

Atenção: reflexão sobre tipologias, desenvolvimento e seus estados patológicos sob o olhar psicopedagógico

Priscila Junko Tanaka*

RESUMO

Este artigo traz a conceituação de atenção, os seus diferentes tipos, seu desenvolvimento e algumas de suas principais patologias, de acordo com a abordagem sócio-histórica de Luria e Vygotsky, e pretende suscitar reflexões para a Psicopedagogia.

Palavras chaves: Atenção. Desenvolvimento. Patologias. Psicopedagogia.

ABSTRACT

This article discusses the concept of attention, involving the different types, its development and some of the main attention pathologies, from the socio-historical view of Luria and Vygotsky with intention of stimulating psycho-pedagogical reflections.

Keywords: Attention. Development. Pathologies. Psycho-pedagogy.

* Trabalho do curso de Formação em Psicopedagogia, disciplina Problemas de Aprendizagem, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, professora Ms. Elisa Maria Pitombo, 2007.

Introdução

A Psicopedagogia terapêutica organiza-se em um corpo teórico específico, trançando conhecimentos das ciências pedagógicas, psicológicas, fonoaudiológicas, neuropsicológicas e psicolingüísticas para uma compreensão mais integradora do fenômeno da aprendizagem humana. Com sua sensibilidade e experiência, o psicopedagogo, terapeuta de uma situação problemática, constrói, integrando essas diversas áreas, uma nova situação, que possibilite a aprendizagem verdadeira. É importante para este profissional entender sobre atenção, pois esta pode ser um sintoma de algo maior.

O paciente com problemas de aprendizagem pode manifestar, através do sintoma, comportamentos de desatenção, fruto do desequilíbrio de fatores internos do sujeito, no seu organismo e corpo. No processo diagnóstico, o psicopedagogo busca obter a maior quantidade possível de dados para compreender o significado, a causa e a modalidade da perturbação, que em cada caso motiva a demanda do trabalho terapêutico (PAÍN, 1992; SCOZ, 1987).

A partir da visão sócio-histórica de Luria e Vygotsky, a atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto. Segundo Vygotsky (OLIVEIRA, 2003), a atenção faz parte das funções psicológicas superiores, tipicamente humanas. O funcionamento da atenção baseia-se inicialmente em mecanismos neurológicos inatos e involuntários. A atenção vai gradualmente sendo submetida a processos de controle voluntário, em grande parte fundamentado pela mediação simbólica.

A atenção responde a estímulos externos e cada espécie animal tem uma capacidade de atenção que inicialmente volta-se à sua sobrevivência. A memória e o aparelho sensorial estão relacionados ao aspecto perceptivo, para o homem. Por exemplo, quando o estímulo de um som ou clarão muito forte nos faz voltar o olhar para sua direção. Voltar o olhar é uma reação que identifica nosso foco de atenção.

O ser humano tem mecanismos de atenção involuntária. Quando bebê, estímulos como barulhos mais altos, movimentos de objetos, mudanças no ambiente, um vento forte, uma luz mais intensa, muitas vozes, chamam-lhe atenção de modo involuntário. Esse tipo de atenção permanece conosco, mesmo no nosso desenvolvimento (OLIVEIRA, 2003).

O homem sofre, no entanto, uma variedade muito grande de estímulos

advindos do meio em que se encontra. Se não houvesse uma seleção de estímulos, haveria uma desorganização da própria conduta, sem saber como se orientar, para que lado se dirigir, em que som prestar atenção, etc. O ato de focar a atenção em um determinado estímulo e não noutro está ligado ao interesse e à seleção dos estímulos para optar pelo preponderante. No foco, todo aparelho psíquico está funcionando em prol desse interesse (LURIA, 1979).

Desta forma, é possível afirmar com base nas idéias de Luria (1979), que a atenção tem caráter seletivo consciente e exige memória. A atenção seletiva é a capacidade de selecionar estímulos e objetos específicos, determinando uma orientação atencional focal; um estado de concentração das funções mentais, assim como o estabelecimento de prioridades da atividade consciente do indivíduo diante de um conjunto amplo de estímulos ambientais. Se não houvesse seletividade, a quantidade de informação seria tão grande e desordenada que seria impossível uma ação organizada do homem. A atenção sustentada refere-se à manutenção da atenção seletiva sobre determinado estímulo ou objeto, permitindo a execução das tarefas específicas e obtenção de objetivos fixados.

Para Luria (1979), há três itens da seletividade de estímulo no processo da atenção: volume da atenção, sua estabilidade e suas oscilações. O *volume* (de estímulos) da atenção varia conforme a quantidade de sinais recebidos ou associações, que determina o que é dominante. Para conseguir a atenção de alguém, precisa ser despertado o seu interesse. A *estabilidade* é a duração do estímulo dominante. Neste item deve-se considerar que existem oscilantes, pois o mecanismo neurológico da atenção é inato e involuntário, mas a atenção não é inata e sim, treinável. Por *oscilações* da atenção entende-se o caráter cíclico do processo, no qual determinados conteúdos da atividade consciente ora adquirem caráter dominante, ora o perdem.

A capacidade do indivíduo de fixar sua atenção, na visão de Luria (1979), sobre determinada área ou objeto, é conhecida como *tenacidade*. Na *tenacidade*, a atenção se prende a determinado estímulo, fixando-se sobre ele. A *vigilância* é definida como a qualidade de atenção, que permite ao indivíduo mudar seu foco de um objeto para outro.

Segundo Luria (1979), há fatores determinantes da *direção* da atenção que são determinados pelas estruturas dos estímulos externos e do campo perceptivo interno. A intensidade ou força dos estímulos externos pode causar oscilações do

nível de atenção, com dominância do mais forte. O novo, a novidade do estímulo atrai a atenção. A *direção* da atenção é determinada pelo estímulo e a intensidade desses estímulos afeta a aprendizagem.

O campo interno da atenção inclui: a atividade do sujeito, sua motivação e interesse (nem sempre conscientes), o grau de automação (quanto maior, mais se domina a ação de poder fazer mais de uma coisa concomitantemente), o êxito ou fracasso da atenção (êxito pode aumentar a atenção e fracasso pode tensioná-la a tal ponto que gere inquietação e agitação do sujeito). O problema de aprendizagem pode estar relacionado à atividade tensionada, pois a atenção interna se volta para os processos mentais do próprio indivíduo (LURIA, 1981).

Para isso, o psicopedagogo, ao propiciar condições no processo de aprendizagem para que a atenção seja desenvolvida como voluntária, ou seja, controlada pelo indivíduo, proporcionará a autonomia no aprender, superando o problema de aprendizagem.

A relevância dos objetos da atenção voluntária está relacionada à atividade desenvolvida pelo indivíduo e ao seu significado, sendo, portanto, construída ao longo do desenvolvimento do indivíduo em interação com o meio em que vive (OLIVEIRA, 2003). Isso explica, por exemplