção do gesto criativo do bebê no mundo.

²⁴ Em conferência de 1968 acerca da comunicação mãe-bebê, ao referir-se a esse estado que se instala na mãe, Winnicott esclarece que: *“Quando digo ‘mãe’, não estou excluindo ‘pai’; nesta etapa, porém, é o aspecto maternal do pai que nos interessa”*. (1972, p. 40)

²⁵ No mesmo pronunciamento de 68, Winnicott fala da conveniência de, considerando esse contexto primitivo de interação e desenvolvimento, *“(...) empregar uma expressão como ‘cuidados maternos suficientemente bons’ (‘goodenough mothering’) a fim de transmitir uma opinião não idealizada acerca da função materna (...)”*. (1972, p. 36) Ele se refere então a uma capacidade da mãe – sob o estado de *preocupação materna primária* – de quase se perder numa identificação com seu bebê e, concomitantemente, permanecer ela própria – consciente da posição especial em que se coloca por pressupor a vulnerabilidade do bebê, mas também de que poderá gradativamente dela se afastar em poucos meses. (Ibid., p. 41)

Winnicott (1960b) ressalta que o *self* verdadeiro só se constitui como decorrência do êxito repetido da mãe na resposta ao gesto espontâneo do bebê. Diante de perturbações nesse processo, falhas do ambiente que impliquem a falta de adaptação da mãe ao bebê, este sobrevive, mas de modo *falso*: em resposta à necessidade de adaptação precoce do bebê ao ambiente, institui-se então um sistema de defesas, por intermédio do qual o bebê se submete ao ambiente – o que corresponde a um estágio inicial do *falso self*.

Ao referir-se a essas falhas ambientais no atendimento das primeiras necessidades do bebê, Parente (2003) observa que quanto mais precoce sua ocorrência, mais cedo poderá se instalar uma situação de inibição intelectual. Com Winnicott, a autora compreende que

O fato de a defesa intelectual falhar indica que a deficiência do ambiente se deu no estágio da dependência absoluta, que a criança não pôde desfrutar de experiências que permitiriam o estabelecimento da ilusão (objeto subjetivo) e que ela padece de ansiedades em relação à integração.

Daí a necessidade de favorecer um processo de regressão a esse estágio de dependência, para que o paciente possa usufruir situações que permitam constituir dimensões do *self*, colocando em marcha as potencialidades congeladas do vir-a-ser²⁶. (Ibid., p. 57)

Expressando seu modo de relacionar as ideias de Winnicott às questões do aprender, a autora compreende que o conceito winnicottiano de *criatividade* abarca o de processo de aprendizagem, o qual, por sua vez, supõe o de *autoria* e o de *apropriação criativa* de conhecimentos. Sob tal ótica, ela propõe que

A disponibilidade para a aprendizagem e o conhecimento fazem parte do potencial inato do bebê e se desenvolvem a partir do fenômeno da ilusão, do espaço potencial, transicional que se constitui a partir do processo de experiência *interpessoal* entre mãe-bebê.

²⁶ Muitas vezes, em decorrência do estado em que se encontra o paciente, uma abordagem multiprofissional é requerida. Em alguns casos de crianças precocemente traumatizadas – situações envolvendo adoção ou depressão materna pré/pós-parto, nas quais o potencial cuidador familiar mostrava-se preservado e pôde ser reavivado e mobilizado – pude, a partir da proposta de troca de escola e/ou da reconfiguração dos cuidados familiares em consideração às necessidades da criança, favorecer a gradativa emersão do gesto criativo constitutivo. Nestas situações, o conceito winnicottiano de *placement* (cf. Safra, 2006) mostrou-se de fundamental importância para o adequado manejo.

Assim, o desenvolvimento do potencial criativo é condição para o desenvolvimento de um processo criativo de aprendizagem. Quando isso ocorre, o conhecimento é uma função que dá satisfação, porque é *uma realização* e permite que o indivíduo inscreva seu gesto, dialogue com a realidade externa, usando os objetos externos para realizar-se como pessoa no mundo. (Ibid., p. 55, grifos originais)

O problema de aprendizagem, a partir desse enfoque – prossegue a autora –, diz respeito à impossibilidade de ocorrer a constituição da subjetividade e da realidade externa, e ainda ao não estabelecimento do trânsito entre ambas. Da mesma forma que o potencial criativo do bebê não se realiza se não houver o encontro, o alimento – a presença materna –, a subjetividade se perde na ausência do diálogo com a realidade. *“Não existe ato e aprendizagem criativos sem a participação da subjetividade; porém, esta precisa estar atrelada à realidade e à disciplina que a realidade impõe”* – conclui. (Ibid., p. 56)

Ao relacionar as vivências primitivas postuladas por Winnicott ao não aprender, Gilberto Safra (1999), adverte que

No jogo da especularidade, a partir do momento em que o indivíduo é reconhecido pelo outro, o mundo pode ser criado e pode vir a ser conhecido com satisfação. Este é um ponto extremamente importante em alguns casos dos assim chamados “problemas de aprendizagem”. Se a criança não criou o mundo, ele lhe parece sem sentido e excessivamente outro. Não aprender é a única maneira de preservar uma maneira pessoal e autêntica de ser. Aprender nestas condições não se discrimina de viver uma experiência de submissão e intrusão. (Ibid., p. 44)

Fernandes (2011), numa reflexão sobre o fazer psicopedagógico a partir das contribuições de Winnicott, confere destaque à provisão ambiental organizada pela mãe em atenção às necessidades do seu bebê – tanto as físicas quanto as relacionadas às regularidades temporais, aos intervalos de espera em consonância ao que o bebê pode suportar –, a qual vai introduzindo a dimensão da *temporalidade* e favorecendo a instalação de um sentimento de confiança e de ilusão criativa. O estabelecimento da comunicação empática – marcada pelo tempo subjetivo do bebê e por reiteradas

vivências *estéticas*²⁷ de *continuidade de ser* e de *previsibilidade do ambiente* – possibilita ao bebê a paulatina construção de uma imagem integrada de si mesmo e do sentido de realidade externa – pontua.

A autora enfatiza essa *dimensão de temporalidade*, que vai se instalando a partir do estabelecimento da comunicação empática, como essencial na ação psicopedagógica e propõe que – tal qual no contexto primitivo de desenvolvimento – a apresentação dos objetos na clínica psicopedagógica deve acompanhar e respeitar a necessidade e o tempo do paciente.

Em relação a este papel a ser desempenhado pelo clínico, Parente (2003) assinala que

Na criança com problemas de aprendizagem, a função de apresentar objetos do mundo externo, que atende às necessidades de realização do ser humano, é de fundamental importância, já que esta função aliada ao *holding* e ao *handling* permite a constituição do *si mesmo* e o desenvolvimento de uma relação significativa com o mundo externo, seja com o outro ou com os objetos da cultura (...). (Ibid., p. 58)

Fernandes (2011) compreende que a experiência onipotente vivenciada pelo bebê ao criar o seio – a adaptação da mãe às demandas do bebê oferece a ele a ilusão de que a realidade externa corresponde à sua própria capacidade de criar – poderá pôr em marcha todo o processo de aprendizagem. Aqui – prossegue ela –, institui-se um paradoxo: “(...) *dentro da perspectiva da aprendizagem ocorre a possibilidade de doar algo já dado e de criar algo próprio, que marcará possivelmente todo processo de autoria*” (Ibid., p. 65)

Segundo Winnicott, isto se estabelece numa área de sobreposição e não só de intercâmbio – complementa a autora, enfatizando a importância daquilo que o autor denomina “mãe-ambiente” também no *setting* clínico psicopedagógico:

²⁷ Fernandes esclarece o sentido do termo “estético” – conforme Safrá (1999) – como referido ao fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações de agrado, encanto, temor, etc., forma esta que, quando atualizada pela presença de um outro significativo, permite a constituição de fundamentos ou aspectos de *self*.

(...) Winnicott não se refere a um tipo especial de cuidado que pode ser proporcionado pela mãe através do uso de determinadas técnicas ou conhecimentos, mas de um cuidado especial que sustente uma *comunicação significativa* com o bebê. (...) A partir desse estado, de sensibilidade aumentada, a mãe poderá propiciar ao bebê a continuidade de ser, tão fundamental à constituição de seu *self*.

Observa-se neste aspecto, a atuação psicopedagógica como um espaço do cuidar de modo devotado, como essencial para que, a partir daí, possa surgir uma pessoa mais integrada, para que esta possa pôr em ação todo seu potencial criativo, muitas vezes gravemente aprisionado. (Ibid., p. 66)

No espaço clínico do jogo e do brincar – prossegue a autora –, constitui-se uma suspensão temporária da objetividade, para que se possa pôr em ação a ilusão de criar o objeto e, assim, construir a autoria sobre o objeto a ser conhecido. Aqui, o papel do psicopedagogo na relação com seu paciente é o de quem faz do conhecimento objeto de trânsito, com o propósito de que cada um, a seu modo, alcance uma meta. É nessa experiência de ilusão – permeada pelo paradoxo – que se torna possível o viver criativo:

A experiência de criação inaugura a relação de aprendizagem, o fazer acontecer, o construir cultura, conhecimento. Para Winnicott, o encontro com os objetos do mundo é, desde o início, ato de criação. É porque sou capaz de criar que aprendo. O ato criativo antecipa o conhecimento. (Ibid., p. 68)

A clínica e os escritos psicopedagógicos de Alicia Fernández (1991, 2001a, 2001b e 2012) reafirmam tópicos centrais do pensamento de Paín, e denotam ainda forte influência do psicodrama e do pensamento winnicottiano, dentre outros referenciais. Para a autora, as perturbações na aprendizagem expressam uma mensagem que é sempre singular – mas intimamente relacionada a aspectos ambientais/contextuais – e demandam uma abordagem ampliada que promova a diferenciação e a emersão do *sujeito autor*.

Referindo-se ao processo que culmina com a aprendizagem, Fernández (2001a e 2001b) postula um campo de diferenças que se abre entre *ensinantes* e

*aprendentes*²⁸, um espaço objetivo-subjetivo em que dois trabalhos simultâneos se realizam – a construção de conhecimentos e a construção de si mesmo enquanto sujeito criativo e pensante. Para a autora (2001b), o *ensinante* é alguém que *crê* e que *quer* que o *aprendente* aprenda, e que, para além de suas qualidades pedagógicas, participa do processo com sua subjetividade, notadamente a dimensão *aprendente* – “(...) *só quem se posiciona como ensinante poderá aprender e quem se posiciona como aprendente poderá ensinar*” (2001a., p. 54).

Fernández ilustra tal proposição por meio de uma cena, na qual uma mãe precisa agir em atenção ao choro do seu bebê. Ela considera que, se essa mãe parte de uma certeza, é provável que não consiga se conectar com seu próprio sujeito aprendente, tampouco intervir nesse “*entre*” (entre a certeza e a dúvida); em contrapartida, “(...) *se a mãe decide e opera segundo sua interpretação do motivo do choro do bebê, mas permanece aberta a mudar a interpretação prévia a partir da resposta do bebê, possibilitará, por sua vez, seu próprio aprendizado e o do bebê*”. (Ibid., p. 57, grifos meus)

O sujeito *aprendente*, assim, não só é ativo frente à construção do conhecimento que ‘incorpora’, mas também o é por transformar a própria situação em que está aprendendo e o próprio ensinante – conclui Fernández. O mesmo se dá na situação de aprendizagem escolar: o aluno constrói (transforma) os conhecimentos que incorpora (de que se apropria), mas, ainda, transforma a situação educativa e o professor e/ou seus colegas para poder apropriar-se de seu “*sujeito-autor*”. Assim – assinala a autora –, evidencia-se a *importância subjetivante da aprendizagem*:

O mais importante que o *sujeito autor* produz não é *conhecimento para si*, mas a transformação nele e naqueles que o circundam. Se a escola não propicia o desenvolvimento do sujeito ensinante do aluno, o construtivismo ficará apenas em um nível de boas intenções. Muitas vezes, lamentavelmente, até se utiliza uma modalidade construtivista para adaptar a criança à escola, esquecendo a parte recíproca: a escola também necessita adaptar-se ao menino e à menina. (Ibid., p. 61)

Do mesmo modo – prossegue Fernández – um pai é aquele que pode jogar com e mover-se do lugar de *pai* (lei-conhecimento) para deixar-se construir como papai, no

²⁸ Os termos *aprendente* e *ensinante* – esclarece Fernández – não são equivalentes a *aluno* e *professor*; estes referem-se a lugares *objetivos*, enquanto aqueles indicam um *modo subjetivo de situar-se*. (2001b)

espaço transicional entre ele e o filho; ou, ainda, uma mãe é aquela que pode jogar com seu lugar de mãe (cuidadora) para deixar-se construir como mamãe, no “*entre*” entre ela e seu bebê. “*O sujeito autor da criança, a partir de onde aprende, só se potencializa quando deixa aparecer em si o sujeito ensinante da criança. Ou seja, quando a mãe ou o pai deixam-se afetar pelo sujeito ensinante filho ou filha*” – conclui. (Ibid., p. 61)

Em consonância com Figueiredo em sua *teoria dos cuidados* – como se verá no próximo capítulo – pode-se dizer que, às construções de Alicia Fernández acerca dos processos de aprendizagem e da própria clínica psicopedagógica, subjaz uma compreensão de que, também no complexo campo da aprendizagem humana, “*(...) é sempre de cuidados recíprocos que se trata*” (2011b, p. 13) – como sublinha o autor.

Destaco aqui, por fim, algumas proposições²⁹ de Fernández (2001b) acerca desses processos que põem ‘*o saber*³⁰ *em jogo*’ (título da obra) e que remetem ao lugar privilegiado para “*(...) arriscar-se com o próprio saber, fazê-lo brincar, deixar aquilo que é preestabelecido para dar vazão ao poder da criação*”³¹ – o espaço transicional, de jogo, de confiança e criatividade –, espaço de experiências compartilhadas a partir do qual o olhar, a escuta e a própria clínica psicopedagógica, conforme a compreendo, fundam-se e reconstróem-se constantemente:

- o ser humano, para aprender, põe em jogo seu organismo herdado, seu corpo e sua inteligência construídos interacionalmente, e a dimensão inconsciente;
- a aprendizagem é dramatizada no corpo a partir da experiência de prazer pela autoria;
- o que convoca e nutre o pensar é a geração de um espaço entre o ensinante e o aprendente que transforme as frias ações e informações em

²⁹ Trata-se de parte dos enunciados elencados por Fernández ao final do primeiro capítulo de *O saber em jogo* (2001b), os quais ela se propõe a desenvolver ao longo da obra.

³⁰ Fernández (2001b) distingue *saber* de *conhecimento* retomando o que propusera em *A Inteligência Aprisionada*: “O conhecimento é objetável, transmissível de forma indireta ou impessoal; (...) é factível de sistematização nas teorias; enuncia-se através de conceitos. (...) Em troca, o saber é transmissível só de modo direto, de pessoa a pessoa, experiencialmente; (...) só pode ser enunciado através de metáforas, paradigmas, situações, histórias clínicas” (1991). A partir de Bollas, ela acrescenta que “(...) o saber permite-nos *perceber, organizar, recordar e usar* o mundo. O saber não só intui, como também implica uma organização e convoca recordações, dando poder de uso” – incluindo, ainda, esta citação do autor: “(...) O saber não é instintivo, nem um bloco irremovível. Pelo contrário, esse saber, que embora careça de palavras conceituais para ser expresso, constrói-se pela experiência de vida na história do sujeito. O saber está sempre em construção (...)” (Bollas, 1989). (Ibid., pp. 63 e 65)

³¹ O trecho transcrito corresponde a parte da nota da tradutora, Neusa Kern Hickel, inserida em meio aos “agradecimentos” de Fernández (2001b, p. vii). Hickel referia-se à escolha do título da edição brasileira (o original é *Poner en juego el saber: psicopedagogía propiciando autorías de pensamiento*).

situações pensáveis, as quais possam ser interrogadas, entendidas e modificadas;

- cada pessoa vai construindo, ao longo de sua história, entrelaçando as experiências que lhe oferece o contexto social e cultural, não só sua inteligência e seus sistemas de conhecimento, mas também uma determinada modalidade de aprendizagem;
- a aprendizagem é um trabalho de reconstrução e apropriação de conhecimentos a partir da informação trazida por outro e significada pelo saber. Essa construção de conhecimento, por sua vez, constrói o próprio sujeito como pensante e desejante, autor de sua história;
- para bem definir a inteligência, precisamos falar do vínculo que o sujeito tem com a realidade, e esse vínculo não é de adaptação. Ao contrário, o pensamento, a criatividade e a inteligência supõem movimentos de desadaptação: “desadaptação criativa”;
- a inteligência permite ao sujeito sua inserção na realidade e a invenção de outras realidades possíveis. (Ibid., pp. 42-43)

2. Diagnóstico psicopedagógico e supostos desatentos: a escuta clínica e o lugar das queixas e diagnósticos pregressos

“A hipótese fundamental para avaliar o sintoma que nos ocupa é não considerá-lo como significante de um significado monolítico e substancial, mas pelo contrário, entendê-lo como um estado particular de um sistema que, para equilibrar-se, precisou adotar este tipo de comportamento que mereceria um nome positivo, mas que caracterizamos como não-aprendizagem. Desta forma, a não aprendizagem não é o contrário de aprender, já que como sintoma está cumprindo uma função positiva tão integrativa como a desta última, mas com outra disposição dos fatores que intervêm. Por exemplo, a maioria das crianças conserva o carinho dos pais gratificando-os através de sua aprendizagem, mas há casos nos quais a única maneira de contar com tal carinho é precisamente não aprender. O diagnóstico do sintoma está constituído pelo significado, ou, o que é a mesma coisa, pela funcionalidade da carência funcional dentro da estrutura total da situação pessoal.”

Sara Paín (1985, p. 28)

Desde minha primeira experiência de diagnosticar, ainda como aprendiz da psicopedagogia, trago comigo a noção de que realizar um diagnóstico

psicopedagógico é empreender uma complexa jornada clínica ao lado de um indivíduo com questões de aprendizagem – considerando os diferentes fatores e dimensões presentes/intervenientes neste processo –, no transcorrer da qual um enigma deve ser elucidado: o que há por trás das queixas? o que, afinal, o insucesso na aprendizagem oculta? A teoria de Paín (1985 e 1996), bem como o seu modelo de diagnóstico (1985, Cap. 5) foram-me então apresentados como eixo norteador desse percurso.

Se, por um lado, naquela proposta formativa havia um planejamento prévio do que seria vivenciado pelos alunos em cada uma das sessões diagnósticas, por outro, a professora Anete Fernandes conferia ênfase à qualidade da interação que deveria se estabelecer: ao tipo de olhar e escuta a serem gestados – nas “entrelinhas” se apresentariam os dados mais relevantes; à atitude de acolhimento e sustentação que deveria permear os encontros com o paciente, a família e os educadores; à importância do vínculo positivo para que se constituísse um processo significativo. Vivenciariamos então aquilo que fosse possível, respeitando sempre as possibilidades e o tempo do paciente, acolhendo recusas e obstáculos enfrentados na trajetória como dados relevantes para a elaboração das hipóteses diagnósticas – afirmava ela reiteradamente.

A experiência evidenciaria ainda o caráter compreensivo e interventivo do diagnóstico psicopedagógico, na medida em que: a família e a escola seriam chamadas a contribuir com informações, relatos e reflexões sobre os casos e receberiam devolutivas ao final; os pacientes, no transcorrer dos diferentes procedimentos diagnósticos, expressariam seus modos de interagir e de aprender – fruto do processamento afetivo e cognitivo das vivências no mundo que lhes fora possível; a permanência da caixa psicopedagógica durante as sessões favoreceria a instauração de um espaço de jogo, de confiança e de criação ao longo do processo e também a apreensão de aspectos relativos à ruptura na aprendizagem – entendimento que, conforme Paín³², pode-se alcançar a partir da observação do brincar.

³² “O importante é descobrir como a criança brinca e em casos extremos, em que condições ela é capaz de brincar” – assinala Paín ao abordar o momento diagnóstico “Hora do jogo”. Ela descreve em detalhes o transcurso esperado do jogo em três momentos distintos – o inventário, a postulação do jogo e a integração da experiência (aprendizagem) – e propõe que se observe no brincar: distância de objeto, capacidade de inventário; função simbólica, adequação significante-significado; organização, construção da sequência; integração, esquema de assimilação. (1985, pp. 52-55)

Paralelamente às aulas e às supervisões semanais, leituras recomendadas de autores como Jorge Visca, Piera Aulagnier, Winnicott, Alicia Fernández, Sonia Parente, Maria Lucia Weiss, Lino de Macedo, entre outros, iam compondo um mosaico de sustentação dos alunos nessa construção. Em meio ao cuidado com que organizava e conduzia sua proposta interventiva, a professora Anete falava-nos – enquanto desafios permanentes – da complexidade de se apreender uma situação humana em sua totalidade e da competência técnica requerida, bem como nos oferecia um modelo de posicionamento ético diante do sofrimento humano e daquele papel que passávamos então a assumir. Tal foi, considero, o maior legado dessa rica experiência que assinalou meu efetivo ingresso no campo da psicopedagogia.

Nos anos que se seguiram, com a oportunidade de ressignificar a vivência na posição de supervisora de diagnóstico – em constante interlocução com Anete e acompanhando seus movimentos de aprimoramento desse trabalho – e, ainda, como decorrência natural do desenvolvimento da prática clínica e do contínuo estudo da psicanálise, fui delineando um estilo próprio de diagnosticar e clinicar. Mantendo os referenciais teóricos centrais, porém cada vez mais sensibilizada quanto à necessidade de confirmação/reafirmação da singularidade como condição de saúde, pude gradativamente deixar-me orientar pelo que hoje compreendo como uma *disposição empática* na clínica, o que acabou por conferir maior fluidez e efetividade aos atendimentos.

Tal movimento de abertura para o encontro com outro – de me deixar tocar pelo *sentir* do paciente e de forjar, na própria relação, o modo de interagir – tem se revelado fundamental no acolhimento de supostos desatentos e de crianças já diagnosticadas como portadoras de TDAH à clínica. Ao conduzir as sessões diagnósticas tendo clareza acerca dos aspectos a serem apreendidos³³, mas levando em consideração um modo de funcionamento que vai sendo expressado, tenho encontrado meios de conjugar o gesto do paciente com o meu, e de assim – a partir de um espaço que se abre à *comunicação significativa* – construir na interação situações

³³ Fernández elenca nove questões básicas a serem exploradas no diagnóstico psicopedagógico: “1) Com que recursos conta para aprender? 2) O que significa o conhecimento e o aprender no imaginário do sujeito e sua família? 3) Que papel foi-lhe designado por seus pais em relação ao aprender? 4) Qual é sua modalidade de aprendizagem? 5) Qual a posição do sujeito frente ao não dito, ao oculto, ao secreto? 6) Que função têm o não aprender para ele e para o seu grupo familiar? 7) Qual é o significado da operação particular que constitui o sintoma? 8) Como aprende e como não aprende? 9) O não aprender responde a um sintoma, ou é uma resposta reativa ao meio socioeducativo?” (1991, pp. 37-38)

em que não só ele se mantém concentrado, mas também seu potencial cognitivo é expressado e testemunhado. Trata-se de ocasiões privilegiadas, em que tanto a *capacidade de prestar atenção* quanto a *possibilidade de aprender* são legitimamente espelhadas, produzindo surpresa e grande satisfação de ambas as partes.

A partir desses momentos vivenciados, encontro profundo sentido nas considerações de Fernández (2012) em torno daquilo que denomina “*potência atencional da alegria*” – as quais compreendo como fruto do diálogo profícuo da autora com as postulações winnicottianas relativas à emersão do *gesto criativo* do bebê enquanto condição de constituição e desenvolvimento do seu *si mesmo* no mundo:

Para promover a *capacidade atencional*, assim como para retirá-la do aprisionamento, precisamos realizar uma operação muito anterior ao diagnóstico de seus déficits: resgatar a *potência atencional da alegria*.

A alegria é a disposição ao encontro do imprevisto. Distrair-se do previsto, do imposto, da dificuldade, para *atender* à possibilidade, que é a condição básica para aprender e a substância do brincar. É partindo desse lugar que se presta “atenção”. Estar suficientemente distraído para deixar-se surpreender e suficientemente atento para não perder a oportunidade, diz Paín. (...)

Os *espaços atencionais* são intersubjetivos: neles, pode-se desenvolver e experienciar a genuína alegria da autoria. Alegria que vem de mãos dadas com a capacidade para a surpresa e a espontaneidade, conformando a energia imprescindível para que a agressividade saudável, criativa e necessária ao processo de pensar não se transforme em violência contra o mesmo sujeito e o seu entorno. (Ibid., pp. 16-20, grifos originais)

É patente que as referidas manifestações revelam-se de forma gradativa, pois emergem da consideração ao modo de ser e ao tempo do paciente, porém – aos olhos do psicopedagogo *atento* – muitas vezes fazem-se notar em pequenos gestos desde o primeiro encontro. São dados significativos que, entrelaçados aos demais que vão sendo obtidos/produzidos nos encontros com a escola e a família e o desenrolar das sessões avaliativas, acabam por colocar em xeque as queixas e os diagnósticos pregressos, na medida em que, invariavelmente, têm produzido indícios de *desvios e extravios do cuidar* no entorno desses indivíduos – seja no próprio ambiente escolar/

familiar em que se inserem, seja no contexto primitivo de constituição psíquica do *eu* – observação geral que será retomada adiante, na discussão do caso clínico.

Cabe neste momento sublinhar que – independente da efetiva presença de um transtorno de atenção – esse percurso avaliativo tem permitido identificar diferentes fatores relacionados à participação deletéria do ambiente na construção e/ou manutenção do quadro clínico em questão. O subsequente desenvolvimento de uma proposta interventiva ampliada – configurada a partir desses achados, de modo a contemplá-los em sua especificidade tanto no *setting* clínico, quanto em interlocuções com os diferentes *cuidadores* envolvidos³⁴ – tem permitido que muitos supostos desatentos assumam o próprio percurso escolar com competência e, inclusive, prescindam do uso da medicação.

Tal conquista de autonomia, entretanto, está condicionada a que não se aceite passivamente o rótulo e as impossibilidades que o mesmo demarca e ‘congela’: repensar a suposta incapacidade de prestar atenção é condição obrigatória para que a resposta genuinamente *atenta* possa ser *construída* – tanto pela criança quanto por seus cuidadores. Fernández (2012) postula que *o pensar* surge da necessidade de resolver conflitos e da confiança em poder resolvê-los; para ela, a inteligência, enquanto capacidade de *desadaptar-se criativamente*, supõe certa negociação entre o impossível do desejo, o possível do pensar e o provável da *atividade transformadora*:

Se a inteligência operasse adaptando-se para sobreviver, e fosse uma capacidade biologicamente determinada, a *atenção* seria simplesmente uma função utilizada para cumprir esse triste objetivo. Ao contrário, a inteligência opera no produtivo e paradoxal espaço entre duas necessidades em tensão divergente: a necessidade de diferenciar-se do outro e a necessidade de ser aceito como seu semelhante e querido por ser um outro humano. A atenção, portanto, não é uma função, mas inversamente, sustenta-se nessa tensão entre desadaptação/adaptação, mediada pela criação.

Considerar que primeiro devemos nos acomodar à realidade, para logo modificá-la, deixa de lado um aspecto central do ato de pensar. Ato que tem como condição de possibilidade de sua própria emergência, a simultaneidade entre certo descontentamento com o que nos oferece a realidade externa/interna e o desejo de mudar algo

³⁴ A depender da gravidade/especificidade do quadro clínico apreendido, deve-se observar a necessidade de conjugar o atendimento psicopedagógico a outras modalidades de cuidados, como a psicoterapia psicanalítica, a terapia familiar, a terapia fonoaudiológica, entre outras.

nela. Tal simultaneidade supõe a experiência de autoria situada em uma relativa confiança em nossa capacidade de ser agente de alguma transformação. (Ibid., p. 226, grifo original)

Para a autora, a aprendizagem não se realiza por responder a um suposto de atenção como focalização frente a um estímulo externo, mas sim porque aqueles que efetivamente alcançaram tal realização “(...) *puderam sonhar, imaginar, recordar, distrair e, portanto, pensar*”³⁵ (Ibid., p. 97, grifo original).

Fernández compreende ainda que as mudanças que vêm se processando nos modos de subjetivação implicam repercussões tanto nos modos de *atender* – ou seja, na construção do que denomina *modalidades atencionais* – quanto no modo com que nós, *profissionais da educação e da saúde*, conferimos significado à nossa posição e pensamos nossas práticas; ela aponta então exigências que nos convocam diante desses desafios contemporâneos. Destaco-as propositalmente na finalização deste capítulo, assinalando a cota de responsabilidade a ser assumida por cada um de nós, cuidadores implicados na atenção a esses indivíduos, na construção conjunta e contínua de uma abordagem ética da problemática:

- Diferenciar os movimentos de *desatenção reativa* dos saudáveis indícios de *distração criativa* e ambos das diferentes formas de *atenção aprisionada* e, por sua vez, os três anteriores dos poucos casos de dano neurológico que comprometem a atenção. Para poder realizar um diagnóstico diferencial entre as diversas situações nomeadas, urge trabalhar e estudar a *atenção como uma capacidade*, assim como a *atividade/agressividade lúdica* como espaço subjetivo/objetivo em que a chamada hiperatividade não seria necessária, evitando assim atos agressivos contra o entorno e contra si mesmo.
- Analisar os modos de subjetivação promovidos na atualidade e suas consequências na atenção, com o objetivo de encontrar recursos que

³⁵ O psicanalista Contardo Calligaris (2010), em artigo publicado na Folha de São Paulo, refere-se a duas pesquisas em neurociências, então recém-publicadas, que revalorizam a divagação e o devaneio, e comenta: “(...) ‘Descobrimos’ o que já sabíamos: há uma *desatenção* sem a qual não se consegue pensar nada que valha a pena. Usando apenas o dito ‘controle executivo’ focado, conseguiremos cumprir tarefas adequadamente (mesmo assim, à condição que não haja imprevistos), mas não inventaremos nada. A própria invenção científica (não só a criação artística) pede um uso simultâneo de controle executivo e divagação. (...) À luz dessas pesquisas, seria bom reavaliar nossa hipervalorização da atenção focada e, sobretudo, nossa medicalização sistemática de crianças que, às vezes, com toda razão, gostam de sonhar de olhos abertos.” Tais pesquisas encontram-se disponíveis em: <www.researchgate.net/publication/6721976_The_restless_mind/file/79e4151079088ce9c3.pdf> e <www.christofflab.ca/pdfs/Smith_2006_CogSciProc.pdf>.

promovam novas superfícies de inscrição e participem na produção de mudanças nos existentes atualmente.

- Prestar atenção às *novas* modalidades *atencionais* sem demonizá-las e encontrar as possibilidades que ela possam trazer.
- Participar na construção de uma teoria sobre os processos atencionais, os modos de promovê-los e as diferentes formas em que podem ser *aprimorados*, diminuídos ou inibidos.
- Estar atento a “mitos e crenças” inseridos nos atuais modos de dessubjetivação que anulam nossos saberes e experiências.
- Escutar os novos sentimentos que afetam os adultos que têm a seu cargo jovens e crianças, nos ambientes familiares ou educativos.
- Diante dos processos que têm despojado os adultos de suas funções ensinantes e de suas responsabilidades, promover espaços de “autorias vocacionais” que permitam-lhes a conexão com a alegria de saber que seu fazer tem e produz sentidos. (Ibid., pp. 97-98)

III – A Teoria Geral dos Cuidados de Figueiredo

Como premissas para sua erigir sua “*Metapsicologia do Cuidado*”, Figueiredo refere-se às atividades do cuidar como parte das obrigações e tarefas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como daquilo que cabe a todos nós enquanto de seres humanos na vida em sociedade, e aposta no potencial dos saberes e das práticas psicanalíticas como fonte de

(...) preciosos elementos para uma compreensão rigorosa do que está envolvido nos cuidados, propiciando a formulação do que poderá, talvez, ser denominado como uma ‘teoria geral do cuidar’, assentada em uma interpretação metapsicológica de tais processos, capaz de identificar seus mecanismos e dinâmicas profundas. (2009b, p. 131)

A articulação teórica configurada é endereçada a todos os agentes cuidadores, profissionais ou não. Para formulá-la, o autor recorreu a toda a psicanálise, num *atravessamento dos paradigmas*³⁶ que marcaram “era das escolas”.

Figueiredo retoma tais construções sobre o cuidar num artigo complementar, no qual dedica-se a desenvolver novas ideias para uma Teoria Geral dos Cuidados e articulá-las a uma *concepção integrada de saúde* – uma noção de *saúde* na qual “(1) os aspectos somáticos e psíquicos estejam reunidos uns aos outros, podendo ser concebidos a partir de um mesmo ‘modelo’, e (2) ambos estejam remetidos às dimensões socioculturais da existência individual”. (2011b, p.11)

Reunidos, os textos compõem um corpo teórico de fôlego, que não apenas incita cuidadores a uma reflexão aprofundada sobre suas práticas, mas também

³⁶ Em artigo sobre a clínica psicanalítica contemporânea, Figueiredo assim elucida a expressão: “Ao falarmos em *atravessamento de paradigmas*, estamos assinalando que algumas velhas separações e oposições, vigentes no plano das teorias, são vigorosamente desfeitas e transpostas nas novas perspectivas. Por exemplo, criam-se pensamentos e estilos clínicos que fazem justiça à pulsão, e às relações de objeto; que levam em conta, de um lado, desamparo e dependência original, e, de outro, desejo; que pensam em termos de conflito, e de déficit; que investigam as dimensões da fantasia, e do trauma, vale dizer, dão atenção ao intrapsíquico, e ao intersubjetivo. A partícula *e* no lugar do *ou* aponta para o caráter complexo e paradoxal assumido pelas teorizações e estilos que então se forjam, desconstruindo as velhas oposições paradigmáticas.” (2009c, p. 18)

Para o autor, tal *atravessamento* fez-se necessário para a consideração das variadas posições e funções do *objeto primário* – e de seus substitutos internos e/ou internalizados – na constituição, reconstituição e manutenção dos psiquismos. (2011b, p. 14)

apresenta-se como eixo fundamental para uma análise acurada do cuidar e/ou a estruturação de cuidados multiprofissionais comprometidos com a “*produção e sustentação da saúde do indivíduo em suas relações com os campos da biologia e da cultura*”. (2011b, p. 11) É esse, pois, o material que buscarei entrelaçar e sintetizar a seguir, e que mantereí como principal referência no exame da clínica com ‘desatentos’ a que me dedicarei no capítulo subsequente.

1. Cuidado e dimensão ética do cuidar

Quando recém-nascidos – diz Figueiredo –, no ingresso na vida e no mundo propriamente humano, somos marcados por uma complexa trama de acontecimentos que estabelecem condições e formas de nossa recepção e, em decorrência, do nosso vir-a-ser humano. Trata-se de uma série de procedimentos específicos, característicos de diferentes culturas, sociedades e épocas, e outros mais comuns – muito evidentes nesse começo de vida, mas que se repetem em outros pontos de passagem no seu transcorrer – os quais vão nos possibilitando integrações e reintegrações em diferentes planos. (2009b, p. 132)

Considerando esses diversos níveis e formas de recepção, ele identifica, onde já não dominam procedimentos e rituais que visam especificamente a cuidar da alma ou do corpo, um plano de puro *cuidado*: uma dimensão – a que chama de *ética* – da disposição do mundo humano em receber seus novos membros, por meio de operações de separação e ligação – “*corte e costura*” – decisivas no fazer sentido. (2009b, p. 133)

Propiciar ao indivíduo uma possibilidade de ‘fazer sentido’ de sua vida e das vicissitudes ao longo de sua existência, do nascimento à morte, para o autor, encerra o sentido mais profundo de todas as práticas de recepção. Este ‘fazer sentido’ dá-se e é requerido em oposição aos excessos traumáticos da passionalidade primitiva e extrema que uma vida comporta, e implica em estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que, no seu transcorrer, evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional. Assim, fazer sentido equivale a constituir para o sujeito *experiências integradas, experiências*

de integração – as quais, nesta perspectiva, não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas, facilitadas pelos *cuidados* de que somos alvo. (2009b, p. 134)

Subjaz aqui uma concepção filosófica de “cuidado”, como termo relacionado a todo *“campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomadas como ‘fatos da existência’, apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso ‘ser-no-mundo’.* Ultrapassando explicações biológicas e psicológicas, Figueiredo sustenta que o homem não apenas não ‘sobrevive’ (física e mentalmente), mas *não existe* sem *cuidados* recebidos e oferecidos. (2011b, p. 13)

A experiência das *desproporções* ou *desencaixe* – pontua ele – é uma ameaça constante de ‘sem-sentido’. *“Exige-se, ao indivíduo e às coletividades, uma contínua atividade de ‘fazer sentido’ (corte, costura e modelagem) como forma de tessitura de um solo humano para a existência, de um lugar humano para existir – um ethos”.* (2009b, pp. 134-135)

*“Toma-se assim a **existência** como abertura ao mundo regido por ocupações e preocupações de **cuidados recíprocos**, e delineia-se a partir daí uma **dimensão ética do cuidado** que implica o **habitar e compartilhar** (recebendo e transmitindo) o mundo do humano.”* (2011b, p. 13)

2. Dimensões do cuidado como *presença implicada*

O agente de cuidados – pais, médico, professor, amigo, etc. – exerce sua função, em parte, como presença implicada, ou seja, como sujeito comprometido e atuante, aquele que ‘faz coisas’. As diferentes modalidades da presença implicada do cuidador correspondem aos diferentes modos do “outro” se apresentar como agente de cuidados – o “outro” transubjetivo, o “outro” da interpessoalidade e o “outro” traumático³⁷. Figueiredo pressupõe a coexistência destas funções básicas “*sem*

³⁷ Tais modos correspondem às diferentes “figuras da intersubjetividade” operantes nos processos de subjetivação, discriminadas por Figueiredo e Coelho Junior (2004) no artigo “*Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade*”. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401702>>.

privilégios e sem prioridades lógicas ou temporais e sua persistência (transformada) ao longo de toda a existência. (2009b, p. 135 e 2011b, p. 14) São elas:

a) Sustentar e conter

Trata-se aqui do “outro” englobante – o *ambiente* (social e físico) ou um objeto que desempenha as funções de *acolher, hospedar, agasalhar, sustentar*. São as funções implicadas do *outro transubjetivo* em sua *identidade* – um agente propiciador de identificações primárias. (2009b, p. 135 e 2011b, p. 14)

“No limite e no início da vida, ele pode nem ser reconhecido como um outro diferente de mim, mas ao longo de toda a nossa existência só vivemos bem quando podemos contar com algo ou alguém capaz de exercer estas tarefas transubjetivas, mesmo que já percebamos que há uma diferença e uma separação entre nós e esse outro”. (2009b, pp. 135-136)

Figueiredo identifica duas dimensões destas funções primordiais: a de *holding* (sustentação; Winnicott, 1960), que garante a *continuidade*, e a função de *containing* (continência; Bion, 1970), que viabiliza as experiências de *transformação* (Cf. Ogden, 2004). (2009b, p. 136)

Não existimos, não nos sentimos existir, não conquistamos um senso de realidade – pontua o autor – se alguma continuidade não estiver sendo oferecida e experimentada. Diante dos percalços da vida, a continuidade não está assegurada e precisa ir sendo construída e reconstruída – tarefa do agente de cuidados que dá *sustentação*. São em geral famílias, grupos, instituições, mas também indivíduos isolados, como uma mãe *suficientemente boa* – capaz de oferecer um abraço que seja seguro, mas que não esmague seu bebê. (2009b, p. 136)

Por outro lado, é necessário crescer, expandir-se sem rupturas excessivas e mera repetições. As vias para a transformação são acessadas a partir do agente que nos oferece *continência* – aquele que é capaz de conter nossas angústias, nossos desejos e ambições, nossas curiosidades e nossos medos, de forma a transformá-los em conteúdos reconhecíveis, interpretáveis e toleráveis. São, entre outros, obras de arte, literatura, grupos, instituições, indivíduos isolados, os quais nos ajudam a sonhar,

a dar colorido, palavra e voz aos estratos mais profundos do psiquismo – formas importantíssimas do cuidar. Como exemplo, Figueiredo cita as histórias infantis, que ajudam a criança a nomear, entender, aceitar e tolerar muitos elementos de sua vida corporal e mental primitiva – base para sua transformação e crescimento pessoal. (2009b, pp. 136-137)

b) Reconhecer

Neste caso há dois sujeitos frente a frente exercendo um para o outro a função de *reconhecer*, embora a responsabilidade maior caiba ao agente de cuidados. Winnicott (1971) e Kohut (1978) são aqui referidos como autores que enfatizam esta função, a qual pode ser desdobrada em dois níveis: o do *testemunhar* e o do *refletir/espelhar*. São as funções implicadas do *outro da interpessoalidade* em sua semelhança – “*semelhança admitida como possível mesmo que antecipada, pois ao tratar o bebê como ‘semelhante’ o adulto antecipa este reconhecimento como forma de instituir aquilo que está apenas em potência, ainda **vindo a ser***”. O espelhamento sem autêntico testemunho – adverte Figueiredo – não poderá efetivar a tarefa de reconhecimento, criando imagens falseadas e alienantes do *self*. (2009b, pp. 137-138 e 2011b, p. 14)

Muitas vezes, o cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem.

Esta modalidade de cuidados pode passar despercebida, tão discreta ela pode ser, mas sua falta revela-se extremamente nociva para a instalação da autoimagem e da autoestima (dimensões do *self*), o que, por sua vez, acarreta uma série de problemas psicológicos e comportamentais. Porque é discreta e aparentemente anódina, pouco se valoriza, a não ser quando falta ou falha a disponibilidade deste cuidar silencioso que se resume a prestar atenção e responder na medida, quando e se for pertinente. Neste mundo em que as desproporções proliferam entre os desejos e seus objetos, os medos e seus motivos etc., a *experiência da medida*, enraizada em um reconhecimento preciso do outro, no que tem de mais próprio, comporta um potencial ético difícil de ser exagerado. (2009b, p. 138)

c) Interpelar e reclamar

Por fim, trata-se da tarefa de *interpelar/convocar/despertar/reclamar* pulsões, ansiedades e fantasias. São as funções implicadas do *outro traumático* em sua diferença – um trauma constitutivo e estruturante. É o “outro” marcado desde sempre pela diferença e pela incompletude, o outro sexuado e, ele mesmo, desejante, vulnerável, dotado de um inconsciente; o outro cuidador que muitas vezes se apresenta como fonte de graves sofrimentos – como no caso da “confusão de línguas” descrita por Ferenczi (1932) –, mas que pode exercer a função de *interpelar*, seduzir (Laplanche, 1992) ou reclamar (Alvarez, 1992), sem as quais o objeto dos cuidados não acede à vida e à humanidade. Figueiredo assinala que, sem a instituição da diferença, identidade e semelhança fracassariam no processo de constituição e transformação do *self*. (2009b, p. 138 e 2011b, pp. 14-15)

Um modo muito primitivo e aparentemente casual de intimar ocorre quando nomeamos ou apelidamos alguém; com isso – diz o autor – forçamos o sujeito a responder por seu nome, por sua pessoa, por sua existência, o que corresponde à função de ex-citar, chamar para fora, chamar às falas. O outro que interpela e reclama funciona ainda como agente do confronto e do limite, levando o sujeito a entrar em contato com os fatos da existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei. (2009b, p. 139)

Esta modalidade de cuidado é, por exemplo, a do professor que chama o aluno à lousa para resolver um problema, a do juiz que ouve depoimentos, a do padre que ouve confissões ou a do médico que solicita ao paciente uma descrição de suas dores e sintomas, de seus hábitos alimentares etc, ou ainda a da mãe que conversa com o filho que ainda nem sabe falar. Além disso, é claro, ela o interpela e seduz por seus gestos, olhares etc, que no conjunto o mobilizam e equivalem a uma exigência de resposta. Sem tais cuidados, um bebê não ‘vinga’. Neste caso, é claro, o sujeito não vem-a-ser imediatamente falando – embora venha a ser falante a partir do que escuta e do que lhe é implicitamente exigido como resposta. Mas ainda antes de aprender a falar, seja sorrindo, seja olhando, estendendo os braços etc, ele vem-a-ser como resposta à doce interpelação que a mãe lhe faz: a mãe reclama (Alvarez) sua presença viva e interativa. (2009b, p. 139)

3. Exageros da implicação

Os excessos da implicação de um agente no exercício do cuidar repercutem sempre em grandes prejuízos para o objeto dos cuidados. O exagero da presença enquanto intersubjetividade transubjetiva provoca uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico – o cuidado que sufoca. Já o reconhecimento ilimitado, que excede o autêntico testemunho e dele se desvia, produz especularidade narcísica em que se instaura dependência diante da atenção e aprovação alheia, um estado de alienação. Por fim, o exagero de interpelação, a presença excessiva do outro-questão, pode gerar um traumatismo crônico, quer pela impotência a que o sujeito se vê reduzido, quer pelas defesas psíquicas que constrói para manter-se vivo diante do trauma; gera sujeitos com autocritica arrasadora, ou com compulsão à adaptação absoluta às demandas do ambiente (falso *self* enrijecido e dominante), incompatível com a vida e a espontaneidade. Para Figueiredo, todos esses exageros promovem experiências de loucura precoce e comportam – em decorrência das defesas que precisam ser construídas – modos de aprisionamento psíquico, de imobilidade e incapacitação. (2009b, p. 140)

4. Objeto transformacional e cuidados

“Um objeto transformacional é identificado experimentalmente pelo infante com processos que alteram a experiência do self. É uma identificação que surge de um relacionar simbiótico, onde o primeiro objeto é ‘conhecido’, não tanto por o colocarem em uma representação objetual, mas como uma experiência recorrente do ser – um conhecimento existencial, em oposição ao representativo. (...)”

Ainda não totalmente identificada como um outro, a mãe é experienciada como um processo de transformação e esta característica dos primeiros tempos de vida perdura em certas formas da busca-do-objeto na vida adulta, quando o objeto é procurado por sua função de indicador de transformação.”

Bollas (1987, pp. 28 e 29)

Para Figueiredo, o conceito de *objeto transformacional* cunhado por Bollas (1987) situa-se na intersecção do pensamento de Winnicott e de Bion: “*facilitação, sustentação e continuidade em ser, de um lado, transformações, de outro, estão fortemente implicadas nas funções dos objetos transformacionais*”. Entretanto, ele defende ainda – a partir do exame de uma citação de Edith Jacobson³⁸ utilizada por Bollas para caracterizar a mãe como primeiro objeto transformacional – que tais transformações ultrapassariam a via da continência bioniana. (2011a, p. 46)

Em primeiro lugar, dentre as citadas atividades do objeto transformacional primário, para além da sustentação (segurar nos braços, etc.), da facilitação e da continência (colocar no colo, etc.), Figueiredo discrimina ainda a presença das funções de *reconhecimento e interpelação* (tirar do berço, sorrir, estimular, preparar, etc.). Em segundo lugar, ao lado das gratificações proporcionadas – referentes ao eixo pulsional e objetal do desenvolvimento psíquico – ele identifica também uma focalização central no desenvolvimento da atividade do ego funcional, ou seja, uma atenção ao processo de constituição narcísica. Daí – conclui o autor – o fato de Bollas ter recorrido a uma autora da *Ego Psychology* para uma descrição completa das atividades de um objeto transformacional enquanto objeto cuidador. (2011a, p. 47)

Para Figueiredo, é a natureza complexa desse objeto primário e suas funções suplementares – a coexistência de uma pluralidade de posições e funções que se conjugam numa dinâmica equilibrada de cuidados especializados – que o qualificam como sendo o primeiro *objeto transformacional*, isto é, aquele que garante as transformações necessárias ao *self* precoce para que se desenvolva. (2011b, p. 14)

Considerando as diferentes práticas socioculturais de cuidados e os dispositivos especializados que cada uma institui e sustenta – psicanálise/situação analisante, educação/relação pedagógica, arte/experiência estética, etc. –, ele propõe que, em condições ideais, cada um desses dispositivos, correlacionado a algum suporte espaço-temporal, opera como um *objeto transformacional*: “*um ambiente*

³⁸ “Quando a mãe coloca a criança de bruços, tira do berço, troca sua fralda, segura nos braços ou põe no colo, embala, acaricia, alimenta, sorri, fala e canta para ela, oferece-lhe não somente todos os tipos de gratificação libidinosa, mas também estimula e prepara o sentar, o ficar de pé, o engatinhar, o andar, o falar e tudo mais, que é o desenvolvimento do ego funcional.” Edith Jacobson, in Bollas (1987, p. 28)

capaz de produzir transformações na experiência do self dos sujeitos que nele habitam ao lhes oferecer formas especializadas de cuidados”. (2011b, pp. 12-15)

Assim, para Figueiredo, aos agentes de cuidados – *objetos transformacionais derivados* – cabe, como pressuposto, assumir todas as funções da presença implicada do objeto primário. Como decorrência, impõe-se o reconhecimento do necessário equilíbrio dinâmico das funções de implicação, bem como de que as falhas neste equilíbrio comprometem a eficácia cuidadora. Tais considerações aplicam-se também a formas institucionais de cuidados:

(...) a força das instituições (pensemos, por exemplo, nas instituições educacionais formais e informais) como objetos transformacionais reside na sua capacidade de exercer funções suplementares gerando e comportando intensidades afetivas e qualidades ideativas ricas altamente diferenciadas. Uma instituição ‘forte’ é a que proporciona experiências de transformação igualmente fortes e decisivas no curso de uma existência. (2011b, p. 15)

Outra decorrência – pontua o autor – é o reconhecimento da conveniência de uma relativa introjeção dos objetos transformacionais, ou de suas funções – internalização imprescindível para uma relativa autonomia do indivíduo, para que construa boas relações e se torne mais apto à interdependência e menos predisposto a alimentar fantasias de autossuficiência. (2011b, p. 15 e 16)

5. Implicação e reserva no exercício do cuidar

Em qualquer experiência de cuidado, para que efetivamente se instale no indivíduo uma capacidade de fazer sentido, é necessário que as três modalidades de presença implicada do cuidador e suas respectivas funções – acolher, reconhecer e questionar – mantenham-se em *equilíbrio dinâmico*, e, ainda, que o agente cuidador possa moderar seus afazeres, o que depende de sua capacidade de manter-se em reserva e desapegar-se. Nesta condição, “*ele ‘deixa ser’ seu ‘objeto’ e o não cuidar converte-se em uma maneira sutil e eficaz de cuidado, como o da mãe que deixa seu*

filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses”. (2009b, p. 141)

Nessa posição, o cuidador renuncia à própria onipotência e aceita a própria condição de dependência, cuidando do outro, mas também de si, e deixando-se cuidar pelos outros. Assim, pode exercitar e transmitir um dos mais fundamentais princípios éticos – a mutualidade dos cuidados. (2009b, p. 141)

A mãe do bebê, ao deixar-se cuidar pelo pai e pelas avós do recém-nascido, pelo médico, etc. – exemplifica o autor – mostra que pôde renunciar à onipotência e ao fascínio das relações duais excludentes, reafirmando-se enquanto cuidadora que sabe compartilhar e operar em relações complexas de colaboração. *“Sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo, nem tudo pode. Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados”.* (2009b, p. 142)

O agente de cuidados ganha muito, ainda, ao descobrir que o objeto de cuidados também pode exercer funções cuidadoras diante daquele que supostamente monopoliza tais tarefas. *“Deixar-se cuidar pelo objeto do cuidado passa a ser, em si mesmo, uma forma eficaz de cuidar.”* A partir da contribuição de H. Searles (1979), Figueiredo acrescenta: *“(...) deixar-se cuidar pelo objeto dos cuidados – na justa medida em sem exploração – tem a função de confirmar a potência e a significação do sujeito; tanto é uma chamada à ativa responsabilidade quanto uma confirmação e um reconhecimento do outro, seja um bebê, um aluno, um doente, um psicótico ou um velho debilitado”.* (2009b, p. 142)

Acima de tudo – prossegue o autor – cabe ao agente de cuidados, enquanto objeto transformacional, oferecer ao objeto do seu cuidado um espaço vital desobstruído, não saturado por sua presença e seus afazeres – espaço livre, vazio e protegido contra a presença excessiva de objetos e representações –, no qual o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades. Ao retirar-se estrategicamente – mantendo-se em presença reservada – o agente cuidador convoca à ação, ou seja, dá ensejo à atividade criativa autoerótica do sujeito (Fédida, 1992). Cria-se, assim, um *espaço potencial* (Winnicott), onde alucinar, e todas as suas variações, não só é possível, mas necessário. Da alucinação, do sonho e da

brincadeira – formas elementares do fantasiar inconsciente (Melanie Klein) – derivam todos os demais recursos psíquicos criativos a que o sujeito pode ter acesso e de que pode se apropriar, inclusive o pensamento mais racional e abstrato. Trata-se, portanto, de um não fazer que equivale à ação negativa de não impedir que algo seja e aconteça – abrir espaço e dar tempo, ausentando-se e conservando-se em reserva, para a libertação das fantasias inconscientes do sujeito. (2009b, p. 143 e 2011b, p. 16)

6. Capacidades cuidadoras: origem, exercício e transmissão

Uma das metas dos cuidados é a de levar seu objeto a desenvolver as capacidades cuidadoras – tornar-se, ele mesmo um participante ativo desses processos, ainda que sem conhecimentos especializados. O doente não se converte em médico, no entanto, espera-se que conheça algo da sua enfermidade para tratar-se melhor e não voltar a adoecer. Assim, o desejável é que as funções cuidadoras sejam introjetadas. (2009b, p. 144)

A um agente especializado – um professor, um médico, etc. –, em suas atividades diárias, não bastam conhecimentos adquiridos, repetição de modelos e cumprimento de normas técnicas de eficácia. O equilíbrio dinâmico entre suas tarefas e funções enquanto presença implicada, e suas relações com a reserva de presença – observa o autor – não são ensinados em manuais. Para tanto, é requerida uma *introjeção criativa* das funções cuidadoras – alcançada apenas quando estas se enraízam nas capacidades do sujeito ativadas pelo outro, pelo agente cuidador. Para Figueiredo, a introjeção de boas experiências e bons modelos requer um cuidar em que se abram espaços e se dê tempo, pois apenas a moderação das fantasias onipotentes do cuidador – a observância entre os limites do que faz e do que pode fazer – lança as bases para que suas intervenções não se confundam com poder e domínio. (2009b, p. 144)

Quando prevalecem poder e domínio no cuidar, dois efeitos sobrevêm: em primeiro lugar, gera-se profunda ambivalência no objeto do cuidado, que se sente simultaneamente muito cuidado e muito descuidado, muito tratado e muito maltratado, aprisionado; em segundo, suas potencialidades autoeróticas criativas não são acionadas e, no lugar de um exercício criativo e pessoal das atividades de

cuidados, encontraremos a pura e simples inaptidão para cuidar ou um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo. *“Apenas quem introjetou criativamente as funções cuidadoras e as exerce com a mesma criatividade pode transmiti-las de forma criativa e eficaz e ajudar na constituição de sujeitos responsáveis.”* (2009b, p. 144-145) Assim, no campo dos cuidados, a transmissão da capacidade de cuidar não pode ser tomada como adendo facultativo:

(...) cuidar bem é, entre outras coisas, transmitir bem as funções cuidadoras, mesmo que em uma dose modesta e limitada. O bom professor ensina a aprender e a ensinar, os bons pais geram bons filhos e bons pais, o bom médico ou o bom enfermeiro fazem de seu paciente um agente de saúde, e assim por diante. Não conseguir transmitir a capacidade cuidadora é prova, em última análise, de que ela não pôde ser bem exercitada. (2009b, p. 145)

Para o autor, o ‘bem exercitar a capacidade cuidadora’ ancora-se *“numa mescla dos bons modelos e das boas ideias introjetadas com aquilo que emerge do sujeito a partir de seu potencial de objetualização (Green), vale dizer, a partir da sua capacidade autoerótica de alucinar, sonhar e brincar na e para a produção de novos objetos a serem investidos”*. O cuidar criativo que assim se funda, mesmo quando impõe algum sacrifício, converte-se em algo prazeroso e lúdico. (2009b, p. 145)

7. Usos patológicos das atividades de cuidar e sublimação

Quando o agente de cuidados, em suas atividades de cuidar, mantém profundo contato com o *prazer de criar*, torna-se menos propenso aos riscos envolvidos nesse exercício – a configuração dos usos patológicos do cuidar. Podem se constituir, por exemplo, formas de atuação como a ‘reparação maníaca’ e a ‘reparação obsessiva’ – *“(...) com suas cargas mortíferas de onipotência e crueldade, tão mais perigosas quanto mais a fantasia inconsciente onipotente se encontra disfarçada em ação de resgate e salvamento”* –, assim discriminadas pelo autor:

Na reparação maníaca, o suposto agente de cuidado está movido pela fantasia de negar algum estrago irreparável e intolerável de que se

sente culpado, e que destruiu seus entes mais queridos e suas relações mais significativas, ao menos no campo de seu mundo interno, de sua imaginação, no plano inconsciente. (...) o cuidador imbuído dessa fantasia tenta na realidade e diante de um objeto que lhe pareça requerer cuidados – o doente para o médico e o enfermeiro, o aluno para o professor, etc – exercer tiranicamente o poder de fazer e desfazer o outro segundo seu ideal de perfeição. Ele irá “cuidar” custe o que custar, doa a quem doer, sem nenhuma empatia com a realidade da pessoa a ser cuidada, seus desejos, vontades e sofrimentos. (...)

Por outro lado, se é de prazer que se trata, não pode ser do prazer (ou gozo) perverso (sádico) de usufruir benefícios do sofrimento ou da impotência e da submissão alheia. Esta fixação do objeto dos cuidados em uma posição meramente objetual e passiva, como vimos, é um dos riscos do excesso de presença implicada e está na origem da perversão do cuidado. Não são poucos, infelizmente, os exemplos tirados das artes, da literatura e da vida de padres, professores, médicos, enfermeiros, pais, mães e irmãos, que fazem da experiência de cuidar uma oportunidade perfeita para o controle e para o prazer perversos. (2009b, pp. 146-147)

Em ambos os casos, a *alteridade do objeto dos cuidados é ignorada ou destruída*. Como decorrência, gera-se ambivalência, cumplicidade, ou mesmo, nos casos mais extremos, a morte psíquica do sujeito, com sua própria conivência. Figueiredo ressalta que, “*assim como o bom cuidador produz sujeitos capazes de cuidar e se cuidar, os cuidadores maníacos ou sádicos geram sujeitos (filhos, alunos, subordinados, etc) extremamente propensos a manter-se na dependência de seus cuidados e maltratos, repetindo este padrão pela vida afora*”. Tais sujeitos acabam por cumprir assim, inconscientemente, o papel de cuidarem (loucamente) de seus cuidadores, os quais não viveriam sem eles – a exemplo dos que psicotizam como uma forma doente de cuidar dos pais (cf. Searles, 1979), oferecendo-lhes sentido e razão de ser. (2009b, p. 147)

A *presença em reserva* do agente de cuidados, também nesses casos, constitui-se como o melhor antídoto contra os pseudocuidados. Dito de outro modo, é preciso que os cuidados façam parte das vias sublimatórias, “*que nem se confundem com as da reparação maníaca ou obsessiva, nem com as da erotização das relações de poder e proveito (fala-se em ‘erotização’ destas relações quando elas se transformam em fonte de prazer direto)*”. Afinal, trata-se do *prazer de brincar* e não do prazer sexualizado *stricto sensu*, ou seja, de uma transformação sublimada das fantasias

eróticas e agressivas mais primitivas (cf. Loewald, 1988). Na medida em que essas fantasias puderem ser transformadas e sublimadas,

as tarefas de reparação poderão ser vivenciadas sem os componentes de onipotência (maníaca ou obsessiva), pois já não terão a função inconsciente de defender o cuidador de suas próprias ansiedades: “neste caso, ele suporta as imperfeições da existência, as perdas e as turbulências da vida sem precisar negá-las magicamente. A reparação ganha um colorido criativo e as obras de criação adquirem um potencial reparatório: cuidar será tanto reparar quanto criar, será fazer novas ligações e produzir novas formas. (2009b, pp. 147-148)

8. Mutualidade dos cuidados e “compartilhamentos justos”

Figueiredo ressalta a importância do equilíbrio dinâmico entre implicações e reservas para o desenvolvimento da mutualidade na troca de cuidados, e cita Ferenczi, Balint, Winnicott e Searles como autores que se notabilizaram pela ênfase nessas questões. Para ele, inovações ferenczianas no âmbito da técnica psicanalítica, que conferiram especial destaque à mutualidade no contexto terapêutico com pacientes difíceis, seguem, ainda hoje, inspirando variantes da situação analisante original em resposta às demandas da clínica – caso de Roussillon (2005) e sua proposta da “conversação psicanalítica”. (2011b, p. 16)

De Searles – outro autor de inspiração ferencziana –, Figueiredo destaca o texto “The patient as therapist to his analyst” (1975) e suas duas teses – “*a de que uma tendência a cuidar e tratar é inerente ao humano e se manifesta praticamente desde o começo da vida, estabelecendo uma base estrutural e constitucional para a mutualidade, e a de que graves problemas mentais se originam das formas inadequadas e cruéis de o mundo adulto lidar com essas tendências*” –, a partir das quais pode-se depreender a *saúde* como associada à troca bem regulada de cuidados, desde o contexto da constituição básica. (2011b, pp. 16-17)

É, porém, a partir das contribuições de Balint e de Winnicott (1969) que as relações entre a mutualidade no contexto constitutivo e a abertura para uma existência saudável melhor se delineiam. Na perspectiva winnicottiana – pontua Figueiredo – a

responsividade recíproca seria a base da comunicação primitiva, e a comunicação entre mãe e bebê é tão ou mais importante quanto as ações de cuidado da mãe em resposta às necessidades somatopsíquicas do bebê:

Mais do que apenas alimentar o filho, a mãe deve ser capaz de comunicar-se com ele e para isso ela precisa ser capaz de estabelecer um contato em que o bebê não apenas recebe, mas pode “oferecer algo de si” com que a mãe possa se identificar, imitando e sendo imitado. Os temas da confiabilidade mútua, das projeções e introjeções recíprocas e cruzadas e, principalmente, da mútua imitação se ligam ao processo de identificação primária e à experiência de ser que, segundo Winnicott, são os fundamentos da existência saudável. (2011b, p. 17)

De modo similar – prossegue Figueiredo –, o casal Enid e Michael Balint (1951) presume que a mutualidade na oferta de ocasiões gratificantes esteja operando desde a relação primordial do bebê com seu objeto primário – cada polo como ocasião para o outro obter gratificações importantes, mas também fonte de frustração e raiva, uma vez que a plena correspondência entre demanda e oferta dificilmente é alcançada. Desse modo,

cada polo é simultaneamente objeto de satisfação do outro e objeto demandante de satisfações pelo outro: se a mãe tem o seio e o leite, o abraço e o aconchego, todo seu corpo e muito de seu tempo a oferecer, o bebê, por seu lado, tem a fome, o frio, o choro, o sono e, em definitivo, todo o seu corpo e seu desamparo a ser “oferecido”, bem como as provas de estar sendo bem cuidado, saciado, apaziguado. E cada um pede ao outro o que lhe falta quase nunca recebendo exatamente o que pediu na hora e na medida esperada. A ambivalência, a raiva e mesmo o ódio são inerentes a este nível primário e fundamental de mutualidade, segundo estes autores. (2011b, pp. 17-18)

A questão que mais interessa aos Balint (1972), entretanto, relaciona-se ao trânsito, no processo de constituição subjetiva, entre essa modalidade primitiva de trocas entre mãe e bebê e o que eles denominaram de *fair shares*, uma experiência de

“*compartilhamentos justos*”. Para eles, tal passagem depende de condições pré-edípicas já marcadas por uma boa triangulação edipiana, ou seja, da introdução de um padrão de trocas compartilhadas, uma lei de trocas e deveres recíprocos envolvendo no mínimo três polos. (2011b, p.18)

É apenas assim que os “objetos de cuidados” – bebês e crianças pequenas – podem ser instituídos como agentes cuidadores capazes de *concern*, preocupação com os outros, capazes então de assumir responsabilidades pelo cuidado de outros objetos, entre os quais seus próprios cuidadores, mãe e pai. Não se trataria, portanto, de enfatizar nem a “função paterna” de interdição, separação e legislação, nem a “função materna”, de acolhimento e sustentação, mas de sublinhar as relações de objeto instituídas entre estes polos e entre eles e o bebê que vive simultaneamente a inclusão e a exclusão relativas que uma boa triangulação edipiana proporciona, antes mesmo da entrada no complexo de Édipo, quanto mais de sua resolução. (2011b, p. 18)

Assim – diz Figueiredo –, a entrada na “posição depressiva” (Klein), com seu quociente de responsabilidade e consideração – o *concern* de Winnicott – dependeria de uma estruturação pré-edípica em que a triangulação, porém, já opera antecipada, com a experiência do bebê organizada em termos de uma relação objetal muito mais estruturada do que a da mutualidade primitiva. Será, portanto, a partir da coexistência desses dois modelos – a mutualidade primitiva (o intersubjetivo) e a relação objetal estruturada (o intrapsíquico) – que se constituirá o *campo de experiências* capazes de propiciar a passagem “natural” para os justos compartilhamentos; na sua ausência, a mera introdução de leis, interditos e ameaças de punição será ineficaz ou contraproducente. (2011b, pp. 18-19)

Figueiredo retoma, neste ponto, a problemática das falhas graves cometidas pelos agentes de cuidados, e conclui que

Todos os desvios e extravios do cuidado – falhas graves no objeto transformacional, seja em sua forma individual em uma relação diádica (como é o caso da mãe deprimida de um recém-nascido, incapaz de contato afetivo com ele), ou social, em uma relação complexa, como sugerem os Balint – resultarão em desequilíbrios dinâmicos entre implicação e reserva, e em falhas na mutualidade e na comunicação primitiva, bem como no desenvolvimento saudável dos “justos compartilhamentos”. (2011b, p. 19)

9. Cuidados e sustentação da saúde

Figueiredo propõe-se, por fim, a estabelecer uma noção ampliada de saúde, que possa ser projetada indistintamente sobre as dimensões psíquica e somática, e articulá-la às suas construções sobre o cuidar. Como ponto de partida dessa trajetória reflexiva, elege como bússola a concepção de *vida* do físico Erwin Schrödinger³⁹ (1944), para quem os seres vivos continuamente produzem, no próprio processo de vida, entropia, caos, desordem e, finalmente, inércia e morte, e só podem se manter vivos, freando e retardando sua marcha inexorável para a morte, porque são capazes de tomar do ambiente “entropia negativa” – isto é, eles continuamente metabolizam ordem; trocam desordem por ordem. Sob esta ótica, um ser isolado, impossibilitado de operar tais trocas com o meio ambiente, tende a morrer. Para o físico – prossegue o autor –, tal como já propusera Freud em *Além do princípio do prazer* (1920), “*é preciso que o ambiente introduza a diferença para que a tendência à morte seja enfrentada. (...) Vida é o que acontece nesta metabolização insistente e persistente*”. (2011b, pp. 20-21)

Agora em companhia de Winnicott (1967), rumo a uma noção de saúde para além de qualquer normatividade e da simples oposição entre *saúde* e *doença*, Figueiredo toma o “singular”, o “próprio” e o “processual” (interativo) como centrais em sua caracterização de saúde, e confere destaque, ainda, à articulação winnicottiana entre saúde individual e ambiente, físico e social. Propõe assim que:

Basicamente, trata-se do oferecimento e da “troca de cuidados” entre organismo e ambiente (com seus variados objetos, animados e inanimados, e suas substâncias), implicando a questão da confiança do indivíduo no ambiente e da “confiança” do ambiente no potencial de amadurecimento e singularização de cada indivíduo. *O saudável em um organismo vivo – e mais ainda em um sujeito humano, um existente – precisa sempre ser considerado e avaliado a partir das relações com o ambiente em que o “próprio” do sujeito, em um momento e em uma condição singulares, possa ser reconhecido, preservado, enriquecido e confirmado*. Isso vale, paradoxalmente, também para o momento de morrer (...). *O saudável é o que sustenta com maior vigor, mas dentro de limites, os processos vitais, incluindo a hora da morte* (2011b, p. 21, grifos meus)

³⁹ Prêmio Nobel de Física em 1933.

Ainda a partir do texto winnicottiano – que mantém como guia – Figueiredo destaca a relação complexa e paradoxal entre saúde e não saúde: há tanto a ênfase nos processos e estados de integração (como em Klein, 1960), como o reconhecimento (ainda incipiente na teoria kleiniana, mas plenamente assumido por Winnicott) da importância dos processos e momentos de não integração e das desintegrações – estes considerados indispensáveis no processo de crescimento e expansão (evoluções nos planos da vida pulsional, egoico ou do *self*). (2011b, p. 22)

Trata-se, por um lado, de perdas, crises, “sofrimentos”, “agonias” e “adoecimentos saudáveis” de cada idade, de cada circunstância, de cada indivíduo, incluindo a morte como “desafio saudável”, e também de defesas saudáveis, constitutivas e garantidoras desses processos. Por outro lado, há ainda que se considerar a eventual presença das defesas insalubres – estratificadas e paralisantes, contrárias à vida – mas que podem assumir funções diferentes e opostas a depender do momento e da fase de um processo. Estas, de qualquer modo, constituem-se dispositivos antiestéticos, ou seja, são limitadores da possibilidade de sentir (fruir e sofrer), a reduzir ou eliminar as intensidades afetivas intrínsecas aos processos vitais⁴⁰. (2011b, p. 22)

É em tal contexto de discussão – prossegue o autor – que Winnicott refere-se à experiência com a obra de arte como envolvendo processos de integração, crise e desintegração, prazeres e dores psíquicas. Para ele, tal experiência, bem como as demais experiências estéticas, constituem-se, em si, antídotos contra os efeitos restritivos de todas as defesas físicas e psíquicas – não só incrementam as “sensações de vida” como ampliam efetivamente as capacidades vitais, somáticas ou psíquicas:

Pensemos, por exemplo, na óbvia relação entre a saúde e as experiências atléticas e desportivas (...). *Saudável, sob este ângulo, é o organismo ou sujeito que sustenta os processos vitais em sua máxima potência, sob uma modulação contínua promovida pelos efeitos suplementares de dispositivos antiestéticos – anestésicos – de proteção, e dos dispositivos estéticos de potencialização; e isso a cada momento e a cada circunstância de sua trajetória.* Uma trajetória da qual o sofrimento e a dor não poderiam ser eliminados,

⁴⁰ Figueiredo ressalta, neste momento, a diminuição da capacidade de sofrer em alguns pacientes como uma das grandes preocupações de Bion (Levine, 2011).

ainda que devam ser moderados para se tornarem toleráveis. (2011b, p. 22, grifos meus)

Na verdade – diz ele –, todo processo no rumo da integração implica também em padecimento, em decorrência da reunião de elementos afetivos e ideativos antagônicos, díspares e até então dissociados pressionando a vida psicofísica e colocando à prova a capacidade de metabolização – a troca de desordem por ordem, como propõe Schrödinger – ou, para Bion, a transformação de elementos α em elementos β protomentais. Assim, tanto as ampliações da capacidade de sentir, fruir e sofrer, como as experiências de padecimentos efetivos – o preço pago pela integração – emergem em contraposição às *fugas para sanidade*:

Estes movimentos, manifestações das defesas maníacas, fazem parte, nos tempos atuais, entre outras tendências da mesma índole, de uma forte e difundida “fantasia de medicalização”; isso deve ser visto como um aspecto da “não-saúde” no plano sociocultural: corre-se para o remédio – como para outras drogas – como se corre para uma suposta sanidade por incapacidade de tolerar o sofrimento e as dores que são inerentes à saúde. (2011b, p. 23)

O conceito de *depressividade* cunhado por Fédida (2002) – para Figueiredo, “a capacidade de acolher, articular e elaborar a experiência emocional, regulando as intensidades afetivas, e subjetivando-as, transformando-as em sentido” (2011a, p. 19) – é assinalado por ele como outra possibilidade de tratar da condição subjetiva do indivíduo saudável:

Sob a regência desta condição de *depressividade*, os sofrimentos e as dores, bem como os prazeres e alegrias, são relativamente tolerados como parte de uma montagem somatopsíquica apta a sustentar os processos vitais, em cujas interações produzem-se afetos e fantasias, dentro das margens em que a vida pode transcorrer, para cada indivíduo, a cada momento, em cada circunstância. Sob este ângulo, *saudável é o organismo ou sujeito apto a operar com algum sistema autorregulatório em seus processos vitais – no caso dos humanos, seria a **depressividade**, capaz de assegurar uma capacidade de sofrer compatível com os recursos psíquicos do sujeito*. (2011b, p. 23, grifos meus)

Considerando o que foi visto sobre as funções básicas do objeto transformacional – prossegue o autor –, pode-se entender a *depressividade* nos humanos como uma conquista da introjeção de um *objeto transformacional competente*. Esta é alcançada, por exemplo, a partir do funcionamento *suficientemente bom* de um casal parental, à medida que toma parte não só como polo de interações do seu bebê em relações objetais primitivas, mas também como meio e matriz das interações do bebê e da criança pequena com seu ambiente, regulando tais trocas de modo a propiciar processos contínuos de metabolização, organização, integração, crises e rupturas, desintegrações e reorganizações somatopsíquicas; e, ainda, potencializando e enriquecendo – enquanto objeto transformacional internalizado – mecanismos autorregulatórios primitivos em operação. (2011b, pp. 23-24)

Sobressai-se, assim, em todas as considerações e proposições do autor em torno da saúde, a presença do que propõe Schrödinger acerca da vida e das trocas de desordem por ordem que ocorrem na metabolização: um esquema que, para Figueiredo, remete à noção kleiniana de que a vida – que desde o seu início, depende da expulsão (projeção) da pulsão de morte e da introjeção dos bons objetos externos. Nos termos de Bion – complementa ele – a metabolização seria a transformação contínua dos elementos α em elementos β , sendo que, nesse processo, algo de entrópico estará sempre sendo produzido e dejetado (elementos β) e, em contrapartida, haverá algo precisando sempre ser introjetado – as funções da *rêverie* do objeto primário para acolher as identificações projetivas do bebê e devolvê-las transformadas guardam proximidade a tal visão – diz ele.

Numa releitura do “seio bom” kleiniano e da *rêverie* bioniana a partir de Schrödinger, Figueiredo propõe que o bebê mama *ordem* (*sucking order*, na expressão do próprio físico) e não apenas “leite” – formulação que evidencia o organismo ou sujeito, desde sempre, em busca de alguma ordem no ambiente, procura esta que se dá desde o nível mais concreto e material até o mais abstrato e simbólico:

pode incluir, por exemplo, todos os cuidados organizados temporal e espacialmente que são oferecidos ao infante na sua mamada; esta, por sua vez, quase sempre vem acompanhada de músicas e palavras, troca de olhares, e carícias, sempre regulados pelos hábitos e padrões de uma dada cultura. *É a introjeção de **Ordem** em todos estes aspectos e dimensões que organiza o self e constitui gradualmente o*

*ego, o que incide diretamente na questão da **saúde** do sujeito, tal como está sendo considerada.* Eis uma posição que reúne Klein a ... Lévi-Strauss, que já dizia que uma comida boa para servir de alimento precisa também ser boa para ser *pensada*: o que está em jogo no alimentar-se é a ordem a ser introjetada. (2011b, p. 25, grifos meus)

Na ausência dessa introjeção – adverte Figueiredo –, um arremedo de ordem poderá ser buscado pelo uso de defesas insalubres, configurando uma situação oposta à saúde. Trata-se aqui da diferença entre a introjeção da ordem constituinte do *self* e fortalecedora do ego, e a incorporação de uma ordem postiça, que apenas fortalece o superego. (2011b, p. 25)

10. Da indissociabilidade entre cuidados e saúde: observações finais

Em suas observações finais, ainda com Winnicott (1967), Figueiredo propõe que a questão da saúde do indivíduo remete-nos, em primeiro lugar, ao mundo interpessoal (o mundo dos cuidados recíprocos), enfatizando que, desde o momento inicial, das relações do indivíduo com seus objetos transformacionais primários em suas funções cuidadoras – fontes de ordem, nos termos usados por Schrödinger –, trata-se do estabelecimento de relações de mutualidade com o objeto dos cuidados, evoluindo para um padrão de justo compartilhamento:

Cuidar, deixar-se cuidar e ser cuidado fazem parte do “saudável” no indivíduo e, por extensão, nas coletividades. O cuidado com o ambiente físico, natural e social são formas sofisticadas deste mesmo princípio: o fair shares passa a incluir as relações com a natureza e o ecossistema. (2011b, p. 25)

Em segundo lugar, o autor relaciona a saúde do indivíduo ao seu mundo pessoal ou interno (o da vida subjetiva em sua intimidade), destacando, com Freud e Bion, o papel insubstituível da atividade onírica em termos de elaborações e metabolizações das experiências emocionais do sujeito. Para ele, o *sonhar* – mais ou menos vivo, rico, criativo – decorre da introjeção dos objetos transformacionais, e a

relativa autonomia do sujeito em suas funções de autorregulação só é garantida pela força de tais introjetos:

(...) é a partir da introjeção do objeto bom, o “objeto estético” nas palavras de Meltzer (1988) e de Bollas (1987), e do recalçamento primário que se constitui uma reserva de sonhos e de criatividade que são ingredientes da saúde individual entendida como capacidade de metabolização bem sucedida. (2011b, p. 26)

Por fim, a noção de saúde individual é relacionada, ainda, ao mundo da experiência cultural – também um mundo dos cuidados. Trata-se dos cuidados proporcionados pelos objetos transformacionais derivados, particularmente os cuidados simbólicos do sonhar e do brincar compartilhados socialmente nas formações da cultura e na vida institucional. Neste âmbito – diz Figueiredo –, *saúde equivale à capacidade de participar criativamente da vida cultural e institucional*. Como decorrência, a *participação criativa* deve ser tomada não apenas como critério de inclusão/exclusão dos indivíduos nos sistemas educacional, econômico, carcerário, etc., mas também como um direito fundamental à saúde. (2011b, p. 26)

Assim – conclui Figueiredo –, nas diferentes dimensões da vida de um indivíduo, a saúde figura-se “*entre as práticas do cuidado interpessoal (as primárias e as derivadas), e é concebida ela mesma em termos de cuidados: por exemplo, algo tão íntimo como a capacidade de sonhar é tomada em sua função multicuidadora para o sonhador e como manifestação de um aparelho para cuidar por ele introjetado*”. (2011b, p. 27)

Como ilustração adicional acerca da relação intrínseca e indissociável entre cuidados e saúde, o autor observa que a palavra “cuidar” se origina do latim *cogitare* e que uma de suas acepções de cuidar é meditar com ponderação, cogitar, pensar. Por outro lado – diz ele –, uma das acepções de pensar é aplicar penso (curativo), tratar adequadamente, cuidar. “*Nesta medida, o que se conquista com a introjeção de um objeto transformacional é algo que se poderia chamar tanto de aparelho para cuidar como de aparelho para pensar, fórmula consagrada de Wilfred Bion (1962)*.” (2011b, p. 27)

Ele observa ainda que ambas as acepções dos dois verbos remetem-nos à experiência somatopsíquica primordial e bem integrada, antes da cisão entre corpo e mente inaugurada na filosofia ocidental moderna e contra a qual a psicanálise se insurge desde Freud. Por conseguinte,

(...) a saúde individual, além de nos obrigar à superação da oposição entre indivíduo e sociedade ou cultura – pois tanto cuidar como pensar se dão em contextos sociais e de reciprocidade, embora impliquem responsabilidades individuais e singulares –, a saúde do indivíduo também nos remete à superação desta dissociação entre corpo e mente, sempre como obra do cuidado, vale dizer, do pensamento, nesta concepção não intelectualista do termo. (2011b, p. 27, grifos meus)

IV – Atenção a ‘desatentos’ à luz da *Teoria Geral dos Cuidados*: estudo de caso

O caso clínico que ora apresento para discussão foi *construído* a partir de vivências colecionadas, por mais de uma década, no cuidar psicopedagógico de supostos desatentos⁴¹ – e decorrentes interlocuções com suas famílias, escolas e demais profissionais implicados – e sintetiza, de modo ilustrativo, aspectos clínicos, históricos e contextuais mais relevantes e frequentes nesses atendimentos. A opção por tal recurso mostrou-se a mais adequada face ao desafio de retratar com fidedignidade a natureza e a complexidade das *dinâmicas do cuidar* observadas, experienciadas ou a mim relatadas e, simultaneamente, resguardar o sigilo ético que uma exposição desse caráter requer.

As articulações de Figueiredo envolvendo cuidados e saúde – aqui recém-apresentadas – serão tomadas como eixo de reflexão e principal sustentação teórica da discussão em torno da narrativa. Importa-me, sobretudo, abarcar nessa exposição e análise a reiterada constatação clínica de que a falta de atenção do ambiente às reais condições e necessidades dessas crianças e adolescentes mostra-se imbricada com a origem e/ou a manutenção do quadro clínico da desatenção, e que, mediante proposta terapêutica ampliada – instituída a partir da consideração da *singularidade* de cada uma dessas situações – pode-se abrir caminhos tanto para a reversão dos sintomas em questão quanto para o aprimoramento do próprio cuidar, considerando-se todas as instâncias de cuidados implicadas.

Assim, o material clínico a seguir reunido destina-se não só a viabilizar a discussão acerca das inter-relações entre os cuidados vivenciados por esses sujeitos ao longo da vida e os sintomas que exteriorizam, mas principalmente a convidar leitores e cuidadores à reflexão, oferecendo-lhes uma alternativa de compreensão e encaminhamento nesses casos, que guarda potencial de repercutir em cuidados efetivos, em melhor discriminação de situações com possível comprometimento neurológico, em reposicionamentos de cuidadores, em novas reflexões e construções e, ainda, em importantes atitudes preventivas frente à banalização dos diagnósticos de TDAH e à medicalização da educação.

Passemos juntos, pois, ao estudo proposto.

⁴¹ Crianças diagnosticadas com TDAH ou encaminhadas sob suspeita de portarem o transtorno.

*À época do nosso primeiro encontro, Beto contava seis anos e meio de idade e cursava o 'pré' – atual 1º ano do ensino fundamental. Ao encaminhá-lo para avaliação psicopedagógica, a coordenadora da educação infantil referiu-se a um garotinho “do bem”, prestativo e amoroso, que não apresentara problemas até o início daquele período letivo – quando passara a se mostrar dispersivo e desvinculado do processo de alfabetização então iniciado. No breve contato por telefone, soube ainda que “Betinho” – como apreciaria ser chamado – mantinha relação cordial com os colegas, embora evitasse interação em sala de aula; na percepção dela, o ótimo desempenho de alguns alunos na leitura e na escrita o intimidava. Contou-me ainda que o garoto conservava o hábito de, em classe, manter-se próximo às professoras desde seu ingresso na escola, aos dois anos. Para além da suposta **dificuldade de memorização e fixação de conteúdos**, preocupava-lhe ainda mais o fato de a criança **preencher requisitos do questionário para detecção do TDAH**, razão pela qual sugerira à família que também providenciasse uma avaliação neurológica.*

Na primeira entrevista, a mãe demonstrou grande ansiedade e preocupação em relação ao desempenho escolar de Beto. Acreditava que o menino ressentia-se da ausência do pai – um executivo que viajava muito e, segundo a mesma, não se envolvia com as questões dos filhos. O caçula, um ano mais novo, era mais independente e bem resolvido a respeito – acrescentou então. Reconhecia que também ela, como empresária, carecia de tempo, mas alegava desdobrar-se para atender às crianças e proporcionar-lhes o melhor. Sentia-se sobrecarregada e inconformada com a falta de colaboração e indiferença do marido, por isso viviam “em pé de guerra”. O casamento, de fato, já não existia. Quando em casa, o pai ocupava o quarto de Beto, que dormia diariamente com a mãe na cama do casal. A mulher revelava-se insatisfeita, impotente e preocupada com possíveis repercussões dessas questões no desenvolvimento dos filhos.

Procurei acolhê-la, reconhecendo o peso da situação e as angústias decorrentes, e assinalei a conveniência de ela poder contar com um espaço terapêutico de expressão das mesmas – ao que se mostrou muito receptiva, solicitando-me de imediato a indicação de um profissional. Embora naquele momento estivesse ali muito mais para escutá-la, comentei ainda a importância de Beto desenvolver atitude mais autônoma, de ele ter seu próprio espaço e se manter mais

protegido das tensões e conflitos que envolviam o casal; sugeri-lhe então que incentivasse o filho a ocupar seu próprio quarto⁴². Ela reconheceu a necessidade desse movimento, tanto para o filho quanto para ela mesma; sentia que existiam questões próprias envolvidas e dizia querer muito superá-las. Mostrava-se ávida por também ser cuidada.

A mulher descreveu o filho como inteligente e comunicativo, com notória habilidade de expressão oral – percepção com a qual logo pude concordar – mas referiu-se também a medos, insegurança e distração como traços de comportamento frequentes. Contou-me ainda que Beto vinha apresentando dificuldades em acompanhar sua turma na alfabetização e que, por diversas vezes, afirmara ser o mais burro da sala; enxergava-o, entretanto, como uma criança saudável e por isso ignorou o pedido de averiguação médica do suposto déficit de atenção. Aguardaria meu parecer a respeito.

*Na primeira sessão, Beto dirigiu breve olhar à sala de atendimento e voltou-se para mim, perguntando-me o que faríamos. Havia ali tapete e almofadas, poucos materiais dispostos num canto da mesa, uma estante baixa com alguns livros e jogos, um armário grande com portas de vidro fosco, que permitiam entrever livros, caixas e objetos coloridos. Convidei-o então a escolher, o que só ocorreu após **muita hesitação e escassa exploração do ambiente**: brincaríamos com o ‘cara-a-cara’, um jogo que estava **ao alcance de sua mão** e que – informou-me então – **já conhecia e tinha em casa**. O jogo compõe-se de dois tabuleiros e um conjunto de cartas avulsas, os três contendo as mesmas 24 gravuras de rostos com diferentes características e nomes. Cada jogador mantém à sua frente um desses tabuleiros – em que se pode ocultar figuras uma a uma – e sorteia uma carta, a qual o oponente tentará identificar. Para tanto, ambos fazem alternadamente perguntas ao adversário, às quais deve-se responder apenas “sim” ou “não”. A partir dessas respostas, vai-se eliminando gradativamente as imagens que não correspondem à carta sorteada pelo adversário. Vence a rodada quem primeiro desvendar o personagem em poder do outro.*

Beto propôs-se a iniciar o jogo e perguntou-me:

⁴² Tenho notado que muitas das crianças consideradas desatentas que recebo na clínica vivenciam tensões de natureza edípica, que lhes dificultam focar atenção e/ou aquietar-se – daí a orientação precoce para que os pais evitem/desfaçam arranjos como o relatado, os quais só as fomentariam.

— **O seu [personagem] é homem ou é mulher?**

Assinalei que não conseguiria responder, pois, pelas regras do jogo, só poderia dizer “sim” ou “não”. Sugeri-lhe então que tentasse modificar sua pergunta, de modo que eu pudesse respondê-la com uma dessas duas palavras.

— **Mas não dá!** — retrucou, expressando grande tensão — **Eu não sei! É impossível!**

Naquele instante, dei-me conta da **condição de fragilidade** em que o menino se encontrava e procurei contornar o impasse por meio de um exemplo. Apontei para um objeto que estava sobre a mesa e perguntei-lhe se aquilo era um lápis. Respondeu-me que não. Indaguei-lhe então se era uma caneta. Disse que sim. Perguntei, ainda, se aquilo era um lápis ou uma caneta. Beto então voltou-se sorridente para o jogo e disse animado:

— **Ah, já sei... O seu é homem?**

— Não! — respondi.

— **Então eu tenho que abaixar [ocultar] todos os homens, né?**

— Isso mesmo!

No decorrer das partidas – foram cinco consecutivas –, situações semelhantes voltaram a ocorrer, entretanto, diante da minha simples **espera** em silêncio, o garoto soube contorná-las sozinho. Interessante e significativo que, em uma de suas primeiras perguntas – **“O seu tem nariz de batata?”** –, Beto tenha mencionado um detalhe que até então passara-me despercebido, bem como a todos que já tinham jogado ‘cara-a-cara’ comigo: alguns daqueles rostos possuíam o nariz pequeno, outros, grande – o tal **“nariz de batata”**, notado justo por um suposto desatento! Quando assinalei sua notável capacidade de **prestar atenção** aos detalhes, apenas devolveu-me um grande sorriso.

Apesar do movimento predominantemente descontraindo, percebia certa tensão no transcorrer das partidas, uma necessidade de aferir repetidas vezes quem estava em situação de vantagem. Como venceu legitimamente as três primeiras, Beto foi se mostrando menos apreensivo e suportou relativamente sem sofrimento a minha vitória na quarta delas. Tornou a vencer na quinta, e quis parar.

*Ao final de cada rodada, pudemos, a partir dos nomes dos personagens, conversar um pouco sobre a escrita – para confirmar se o rosto identificado correspondia ao que estava com o outro, sugeri que o vencedor lesse o nome grafado, ou sua letra inicial. De início, Beto foi categórico ao afirmar que não sabia ler, porém, aos poucos, foi demonstrando reconhecer letras e algumas sílabas e estabelecendo espontaneamente relações entre as mesmas e o próprio nome ou o de algum colega. Aproveitei a conversa em torno dos nomes para perguntar como ele gostaria de ser chamado. Depois de pensar um pouco, disse que quase todo mundo o chamava de Betinho; que uns “**caras chatos**” falavam Betão – o que irritava o franzino garoto; que “**pessoas estranhas**” – quem não o conhecia direito – diziam Roberto; por fim, afirmou que eu poderia tratá-lo por Beto. Perguntei se mais alguém o chamava daquele modo e ele mencionou o professor de judô e o seu avô que morava no interior. Eram “**pessoas legais**”.*

Cada vez mais à vontade e falante, o garoto contou-me que já sabia grafar seu nome e tomou a iniciativa de fazê-lo. Escreveu ‘Roberto’ corretamente e comentou que estava aprendendo a escrever o nome da mãe, do pai e do irmão, mas não quis nem tentar registrá-los. Avistou um outro jogo, o ‘pingo no i’ – uma espécie de baralho de letras – e perguntou-me como se jogava. Surpreendeu-me, naquele momento, o interesse por um material composto basicamente por letras, logo após sua decisão de não se arriscar na escrita dos outros nomes. Pensei então na importância de alimentar tal curiosidade sem ‘ameaçá-lo’. Após certificar-me de que já conhecia o abecedário, dividi as cartas em dois montes iguais e propus-lhe um jogo simples: viraríamos alternadamente cartas sobre a mesa, uma a uma, acompanhando cada um desses movimentos com a pronúncia de uma das letras do alfabeto, observada a sequência convencional; quando a letra virada coincidissem com a falada, cobriríamos a carta com a mão; quem o fizesse por último, adicionaria ao seu monte todas as cartas descartadas até então; venceria quem primeiro se livrasse das suas.

Foi muito interessante observar seu movimento de apreensão gradativa das regras e da dinâmica do jogo a partir do próprio jogar, ao mesmo tempo em que se esforçava para sustentar atenção à sequência alfabética e à eventual coincidência entre letra pronunciada e carta descartada. De início, Beto aparentava valer-se da minha presença mais como testemunho/confirmação da sua ação, deixando

transparecer ainda escassa vivência prévia em situações semelhantes. A atitude acolhedora e o acompanhamento atento do seu ritmo de integrar aquela experiência de jogo – sem deixar que uma situação competitiva se instalasse antes que o menino pudesse sustentá-la – acabou por repercutir em aprendizagem significativa e satisfação frente à capacidade crescente de reagir com rapidez e eficácia. Com o transcorrer das jogadas, o gesto tímido e contido foi se transformando em tapas firmes sobre as cartas ou sobre a minha mão, ocasiões em que – considere mais adiante – Beto podia atender a uma (saúdável) necessidade interna de expressar sua agressividade no mundo. Quis retornar ao material em muitos outros momentos do nosso trabalho, interessando-se também por aprender outras formas de utilizá-lo.

*A uns quinze minutos do término da sessão, Beto olhou para a estante e surpreendeu-se ao encontrar um exemplar de ‘Aviões de Papel’⁴³, livro que ganhara da mãe havia tempos – contou-me então. Perguntei se gostaria de dobrar um avião, respondeu-me que não sabia fazê-lo. Sugeri tentarmos juntos e ele concordou. Dentre os modelos apresentados na obra, Beto escolheu o ‘fanfarrão’ a partir do atributo ‘tempo no ar’⁴⁴ – queria o avião capaz de permanecer mais tempo em voo. Enquanto construíamos o modelo passo-a-passo – observávamos cada imagem, eu lia as respectivas instruções, cada qual executava as dobras em uma folha de papel –, contou-me que nunca fizera um antes. Tivemos ainda tempo de realizar um breve teste de voo e ele se mostrou radiante com os resultados. Despediu-se feliz, com ambos os planadores nas mãos, mas deixando claro que não daria nenhum deles para o irmão – **“o chato do meu irmão”**.*

Saí do encontro com a sensação de ter vivido uma experiência muito rica e quis registrá-la em detalhes. Percebi de imediato que, para além da expressão inicial de ansiedade e de certo descrédito em relação ao próprio potencial – a serem melhor compreendidos no decorrer das demais sessões avaliativas –, sobressaía-se na sessão a abertura de Beto à interação, à construção de vínculo e à própria aprendizagem, o que demarcava um campo propício a transformações e superação

⁴³ Livro infanto-juvenil de Doug Stillinger (Catapulta Editores, 2007) que apresenta em detalhes dez modelos de aviões de papel, o passo-a-passo minucioso para dobrá-los, bem como dicas técnicas e criativas para bem ‘pilotá-los’.

⁴⁴ Na contracapa do livro, há uma tabela que compara os diferentes modelos em relação aos seguintes atributos: ‘tipo’, ‘tempo no ar’, ‘distância’, ‘velocidade de voo’, ‘arremesso’, ‘dobras’, ‘zona de voo’ e ‘grau de dificuldade’.

de entraves. A despeito dos déficits identificados na escola e das prováveis repercussões dos conflitos familiares apontadas pela mãe, pude já naquele momento inicial ser testemunha da curiosidade viva de Beto em relação à língua escrita e da sua capacidade de concentração, bem como do seu desejo e capacidade de aprender – tão apagados na descrição da coordenadora.

Entre mim e o garoto consolidou-se em pouco tempo um espaço fértil de experiências compartilhadas, no qual a atenção ao seu tempo e modo pessoais de significar as vivências continuavam a dar o tom. De início, Beto concentrava-se em jogos por longos períodos, mas sentia-se ameaçado em situações de desvantagem; apreciava ouvir histórias e mantinha-se atento às narrativas, porém não se arriscava na leitura nem na escrita.

Acolhimento, reconhecimento e contenção de angústias – em especial as relativas à própria capacidade de aprender – marcaram os primeiros meses de atendimento, ao longo dos quais a criança foi espontaneamente intensificando o contato com materiais e propostas que envolviam leitura e escrita, revelando não só suas hipóteses e conhecimentos prévios a respeito, mas também prazer nesse contato. Paulatinamente, o lugar ocupado por ele na escola também sofria modificações: a criança que pouco se expressava e interagía em sala de aula, passava a assumir crescente participação enquanto membro do grupo, bem como a prescindir do contato mais amigável com as professoras.

O pai mantinha-se alheio ao trabalho clínico e à vida escolar do filho, não respondendo aos meus chamados, tampouco aos da escola. A separação do casal se concretizou em meio a muitas brigas. A criança, já no início da 1ª série (atual 2º ano), queixava-se dos conflitos e mostrava-se tensa. O desfecho, com a saída do pai de casa, foi vivido com tristeza inicial, mas mostrou-se tranquilizador para Beto. O início do trabalho ludoterápico concomitante, cerca de um mês antes da separação, contribuiu em muito para que não houvesse retrocessos e o menino melhor assimilasse o ocorrido. Mais adiante, os novos companheiros do pai e da mãe foram bem aceitos por ele.

Passado o primeiro ano de atendimento, o garoto desenvolvia-se a olhos vistos. Mostrava-se mais confiante e atendia razoavelmente às demandas escolares, apesar de certa defasagem em relação aos colegas – comparação frequente nos meus

contatos com a escola. Ao final de agosto, porém, um relatório escolar contraditório surpreendeu a mim e aos pais com a retomada da referência ao comportamento desatento: **“Roberto distrai-se facilmente em sala, com qualquer coisa, gosta de conversar durante as atividades e nos momentos de silêncio fica observando os outros ao invés de tentar realizar a tarefa.”** Mais à frente, entretanto, o mesmo documento continha afirmações sobre seu desempenho em ciências que evidenciavam o oposto: **“Roberto escolheu fazer o trabalho sobre dinossauros e empenhou-se na escrita e elaboração. (...) Envolveu-se desde a pesquisa até a apresentação para a sala. (...) Esteve o tempo todo atento às aulas e no laboratório seus olhos estiveram fixos no experimento.”** Propunham então, como encaminhamentos necessários, que Beto fosse atendido por mim três vezes na semana⁴⁵, que nos demais dias tomasse aulas particulares para ajudar a vencer a defasagem e também que fosse averiguada a hipótese de TDAH.

Em reunião convocada pela escola com a presença da mãe, assinalei as inconsistências do relatório, as muitas conquistas da criança, bem como a atitude colaborativa que a família vinha demonstrando quanto aos cuidados necessários com o filho. Ressaltei ainda a necessidade de se considerar o quadro inicial e o percurso significativo em andamento – perspectiva a partir da qual o próprio movimento de Beto interagir com colegas em sala de aula e neles buscar referências para sua ação denotaria outra conquista, um passo rumo à autonomia. Durante esse encontro, a mãe tomou a palavra por diversas vezes, oferecendo seu testemunho acerca das transformações percebidas em casa, notadamente o acréscimo de autoconfiança e o interesse genuíno de Beto por leitura e livros. Apesar de reconhecer tal crescimento, a coordenadora insistia num determinado nível de leitura e escrita – a ser alcançado no decorrer do último trimestre – como condição para que o garoto pudesse seguir adiante. Falava-me assim de um ambiente escolar que dificilmente cumpriria o papel requerido por aquela criança.

O pai fora chamado para participar daquela reunião, porém, a exemplo de outras ocasiões, não pôde comparecer. Na semana seguinte, entretanto, enviou-me uma mensagem solicitando um horário para conversarmos. Após alguns dias, soube por ele que recebera o referido relatório por e-mail e o encaminhara ao irmão, um cardiologista, para que opinasse a respeito do déficit de atenção. Contou-me que,

⁴⁵ Mantivemos a frequência de duas sessões semanais.

após dois dias, ligou para a ex-mulher e simplesmente lhe avisou que levaria o garoto a uma consulta médica agendada pelo irmão, com o intuito de esclarecer de uma vez essa questão – ao que ela não se opôs. O neurologista recomendado examinou Beto brevemente, fez-lhe diversas perguntas e também ao pai; considerou grande a probabilidade de presença do transtorno, mas dispôs-se a uma conversa comigo e/ou a mãe, e também achou importante que sua professora respondesse a um questionário.

*Naquele meu **primeiro** encontro com o pai, pude colocá-lo a par do trabalho que vinha sendo desenvolvido com seu filho e, em certa medida, sensibilizá-lo, uma vez que, ao final da nossa conversa, julgou desnecessária minha interlocução médico. A partir do relato de alguns momentos significativos da terapia e do contato com diferentes produções do filho, admirou-se com as conquistas da criança. Falou-me então sobre sua falta de tempo crônica, seu trabalho estressante e o desejo de se aproximar mais dos filhos – o que, “**felizmente**”, vinha acontecendo após a separação: como a cada quinzena – salvo imprevistos de trabalho – permaneciam integralmente um fim de semana juntos, passara a conviver um pouco mais com eles e vinha se dando conta do tempo perdido.*

Ao final daquele ano, em nova reunião convocada pela escola, eu, a mãe e o pai ouvimos da professora e da coordenadora que, apesar dos grandes avanços, o menino ainda não teria condições de acompanhar a 2ª série – atual 3º ano do ensino fundamental. Recomendaram então que ele tivesse aulas particulares durante os meses de dezembro e janeiro e que retornasse ao final das férias para reavaliação; mas consideravam, de antemão, que o melhor seria ele refazer com calma a 1ª série. Apesar das minhas pontuações sobre a importância de não quebrar a continuidade do processo em curso e as repercussões de uma eventual experiência de fracasso, ambas as educadoras mantiveram o discurso, aferrando-se a supostos prejuízos emocionais a que o menino seria exposto ao se deparar com desafios para além de suas possibilidades.

O pai, convencido pelos argumentos das educadoras, acreditava que a retenção seria a melhor alternativa, porém, após longa conversa, passou a considerar a ideia de buscarem uma escola mais acolhedora, que respeitasse o processo em andamento e valorizasse o empenho da criança.

A mudança foi feita e Beto superou as expectativas na nova instituição. A recepção calorosa aos pais e ao aluno, o reconhecimento do potencial da criança desde a sondagem inicial, a escolha da sala cuja professora era também especialista em psicopedagogia mostraram-se cuidados fundamentais, que asseguraram tanto a rápida integração do garoto com os colegas, quanto avanços muito significativos na sua relação com o conhecimento.

*O atendimento psicopedagógico prosseguiu por cerca de um ano após a transferência, mantendo como principais focos a sustentação de Beto em dificuldades específicas, a construção de atitude mais autônoma nesse enfrentamento, bem como a manutenção de ambientes facilitadores em seu entorno. Nas interlocuções então mantidas com a nova escola, para além da referência aos desafios que se apresentavam a cada trimestre, a coordenadora costumava salientar que em Beto pulsava o **desejo de aprender**, fato que – considerava ela – já garantia a metade do caminho. O suposto déficit de atenção não mais foi referido.*

Figueiredo (2009b) refere-se a diferentes níveis, formas e condições de recepção que, a começar pela chegada do bebê ao mundo, marcam a vida dos indivíduos em diferentes momentos e, em decorrência, o seu vir-a-ser humano. Trata-se de ocasiões específicas e pontos transição, nos quais – contemplada uma *dimensão ética* do cuidar – evidencia-se a disposição do mundo humano em receber seus novos membros, propiciando-lhes a possibilidade de ‘fazer sentido’, isto é, de estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos, de modo a produzir *experiências de integração*.

É a partir da consideração dessa *dimensão ética* – comum a todas as práticas de cuidado humano – e da fundamentação teórica proporcionada pelos saberes da psicanálise, que o autor se propõe a pensar uma *teoria geral dos cuidados*. Ele descreve então *tarefas e funções do cuidar* – ‘sustentar e conter’, ‘reconhecer e espelhar’, ‘interpelar e reclamar’ –, a serem cumpridas – *em equilíbrio dinâmico e alternância entre implicação e reserva de presença* – pelos diversos cuidadores nas suas práticas cotidianas de cuidar, como condição para que estas efetivamente cumpram sua função cuidadora. Quando isto se concretiza – pontua ele –, é sinal de

que algo foi produzido numa relação de reciprocidade – ao se sentir/mostrar cuidado, o objeto de cuidados cuida em resposta de seu cuidador, oferecendo-lhe não só confirmação da efetividade da ação cuidadora, mas também promovendo mudanças no cuidador.

Retomadas as considerações de Figueiredo, cabe neste momento frisar que, sob tal ótica, a *tarefa cuidadora pedagógica* concernente à instituição escolar e aos educadores – a de promover a *apropriação* de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, tais como ‘*aprender a interagir*’ e ‘*aprender a aprender*’ – só se efetiva plenamente quando o *cuidar técnico* atende ao exercício *ético* das tarefas e funções do cuidar.

Cumpra ainda assinalar que, dentre os pontos de passagem fundamentais que têm lugar no transcorrer da infância – e que marcam a trajetória de vida das crianças e seu próprio *devir humano* – destacam-se o momento (cada vez mais precoce) do *ingresso na escola*, bem como a entrada no *processo de alfabetização*. Trata-se de ocasiões cruciais, que congregam intensos desafios a serem enfrentados pelos pequenos e que demandam a todos os cuidadores envolvidos – professores, coordenadores, instituição escolar, pais, etc. – rigorosa observância à referida *dimensão ética* em suas atividades de cuidar. Tal é a condição para que estes possam abrir-se aos cuidados recíprocos e, assim, favorecer experiências de sentido, de continuidade de existência e produzir *integrações* – o que, em última instância, equivale a preservar a *saúde integral* da criança e do próprio cuidador.

Posto isso, proponho-me a iniciar esta discussão clínica com o exame da queixa inicial escolar. Considerando-se que o encaminhamento foi realizado pela coordenadora da educação infantil – que acompanhava o percurso da criança desde seus dois anos de idade e que, supostamente, teria noções de aspectos fundamentais do desenvolvimento infantil no transcorrer dessa fase – é de se estranhar que, ao longo daqueles anos, a educadora não tivesse reconhecido como questão merecedora de atenção específica o fato de a criança, reiteradamente, privilegiar o contato com as professoras em classe, em prejuízo da interação com os colegas. Sua descrição relativa ao comportamento usual do garotinho – amoroso, prestativo, cordial, “do bem” – remete-me a uma criança ‘que não dava trabalho’, o que parece ter sido tomado como sinal inequívoco de que tudo caminhava bem até a conclusão do período letivo anterior.

Assim, pode-se supor a presença de *falhas de cuidados* desde a recepção de Beto à escola, pois, ao que parece, os cuidados a ele oferecidos pouco lhe permitiram a possibilidade de *fazer sentido*, de *se integrar* ao ambiente coletivo de sala de aula, ainda que decorridos mais de quatro anos. É certo que tal integração dependeria ainda de fatores alheios ao ambiente escolar, porém, considerando-se que a pouca interação com colegas em classe – em especial nessa fase inicial escolar – acarretaria a Beto expressiva redução de vivências e oportunidades para *pensar/refletir* sobre o mundo, caberia aos educadores ao menos ter levantado a questão.

Sob tal condição do aluno na escola – que parecia em considerável medida se manter –, seria surpreendente se a criança se apresentasse de modo diverso ao se deparar com a demanda por alfabetização. Dado esse contexto, a própria suspeita de déficit de atenção levantada pela coordenadora sobressaía-se igualmente como forte indício de desvios e extravios do cuidado escolar. Afinal, diante da falta de êxito da tarefa pedagógica empreendida, a presença de um transtorno poderia contemplar certa necessidade (defensiva) de os educadores localizarem um ‘culpado’ pela não aprendizagem – excluindo-se, no caso, o questionamento do próprio trabalho escolar, uma vez que o mesmo atingira os objetivos com outras crianças.

Por outro lado, para além de uma provável desconsideração da complexidade inerente ao processo de aprendizagem ou uma escassa habilidade para lidar com a heterogeneidade da turma, de uma possível participação da escola na origem e/ou manutenção do sintoma de desatenção, ou mesmo da eventual presença do transtorno, faz-se necessário ponderar que muitos educadores têm sido levados a crer – enquanto *suposta atitude cuidadora* – na importância de se detectar os casos de TDAH em sala de aula. A partir da teoria dos cuidados, no entanto, compreende-se exatamente do oposto: ao priorizar uma *noção parcial de saúde*, fisicalista, como norteadora da conduta escolar e relegar a um plano secundário justo o que seria condição do efetivo cuidar, produz-se, na verdade, *descuido* – para Figueiredo, desconsiderar o indivíduo em sua totalidade, ‘cuidando’ de aspectos isolados do objeto dos cuidados, implica perder, “(...) *justamente, uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração*” (2009b, pp. 150-151).

Antes mesmo de conhecer Beto, desconfiava da pouca vivacidade da criança que se depreendia do discurso da coordenadora, da imagem estática e restrita ao contexto de sala de aula que transmitira – visão que, após alguns dias, soube ser muito

contrastante em relação à da mãe. Pensava então sobre o que teria levado uma *criança inteligente e saudável, com notáveis habilidades expressivas e comunicativas* – conforme afirmara a mãe – a se manter ‘escondida’ em sala de aula por mais de quatro anos, talvez *atrás* das próprias professoras, de modo que estas também não lhe pudessem notar. Frente à reiterada fala do garoto à mãe – “*eu sou o mais burro da minha classe*” –, parecia-me evidente que o *ambiente de sala de aula* cristalizara-se como espaço de retraimento e de intimidação da criança perante uma suposta superioridade dos colegas, como lugar onde a *tensão* – provavelmente potencializada pelas questões e conflitos familiares referidos pela mãe – materializava-se. Assim – supunha – faltava-lhe ali espaço para *existir*.

Um dos aspectos mais marcantes da nossa primeira sessão psicopedagógica foi o movimento persistente de Beto buscar *o já conhecido* – a segurança que *o familiar* lhe oferecia – como foco preferencial da sua ação, o qual, entretanto, não o impedia de também inserir *o próprio gesto – a seu modo, no seu tempo, não sem latente tensão* – e aventurar-se *atentamente* em direção ao desconhecido. Desse modo, o garoto pôde, aos poucos, lançar luzes sobre suas potencialidades que não vinham sendo percebidas/realizadas na escola e, ainda, surpreender-se – ele mesmo – com a própria possibilidade de transformá-las em realizações.

Anos após, revisitando aquelas minhas anotações mediante o filtro da teoria dos cuidados, surpreendi-me eu, ao me deparar com a possibilidade de apreender aqueles movimentos como construção conjunta, como cuidar recíproco – perspectiva de compreensão que, à época, teria sido de grande valia na interlocução com a escola e a família.

Chamou-me especial atenção a possibilidade de, sob tal perspectiva, captar o quanto já se delineava *o cuidar* antes mesmo do nosso primeiro encontro – não só no modo com que pude acolher as queixas da escola e da família, mas também no próprio movimento reflexivo que tais discursos desencadearam em mim. Assim, ao recepcionar Beto na clínica, a atitude de *espera receptiva* pôde ser acompanhada de autênticos posicionamentos: eu efetivamente *questionava* a presença de déficits *da criança* – de atenção ou de interação em situações de aprendizagem – e realmente *apostava* na possibilidade de emersão daquele garoto saudável descrito pela mãe, tanto no contexto clínico quanto no escolar.

Assim sensibilizada, entreguei-me à interação e, diante do impasse precoce gerado pelo meu pedido ao menino, de reformulação da sua pergunta, pude reagir com uma ação intuitiva que contemplava as três tarefas básicas dos cuidados: *acolhi* sem julgar aquela suposta impossibilidade e ofereci-lhe *continência* à angústia e ao medo, convidando-o – *interpelando-o* – a reelaborar a situação por meio de outra não ameaçadora, *reconhecendo* assim sua potência de vir-a-ser – a qual, transformada em ato, pôde ser *espelhada* a partir do seu próprio *gesto*. Em retribuição ao cuidar, Beto produziu em mim não só a vivência emocionada do *testemunho* da sua conquista e da confirmação do meu cuidar, mas também a sinalização de que ali se abria um caminho na jornada interativa que trilharíamos.

Logo a seguir, minha atitude de *silêncio* diante de situações similares permitiu a confirmação da aprendizagem, da *integração* da experiência anterior. Para tanto, mostrou-se fundamental a alternância do cuidar enquanto *presença implicada* e *presença em reserva*, revelada num posicionamento que convocava o garoto a *pensar/refletir*, mas que atendia ao tempo necessário para que a resposta autêntica de Beto pudesse emergir. Desse modo, constituiu-se um contexto favorável ao estabelecimento espontâneo da conversa sobre letras, sílabas e nomes, e também sobre seus apelidos.

Achei interessante o fato de a coordenadora referir-se ao menino como Betinho, dizendo-me ser este o modo com que preferia ser chamado e, pouco depois, ele próprio sugerir-me que lhe chamasse de Beto. Se ele dissera mesmo isso a ela, nunca procurei saber, mas supus que tal preferência pudesse ter sido manifestada em outra época e também se cristalizado naquele ambiente. Fato é que me deixou feliz tal pronunciamento, como se fora uma expressão de que ali, no nosso espaço de interação, o garoto poderia deixar de lado o regredido Betinho da escola, ou o irônico Betão dos colegas “chatos”, para simplesmente ser ele mesmo, o Beto, que determinadas “*pessoas legais*” conseguiam mobilizar/alimentar. Assim, novamente, pude sentir-me *cuidada*.

Em meio ao clima descontraído que se constituía entre nós, ao se interessar por um jogo que não conhecia e que era composto basicamente por letras, Beto não só pôde comunicar seu desejo de dominar a leitura e a escrita, mas também um movimento interessante diante do *objeto a ser conhecido*. A possibilidade a ele

ofertada – de usufruir daquela experiência no seu tempo e sem ameaças – acabou por favorecer novas vivências integrativas.

Do momento da construção do avião de papel, merece destaque o critério usado pela criança para a escolha do modelo: o que *permaneceria maior tempo em voo*. Considerei muito significativo o fato, pois Beto sublinhava assim uma questão que vinha se delineando ao longo de toda a sessão e que já viera à tona a partir dos discursos da família e da escola – a grande necessidade de observação ao fator *tempo* no cuidar daquele garoto.

Supus evidenciar-se, em tal escolha, um aspecto saudável de Beto: não obstante as intempéries a que estava sujeito, tanto em casa quanto na escola – aos ‘jumbos’, caças e jatinhos que insistiam em cruzar o seu caminho, provocando turbulências e deixando como rastro sentimentos de *menos valia* e *pouca potência* –, o garoto reafirmaria, daquele modo, sua necessidade de brincar/aprender *do seu jeito*, sendo ‘*si mesmo*’. Apenas aquele planador lhe proporcionaria o *tempo necessário* para saborear a experiência do voo; para desenvolver a habilidade de se equilibrar, reequilibrar e usar o vento em próprio favor; para se maravilhar com as paisagens e registrar detalhes do percurso; para reconhecer em si, enfim, a potência criativa de lidar com as adversidades.

Por fim, como mais uma manifestação autêntica e saudável de Beto na sessão, merece assinalamento certa expressão de raiva do menino ao se referir ao irmão – “*o chato do meu irmão*”. Pôde assim também – suponho – falar de si como um garoto acuado pela angústia e o medo que lhe suscitavam as comparações com o irmão e os colegas mais adiantados, pela falta de um olhar de reconhecimento e espelhamento do seu potencial na escola, pelos conflitos em casa e a convivência familiar insuficiente e/ou ‘inadequada’, dadas suas reais necessidades.

No conjunto, aqueles primeiros momentos/movimentos vivenciados ao lado da criança sugeriam-me um campo relativamente livre de falhas graves do objeto transformacional primário (Bollas, 1987). Como não se evidenciara uma impossibilidade de a criança inserir seu gesto criativo no mundo, tampouco uma situação de efetivo aprisionamento, supunha a presença de questões mais de cunho reativo – hipótese que acabou por ganhar força no transcorrer das demais sessões diagnósticas. Ainda nesse período inicial, no tocante aos pré-requisitos para a

alfabetização, pude também apreender um repertório notadamente restrito, embora em construção⁴⁶ – o que me parecia relacionar-se em considerável medida à pouca interação de Beto com os colegas em sala de aula, já que tais conquistas adviriam em grande parte do *movimento reflexivo entre pares* favorecido pelas propostas pedagógicas características daquela etapa escolar.

Sob o enfoque teórico do cuidar, tratava-se, naquele momento, de favorecer/mediar a constituição de ambientes *suficientemente bons* – ou seja, de intervir nos contextos de desenvolvimento de Beto em prol de torná-los mais aptos a acolhê-lo em sua singularidade e serem por ele introjetados enquanto objetos transformacionais competentes – e de, no espaço psicopedagógico de experiências compartilhadas, propiciar vivências de *autoria*, de resgate da “*potência atencional da alegria*” (Fernández, 2012), que contribuiriam para as aquisições necessárias e a apreensão mais significativa do código linguístico.

Especificamente no contexto de convivência familiar, evidenciavam-se falhas relevantes, pois prevalecia um cuidar-descuidado, sem qualquer interpelação e pouca implicação genuína. Os problemas dos adultos, de início, dominavam o ambiente e a presença do filho não era reconhecida nem respeitada enquanto criança em desenvolvimento, com necessidades próprias, fantasias, ansiedades e desejos. A ausência paterna e a presença englobante da mãe sugeriam-me uma precária triangulação edipiana a limitar as possibilidades de *diferenciação* e crescimento da criança⁴⁷. Por outro lado, além do crédito conferido ao meu trabalho desde o princípio, a mulher literalmente solicitava-me cuidados e os devolvia em movimentos importantes de reorganização daquele ambiente, ‘descolando-se’ pouco a pouco do filho – aproximando-se de um funcionamento *suficientemente bom* (Winnicott, 1983) e aprendendo a operar como *presença em reserva* – ampliando, assim, o campo para

⁴⁶ Na avaliação do desenvolvimento cognitivo (aplicação das provas piagetianas, cf. Weiss, 1992), o pensamento *não operatório* mostrou-se predominante, embora tenha havido oscilação e até estabilização de algumas respostas conservativas de Beto diante das minhas contra-argumentações.

O menino denotou, ainda, certa confusão entre *significante* e *significado* – apesar de ter-se mostrado capaz de evocar a palavra “escola” como parecida com “bola”, considerou, por exemplo, que a palavra “boi” era maior que o vocábulo “aranha”, e que não seria possível a “lua” chamar-se “sol” e vice-versa – evidências de que certo *realismo nominal* também se interpunha como entrave à alfabetização.

⁴⁷ Figueiredo (2009b), ao discorrer sobre os exageros da implicação enquanto intersubjetividade transubjetiva – situação que, presumo, ocorria entre Beto e sua mãe – refere-se a uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico. Suponho que boa parte da tensão denotada pelo menino advinha daquele estado de indiferenciação, o qual redundava ainda em prejuízos na construção do raciocínio lógico – notadamente, numa escassa possibilidade de discriminar e classificar.

emersão do novo, da capacidade de criar sonhos, do desabrochar da personalidade e do encontro significativo com a cultura.

Instaurava-se assim, gradativamente, uma rede de cuidados compartilhados em torno da criança, uma vez que também o diálogo com a instituição escolar – até o fechamento daquele ano – fluía bem, repercutindo em significativas expansões e conquistas do menino. Com a passagem para o Ensino Fundamental, entretanto, algo se modificou.

Nos encontros com a nova coordenadora, embora se mantivesse a abertura ao diálogo, sobressaía-se uma preocupação exacerbada com a defasagem da criança em relação aos colegas. A professora, pessoalmente, mostrava-se sensibilizada frente ao processo diferenciado de Beto e capaz de contemplar as diferentes tarefas do cuidar em sala de aula – embora com maior ênfase na *implicação* em detrimento à *presença em reserva* – entretanto, por ocasião dos fechamentos avaliativos, sucumbia à dinâmica institucional – que era predominantemente *interpeladora* e *intrusiva* –, prejudicando a configuração dos cuidados recíprocos e a possibilidade de operar, em relação ao garoto, enquanto objeto transformacional.

Considero hoje que o referido relatório contraditório expressava exatamente essa tensão que se produzira *na* professora – se, por um lado, suas convicções enquanto educadora alimentavam um cuidar processual competente, por outro, as imposições institucionais ameaçavam tal consecução e acabaram por enviesar seu olhar, levando-a a hipotetizar problemas *no* garoto. Assim, dado o impasse vivenciado por ela frente à necessidade de assumir como próprio o discurso institucional, suponho que a presença de um transtorno guardaria o poder de apaziguar-lhe internamente.

Não obstante as falhas escolares denotadas pelo teor de tal documento, a retomada da suspeita de TDAH acabou por favorecer, ainda que indiretamente, um importantíssimo movimento no âmbito familiar – a efetiva entrada do pai de Beto na rede de cuidadores implicados com o seu desenvolvimento. Dada a imagem do ex-marido transmitida pela mãe da criança, além do fato de eu nunca tê-lo encontrado até aquele momento, confesso que me surpreendi diante do que pude, a partir de então, testemunhar. Ao conversar com o irmão médico sobre a hipótese do distúrbio e levar Beto à consulta com o neurologista, esse pai não buscava – como se poderia supor –

uma solução prática, um atalho para solucionar os problemas escolares do filho. O que ele realmente almejava – pude constatar no transcorrer dos meses subsequentes – era reconstruir a relação com o filho e reparar suas falhas enquanto pai. Entretanto, nem as imediatas repercussões desencadeadas por tal aproximação – Beto mostrava-se mais seguro e feliz, também na escola – conseguiam sensibilizar/convencer as educadoras quanto à necessidade de confirmação/sustentação do processo terapêutico em curso.

Fato é que, do fechamento do 2º trimestre até a finalização daquele ano letivo, avultava-se a impossibilidade de aquela instituição oferecer a Beto *sustentação e continência* – *holding* (Winnicott, 1960) e *containing* (Bion, 1970) – cuidados essenciais para que a continuidade de si pudesse ser garantida, para que houvesse expansão sem rupturas excessivas e que se configurassem caminhos de transformação. Saltava aos olhos, também, o precário *reconhecimento/espelhamento* das potencialidades e possibilidades do garoto – principalmente no desfecho do ano –, prevalecendo a falta de esperança no vir-a-ser, de atualização no real daquilo que ainda era, em parte, potência e a desconsideração das grandes conquistas. Ainda como agravantes a restringir o autêntico cuidar, a *interpelação excessiva*, bem como a corriqueira desconsideração à *reserva de presença* no cotidiano escolar acabavam por impedir a adequada configuração daquele ambiente enquanto *instância de cuidar*.

Beto definitivamente não encontraria ali – lugar onde não raro configuravam-se vivências de desproporções, de desencaixe, numa constante ameaça de ‘sem-sentido’ – o imprescindível *espaço vital desobstruído* (Figueiredo, 2009b) para exercitar sua capacidade de sonhar, brincar, pensar e (re)criar o mundo a seu modo, no seu tempo e conforme suas possibilidades.

Faz-se importante aqui assinalar o potencial deletério que guardava aquele ambiente cuidador assim organizado. Segundo o autor, o *exagero da interpelação* no cuidar – a presença excessiva do ‘outro-questão’ – pode gerar traumatismo crônico, tanto pela impotência a que o sujeito se vê reduzido, quanto pelas defesas psíquicas que precisa construir para se manter vivo perante o trauma. Figueiredo compreende que esse pretense cuidar gera “(...) *sujeitos com uma autocrítica arrasadora (um superego severo e intratável), ou com uma compulsão para a adaptação absoluta às demandas do ambiente (um falso self enrijecido e dominante), incompatível com a vida e a espontaneidade.*” (Ibid., p. 140)

Infelizmente, não são poucas as instituições escolares que têm provocado tais desvios, produzindo – num cuidar-descuidado – *fraturas éticas* (Safrá, 2005) que lançam muitos de seus alunos numa situação de adoecimento psíquico. Em consonância com Figueiredo, Chamusca e Barreto (2010) assinalam que muitos dos problemas que ocorrem em sala de aula – tais como os aqui retratados – configuram-se em decorrência da impossibilidade de esses ambientes contemplarem as necessidades éticas fundamentais de seus alunos, tais como “(...) *a necessidade de hospitalidade, de reconhecimento de sua singularidade, de poder ter ação criativa entre outros humanos e a necessidade de pertencer, entre outras*” (Ibid. p. 83).

Com Safrá (2005), cabe aqui sublinhar que

Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida do outro. Somente a partir desta experiência [de integração/inserção] é que o olhar poderá voltar-se para o mundo com curiosidade e desejo. A tridimensionalidade poderá, então, surgir no horizonte psíquico da criança. Isto significa que, de posse de um corpo que foi significado pela presença do outro, a criança dispõe de vida imaginativa, que lhe possibilita ocupar o vazio da ausência do outro com sua capacidade de sonhar. (Ibid., p. 84)

No caso em discussão, a falta de lugar para Beto *existir* naquela escola – já prenunciada no fechamento do trimestre anterior – consolidou-se com o enrijecimento em favor da retenção do aluno. Com Figueiredo (2009b), considero que faltava àquelas educadoras a modéstia e a aceitação do acaso como elemento significativo nos processos humanos: se dispusessem de confiança e fé nos outros – na criança, nos demais cuidadores – e nas potências da vida, ficariam mais livres das modalidades de cuidados em que o excesso de implicação do agente despotencializa, desqualifica e aprisiona seus objetos de cuidados – no caso, os seus próprios alunos.

A mudança de escola com a anuência do casal parental – unidos na decisão, ainda que oficialmente separados – inaugurou novos tempos na vida da criança. A qualidade dos cuidados efetivamente compartilhados pela nova instituição, não só com a criança, mas também com a família e os profissionais de saúde implicados, contribuiu para a consolidação de um ambiente saudável no entorno da criança, que passou a funcionar predominantemente como uma rede de troca de cuidados – de *justos compartilhamentos* (Balint, 1993).

Considerações finais

Enfrentar a realidade dos supostos desatentos numa proposta terapêutica à margem da usual abordagem – a administração de metilfenidato conjugada com a terapia cognitivo-comportamental – não se tem mostrado uma tarefa simples. Entretanto, face à posição central ocupada pelo referencial psicanalítico na clínica psicopedagógica tal qual a compreendo e vivencio, assumir tal desafio reflete antes um necessário posicionamento ético diante desses indivíduos. Afinal, dentre as crianças e os adolescentes “desatentos” com quem efetivamente entrei em contato na posição de terapeuta ou supervisora, não há como citar sequer um único caso, no qual não se houvesse evidenciado situação de significativo sofrimento psíquico e poucos recursos para defrontá-lo, além de inquestionáveis descuidos, pregressos e/ou vigentes, experimentados pelo indivíduo nos âmbitos familiar e/ou escolar.

Ao finalizar a apresentação de sua *“Metapsicologia do Cuidado”*, Figueiredo tece comentários acerca do contexto frio e pouco afeito ao autêntico cuidar que caracteriza muitos ambientes hospitalares – ‘cuida-se’, ali, de aspectos isolados do paciente – e observa que *“Estamos pouco preparados para cuidar, acompanhar os doentes, receber os moribundos em seus últimos passos, estudar com os filhos, escutar os amigos, etc. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida”*. Ele defende então a premência de nos dedicarmos todos à tarefa *“preciosa”* de recuperar tal capacidade – concernente aos cuidadores, mas também a todos os humanos –, enquanto *“a única forma de dar à vida que levamos e ao mundo em que vivemos sentido e valor”*. (2009b, p. 151, grifos meus)

Em consonância com tais proposições, de fato, a trajetória percorrida nesta pesquisa em torno da problemática da desatenção e, com maior ênfase, o percurso clínico retratado e analisado denotam que essas crianças e adolescentes supostamente incapazes de prestar atenção têm sido, na verdade, vítimas desse nosso *pouco preparo para o cuidar*, dessa nossa drasticamente *reduzida capacidade de prestar atenção uns nos outros*, mencionada pelo autor.

Alicia Fernández (2001) já denunciava, há mais de uma década que “a sociedade hipercinética e desatenta medica o que produz”. A questão, porém, vem

adquirindo proporções alarmantes, à medida que mais e mais cuidadores passam a se mostrar incapazes de efetivamente prestar atenção nesses sujeitos. Com Gonçalves da Cruz, cabe deixar em aberto um questionamento sempre necessário: seriam essas crianças e adolescentes “desatentos ou desatendidos?”⁴⁸

Por outro lado, por meio de sua Teoria Geral dos Cuidados, Figueiredo disponibiliza a todos nós, cuidadores, uma preciosa contribuição psicanalítica – um verdadeiro antídoto para o mal que nos acomete – pois sua descrição minuciosa das tarefas e funções que temos a cumprir, bem como das condições necessárias para a sua efetividade, alimentam e sustentam a constituição dos cuidados recíprocos e das redes de cuidados compartilhados – que, uma vez instituídas, guardam o poder de se retroalimentar.

Tenho efetivamente experienciado tais movimentos a partir da clínica e da própria construção desta pesquisa, mas, reconheço, são ainda incipientes. O caminho para *recuperar nossa capacidade de prestar atenção e melhor cuidar*, em se tratando dos supostos desatentos, exige especial perseverança e determinação, uma vez que grandes corporações vêm incitando movimentos de suposto cuidar opostos aos preconizados pelo psicanalista.

Com Figueiredo, cabe reiterar – precisamos recuperar nossa *capacidade de prestar atenção*, precisamos nos tornar capazes de *melhor cuidar*, organizando-nos em redes de cuidados.

Apenas mediante olhar *atento*, poderemos apreender que os “desatentos”, antes de tudo, padecem de falta de atenção, pois temos deixado de prestar atenção à condição em se encontram e às suas reais necessidades; à singularidade de seu percurso de vida e suas repercussões; ao seu tempo e modo pessoais de significar as vivências; às suas potencialidades e possibilidades de vir-a-ser.

Mediante olhar *atento*, poderemos apreender que eles carecem de cuidados efetivos, que lhes permitiriam introjetar as funções cuidadoras e, gradativamente, cuidar de si e dos outros.

Mediante olhar *atento*, poderemos apreender que, mesmo nos casos em que a presença do transtorno é dada como certa e o uso da medicação, considerado

⁴⁸ Gonçalves da Cruz, J. “ADD: niños y juvenes com déficit atencional” – Revista EPsiBA nº 9, 1999.

imprescindível, faz-se necessário identificar as falhas do cuidar e saná-las, para que os cuidadores assumam suas responsabilidades e aprimorem o seu cuidar, e para que se possa restabelecer um percurso significativo da criança rumo à autonomia, sem a necessidade do psicotrópico.

Mediante olhar *atento*, poderemos apreender que contemplar a dimensão ética dos cuidados em toda a atividade humana que se pretende cuidadora é condição para que a mesma se realize, o que exige o cumprimento equilibrado de todas as tarefas e funções que compõem o cuidar ético, sob pena de – mediante falhas – causar significativos prejuízos justamente a quem pretendemos cuidar.

Mediante olhar *atento*, poderemos apreender que um ser humano, afinal, não pode ser cuidado quanto apenas parcialmente considerado, e que a manutenção de sua saúde depende do cuidado interpessoal, da preservação da sua capacidade de sonhar e da oportunidade assegurada de participar criativamente na vida cultural e institucional.

Se, desatentamente, continuarmos a perseguir o objetivo de fazer com que as crianças *prestem atenção a qualquer custo*, sem que *prestemos nós atenção àquilo que as mesmas expressam* de diferentes maneiras – inclusive por meio do próprio *sintoma de desatenção* –, acabaremos por inviabilizar o cuidar passível de ser introjetado, a partir do qual se derivaria sua autêntica resposta atenta.

Se, em contrapartida, conseguirmos renunciar à própria onipotência e moderar nossos afazeres, *prestando atenção* à manutenção de um espaço desobstruído, vazio, para que se possa instalar no indivíduo a capacidade de *fazer sentido*, cuidaremos então do outro e a nós mesmos, recebendo ainda, em retribuição, o cuidar da própria criança – o qual nos fará cuidadores mais atentos, sensíveis e abertos aos cuidados compartilhados.

Se pudermos efetivamente recuperar nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, poderemos, enfim, enquanto autênticos objetos transformacionais derivados a compartilhar cuidados com seus objetos, vivenciar plenamente a reciprocidade do cuidar e, assim, *atribuir sentido e valor* ao que fazemos e à nossa própria vida.

Ao prestarmos efetivamente atenção aos supostos desatentos, poderemos derrubar cercas – como as impostas pelos diagnósticos apressados de TDAH, que

rotulam/culpabilizam crianças e desresponsabilizam cuidadores – e construir pontes, para que encontremos todos, agentes e objetos de cuidados, caminhos de crescimento e da realização de si mesmo no mundo.

“Há um movimento no ser humano que se relaciona ao anseio do fim (Telos). É a esperança da realização de si, da atualização daquilo que não foi, para que se possa vir a ser. Denomino este anseio Desejo de ser. O Desejo de ser não deve ser confundido com o desejo, como apresentado na literatura psicanalítica. Desejo de Ser é o desejo de realizar aquilo que se é ou, em outras palavras, é o pressentimento de si mesmo. No momento em que a realização acontece temos a possibilidade de constituição dos fundamentos de si ou de facetas de si mesmo. Ou seja, quando uma pessoa experimenta a atualização de uma possibilidade em que desdobramentos de um modo de ser se realizam, ela já não é mais a mesma, está existencialmente posicionada de forma distinta.”

Gilberto Safra, *Hermenêutica na situação clínica*
(2006, pp. 68 e 69)

Referências Bibliográficas

ANDRADE, M. S. “Rumos e diretrizes dos cursos de psicopedagogia: análise crítica do surgimento da psicopedagogia na América Latina”. Cadernos de Psicopedagogia, São Paulo, v. 3, n. 6, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492004000100008&lng=pt&nr=m=iso>. Acesso em 27 dez. 2013.

ANGELUCCI, C. B. e SOUZA, B. P. (org.) *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BALINT, E. (1972) “Fair shares and mutual concern”. In: E. Balint, *Before I was I. Psychoanalysis and the imagination*. London: The Free Association Books.

BIRMAN, J. “Desposseção, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje”. In: QUINET, A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

BOLLAS, C. (1987) “O objeto transformacional”. In: C. Bollas, *A sombra do objeto*. Tradução de Coelho Júnior, N. e Figueiredo, L. C. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

CALLIGARIS, C. Leia com atenção – ou não. *Folha de São Paulo*, Caderno “Folha Ilustrada”, São Paulo, 09 set. 2010. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq0909201030.htm>. Acesso em: 10 set. 2010.

CHAMUSCA, V. e BARRETTO, K. *A constituição do ser humano na relação com o ambiente*. In: SOUZA, B. P. (org.) *Orientação à Queixa Escolar*. 2ª Edição Revisada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CUNHA, I. (2001). “A revolução dos bebês. Aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal”. *Psicanalítica – Rev. da SPRJ*, 2 (1), 102-128. Disponível em: <www.portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal-individualizado/arquivos/A%20Revolucao%20dos%20bebes.pdf> Acesso em: 10 dez.2013.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FERNANDES, A. M. B. *Reflexões sobre a construção do ethos do psicopedagogo: uma experiência vivida no espaço de formação*. Tese de doutorado. Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra. Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP, 2011.

FERNÁNDEZ, A. *A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família*. Tradução: Iara Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

_____. (2001a) *Os idiomas do aprendente: análise das modalidades ensinantes em famílias, escolas e meios de comunicação*. Tradução: Neusa Kern Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. (2001b) *O saber em jogo: a psicopedagogia propiciando autorias de pensamento*. Tradução: Neusa Kern Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. *La potencia atencional de la alegría*. Psicopedagogia: Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. São Paulo: ABPp, 2009. Vol. 26, nº 79, pp. 3-11. Versão eletrônica disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862009000100002&script=sci_arttext >. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. *A atenção aprisionada: psicopedagogia da capacidade atencional*. Tradução: Neusa Kern Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Penso, 2012.

FIGUEIREDO, L. C. (2009a) *As Diversas Faces do Cuidar*. São Paulo: Escuta, 2009.

_____. (2009b) “Metapsicologia do Cuidado”. In: *As Diversas Faces do Cuidar*. São Paulo: Escuta.

_____. (2009c) “A psicanálise e a clínica contemporânea: uma introdução”. In: *As Diversas Faces do Cuidar*. São Paulo: Escuta.

_____. (2011a) *A interpretação psicanalítica: clínica e formações da cultura*. Aulas para o curso de pós-graduação em psicologia clínica na PUC-SP.

_____. (2011b) *Cuidado e saúde: uma visão integrada*. ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 29 (2) 11-29.

_____. (2007) “As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura”. In: MAIA, M. S. (org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

FRANCA, M. T. B. (2012) Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 45, n. 82, jun. 2012. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v45n82/v45n82a14.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2013.

JERUSALINSKY, A. e FENDRIK, S. (org.) (2011) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.

JERUSALINSKY, A. (2011) “ Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância”. In: ____ e Fendrik, *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.

LEITE, M. e COLLUCCI, C. A era da desatenção: somos todos hiperativos? *Folha de São Paulo*, Caderno “Ilustríssima”, São Paulo, pp. 4-5, 10 maio 2010.

LEVINZON, G. K. *Adoção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LIMA, R. C. *Epidemia em Curso?* Artigo publicado no site da CODEPSI – Cooperativa de Psicólogos do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, jan. 2004. Disponível em: < www.codepsi.com.br/home/texto.asp?num_pagina=6&id_texto_tipo=1&id_texto=41 > Acesso em: 19.jul. 2011.

_____. *Somos todos desatentos? O TDAH e a criação de bioidentidades*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará, 2005.

MATTOS, P. et al. “Neuropsicologia do TDAH”. In: ROHDE e MATTOS, *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MOYSÉS, M. A. A. *A Institucionalização Invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2001.

_____. e COLLARES, C. A. L. *Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica*. In: ANGELUCCI, C. B. e SOUZA, B. P. (org.) *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PAÍN, S. *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem*. Trad. Ana Maria Netto Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

_____. *Subjetividade e objetividade: relações entre desejo e conhecimento*. Centro de Estudos Educacionais Vera Cruz - CEVEC, 1996.

PARENTE, S. M. B. A. *Pelos caminhos da ignorância e do conhecimento: fundamentação teórica da prática clínica dos problemas de aprendizagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. *Pelos caminhos da ilusão e do conhecimento: uma fundamentação teórica na clínica da aprendizagem a partir de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. *Pelos caminhos da comunicação significativa: uso transicional das teorias na experiência clínica*. São Paulo: Vetor, 2008.

RAMOS, G. P. *Psicopedagogia: aparando arestas pela história*. Revista Vydia – Unifra, v. 27, nº 1, pp. 9-22, Jan/Jun 2007. Santa Maria, RS, 2009. Disponível em: <[http://sites.unifra.br/Portals/35/Artigos/2007/Vol_1/V-PSICOPEDAGOGIA\[BAIXA\].pdf](http://sites.unifra.br/Portals/35/Artigos/2007/Vol_1/V-PSICOPEDAGOGIA[BAIXA].pdf)>. Acesso em 27 dez.2013

ROHDE, L. A. e MATTOS, P. *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____ et al. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 22 (Supl. II, pp. 7-11), 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2013.

SAFRA, G. *A Face estética do self: teoria e clínica*. 4ª Edição. São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

_____. “Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico”. Psychê (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 18, set. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jan. 2014.

_____. “Novos modelos para o estudo da hiperatividade: ilustrando o método clínico de investigação” (aula 12, 26.mai.2009 – PUCSP) Coleção: *Orientando projetos e teses na perspectiva winnicottiana*. CD-Áudio da série “Pesquisa na área de humanidades, segundo Gilberto Safra”. São Paulo: Edições Sobornost, 2009.

WEISS, Maria Lúcia Lemme. *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar*. Rio de Janeiro: DP&A, 1992.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. (1968) “As comunicações entre o bebê e a mãe e a mãe e o bebê, comparadas e contrastadas”. In: Joffe, G. D. (org.) *O que é psicanálise*. Trad. Rebeca Schwartz. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. (1971a) *Playing and Reality*. Londres: Penguin Books. Tradução brasileira de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1988) *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Tradução brasileira de Davy Litman Bogomoletz: *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1958f) [1949] “Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”. In: D. W. Winnicott, 1958a. *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

_____. (1958n) [1956] “Preocupação materna primária”. In: D. W. Winnicott, 1958a. *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

_____. (1965b) [1960b] “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press/Institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. (1967) “O conceito de indivíduo saudável”. In: D. W. Winnicott, *Home is where we start from*. Londres, Penguin Books. Tradução brasileira: *Tudo começa em casa*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1969) “A experiência mãe-bebê de mutualidade”. In: D. W. Winnicott (1989a), *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. Tradução brasileira: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ANEXO I

Material avaliativo para detecção TDAH – versão para pais e professores⁴⁹

Crianças e Adolescentes

O questionário abaixo é denominado SNAP-IV e foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica. Você também pode imprimir e levar para o professor preencher na escola. Esta é a tradução validada pelo GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.

IMPORTANTE: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

Como avaliar:

1) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.

2) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

IMPORTANTE: Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A! Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

CRITÉRIO B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

CRITÉRIO E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

⁴⁹ Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>.

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

*Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):*

	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 de 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 (p. ex: 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".				

	Nem um pouco	só um pouco	bastante	demaís
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

ANEXO II

O que mudou no diagnóstico do TDAH com a nova edição do DSM-V, o Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais⁵⁰

Paulo Mattos (Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental, Pós-doutor em Bioquímica, Presidente do Conselho Científico da ABDA)

O chamado “DSM”, Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, teve a sua quinta edição lançada no congresso de psiquiatria, ocorrido em São Francisco, em maio de 2013.

Alguns diagnósticos psiquiátricos pouco ou nada mudaram na quinta edição, outros se modificaram de modo significativo; alguns diagnósticos novos foram propostos e outros foram abandonados. No caso do TDAH, foram poucas as modificações.

A lista de 18 sintomas, sendo 9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade (estes dois últimos computados conjuntamente) permaneceu a mesma que na edição anterior. O ponto-de-corte para o diagnóstico, isto é, o número de sintomas acima do qual se faz o diagnóstico, também permaneceu o mesmo (6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade). No caso de adultos, este número passou para 5 sintomas, o que é um novo critério. A lista de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade compreende o critério A. Todos estes sintomas, para serem considerados clinicamente significativos, devem estar presentes pelo menos durante 6 meses e serem nitidamente inconsistentes com a idade do indivíduo (ou seja, ser muito mais desatento ou inquieto do que o esperado para uma determinada idade).

A necessidade de haver comprometimento em pelo menos duas áreas diferentes (casa e escola, por exemplo), critério C, permaneceu como antes. A necessidade de haver claro comprometimento na vida acadêmica, social, profissional, etc. (critério D), também permaneceu idêntica.

O critério E se modificou em relação à DSM-IV. Antes, não era possível fazer o diagnóstico de TDAH caso houvesse um quadro de Autismo, o que agora é possível. Entretanto, permanecem as exigências de os sintomas não ocorrerem exclusivamente durante outro quadro (esquizofrenia, por exemplo) e não serem mais bem explicados por outro transtorno (ansiedade e depressão, por exemplos).

O critério B, que determina a idade de início dos sintomas, também se modificou. Anteriormente, era necessário demonstrar que os sintomas estivessem presentes antes dos 7 anos de idade, o que era particularmente difícil no caso de adultos com TDAH que geralmente tem dificuldade para

⁵⁰ Reprodução parcial do artigo. Íntegra disponível em < <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-criterios-do-dsm-v.html>>.

lembrar-se deste período e cujos pais já são mais velhos. O limite de idade foi modificado para 12 anos, algo que alguns grupos de pesquisa já vinham fazendo anteriormente.

Os “subtipos” foram retirados do manual; ao invés disso, optou-se pelo emprego do termo “apresentação”, denotando que o perfil de sintomas atuais pode se modificar com o tempo (o que é bastante comum). O termo “subtipo” favorecia uma interpretação errada que aquela era uma “subcategoria” estável, fixa, do TDAH. As apresentações mantem as mesmas “divisões” que os antigos subtipos: com predomínio de desatenção, com predomínio de hiperatividade-impulsividade e apresentação combinada.

O novo DSM-V traz a opção de TDAH com Remissão Parcial, que deve ser empregado naqueles casos onde houve diagnóstico pleno de TDAH anteriormente (isto é, de acordo com todos os critérios), porém com um menor numero de sintomas atuais.

Uma última novidade desta quinta edição é a possibilidade de se classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo.

ANEXO III

Código de Ética do Psicopedagogo

Reformulado pelo Conselho da ABPp, gestão 2011/2013 e aprovado em Assembleia Geral em 5/11/2011

O Código de Ética tem o propósito de estabelecer parâmetros e orientar os profissionais da Psicopedagogia brasileira quanto aos princípios, normas e valores ponderados à boa conduta profissional, estabelecendo diretrizes para o exercício da Psicopedagogia e para os relacionamentos internos e externos à ABPp – Associação Brasileira de Psicopedagogia.

A revisão do Código de Ética é prevista para que se mantenha atualizado com as expectativas da classe profissional e da sociedade.

Capítulo I – Dos princípios

Artigo 1º

A Psicopedagogia é um campo de atuação em Educação e Saúde que se ocupa do processo de aprendizagem considerando o sujeito, a família, a escola, a sociedade e o contexto sócio-histórico, utilizando procedimentos próprios, fundamentados em diferentes referenciais teóricos.

Parágrafo 1º

A intervenção psicopedagógica é sempre da ordem do conhecimento, relacionada com a aprendizagem, considerando o caráter indissociável entre os processos de aprendizagem e as suas dificuldades.

Parágrafo 2º

A intervenção psicopedagógica na Educação e na Saúde se dá em diferentes âmbitos da aprendizagem, considerando o caráter indissociável entre o institucional e o clínico.

Artigo 2º

A Psicopedagogia é de natureza inter e transdisciplinar, utiliza métodos, instrumentos e recursos próprios para compreensão do processo de aprendizagem, cabíveis na intervenção.

Artigo 3º

A atividade psicopedagógica tem como objetivos:

- a) promover a aprendizagem, contribuindo para os processos de inclusão escolar e social;
- b) compreender e propor ações frente às dificuldades de aprendizagem;
- c) realizar pesquisas científicas no campo da Psicopedagogia;
- d) mediar conflitos relacionados aos processos de aprendizagem.

Artigo 4º

O psicopedagogo deve, com autoridades competentes, refletir e elaborar a organização, a implantação e a execução de projetos de Educação e Saúde no que concerne às questões psicopedagógicas.

Capítulo II – Da formação**Artigo 5º**

A formação do psicopedagogo se dá em curso de graduação e/ou em curso de pós-graduação – especialização “lato sensu” em Psicopedagogia -, ministrados em estabelecimentos de ensino devidamente reconhecidos e autorizados por órgãos competentes, de acordo com a legislação em vigor.

Capítulo III – Do exercício das atividades psicopedagógicas**Artigo 6º**

Estarão em condições de exercício da Psicopedagogia os profissionais graduados e/ou pós-graduados em Psicopedagogia – especialização “lato sensu” - e os profissionais com direitos adquiridos anteriormente à exigência de titulação acadêmica e reconhecidos pela ABPp. É indispensável ao psicopedagogo submeter-se à supervisão psicopedagógica e recomendável processo terapêutico pessoal.

Parágrafo 1º

O psicopedagogo, ao promover publicamente a divulgação de seus serviços, deverá fazê-lo de acordo com as normas do Estatuto da ABPp e os princípios deste Código de Ética.

Parágrafo 2º

Os honorários deverão ser tratados previamente entre o cliente ou seus responsáveis legais e o profissional, a fim de que:

- a) representem justa contribuição pelos serviços prestados, considerando condições socioeconômicas da região, natureza da assistência prestada e tempo despendido;
- b) assegurem a qualidade dos serviços prestados.

Artigo 7º

O psicopedagogo está obrigado a respeitar o sigilo profissional, protegendo a confidencialidade dos dados obtidos em decorrência do exercício de sua atividade e não revelando fatos que possam comprometer a intimidade das pessoas, grupos e instituições sob seu atendimento.

Parágrafo 1º

Não se entende como quebra de sigilo informar sobre o cliente a especialistas e/ou instituições, comprometidos com o atendido e/ou com o atendimento.

Parágrafo 2º

O psicopedagogo não revelará como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de seu trabalho, a menos que seja intimado a depor perante autoridade judicial.

Artigo 8º

Os resultados de avaliações só serão fornecidos a terceiros interessados, mediante concordância do próprio avaliado ou de seu representante legal.

Artigo 9º

Os prontuários psicopedagógicos são documentos sigilosos cujo acesso não será franqueado a pessoas estranhas ao caso.

Artigo 10º

O psicopedagogo procurará desenvolver e manter boas relações com os componentes de diferentes categorias profissionais, observando para esse fim, o seguinte:

- a) trabalhar nos estritos limites das atividades que lhe são reservadas;
- b) reconhecer os casos pertencentes aos demais campos de especialização, encaminhando-os a profissionais habilitados e qualificados para o atendimento.

Capítulo IV – Das responsabilidades**Artigo 11º**

São deveres do psicopedagogo:

- a) manter-se atualizado quanto aos conhecimentos científicos e técnicos que tratem da aprendizagem humana;
- b) desenvolver e manter relações profissionais pautadas pelo respeito, pela atitude crítica e pela cooperação com outros profissionais;
- c) assumir as responsabilidades para as quais esteja preparado e nos parâmetros da competência psicopedagógica;
- d) colaborar com o progresso da Psicopedagogia;
- e) responsabilizar-se pelas intervenções feitas, fornecer definição clara do seu parecer ao cliente e/ou aos seus responsáveis por meio de documento pertinente;
- f) preservar a identidade do cliente nos relatos e discussões feitos a título de exemplos e estudos de casos;
- g) manter o respeito e a dignidade na relação profissional para a harmonia da classe e a manutenção do conceito público.

Capítulo V – Dos instrumentos**Artigo 12**

São instrumentos da Psicopedagogia aqueles que servem ao seu objeto de estudo – a aprendizagem. Sua escolha decorrerá de formação profissional e competência técnica, sendo vetado o uso de procedimentos, técnicas e

recursos não reconhecidos como psicopedagógicos.

Capítulo VI – Das publicações científicas

Artigo 13º

Na publicação de trabalhos científicos deverão ser observadas as seguintes normas:

- a) as discordâncias ou críticas deverão ser dirigidas à matéria em discussão e não ao seu autor;
- b) em pesquisa ou trabalho em colaboração, deverá ser dada igual ênfase aos autores e seguir normas científicas vigentes de publicação. Em nenhum caso o psicopedagogo se valerá da posição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalhos executados sob sua orientação;
- c) em todo trabalho científico devem ser indicadas as referências bibliográficas utilizadas, bem como esclarecidas as ideias, descobertas e as ilustrações extraídas de cada autor, de acordo com normas e técnicas científicas vigentes.

Capítulo VII – Da publicidade profissional

Artigo 14º

Ao promover publicamente a divulgação de seus serviços, deverá fazê-lo com exatidão e honestidade.

Capítulo VIII- Dos honorários

Artigo 15º

O psicopedagogo, ao fixar seus honorários, deverá considerar como parâmetros básicos as condições socioeconômicas da região, a natureza da assistência prestada e o tempo despendido.

Capítulo IX – Da observância e cumprimento do Código de Ética

Artigo 16º

Cabe ao psicopedagogo cumprir este Código de Ética.

Parágrafo único

Constitui infração ética:

- a) utilizar títulos acadêmicos e/ou de especialista que não possua;
- b) permitir que pessoas não habilitadas realizem práticas psicopedagógicas;
- c) fazer falsas declarações sobre quaisquer situações da prática psicopedagógica;
- d) encaminhar ou desviar, por qualquer meio, cliente para si;
- e) receber ou exigir remuneração, comissão ou vantagem por serviços psicopedagógicos que não tenha efetivamente realizado;
- f) assinar qualquer procedimento psicopedagógico realizado por terceiros, ou solicitar que outros profissionais assinem seus procedimentos.

Artigo 17º

Cabe ao Conselho Nacional da ABPp zelar, orientar pela fiel observância dos princípios éticos da classe e advertir infrações se necessário.

Artigo 18º

O presente Código de Ética poderá ser alterado por proposta do Conselho Nacional da ABPp, devendo ser aprovado em Assembleia Geral.

Capítulo X – Das disposições gerais**Artigo 19º**

O Código de Ética tem seu cumprimento recomendado pelos Conselhos Nacional e Estaduais da ABPp.

O presente Código de Ética foi elaborado pelo Conselho Nacional da ABPp do biênio 1991/1992, reformulado pelo Conselho Nacional do biênio 1995/1996, passa por nova reformulação feita pelas Comissões de Ética triênios 2008/2010 e 2011/2013, submetida para discussão e aprovado em Assembleia Geral em 05 de novembro de 2011.

Quézia Bombonato

Presidente do Conselho Nacional da ABPp Presidente Nacional da
ABPp Gestão 2008/2010 e 2011/2013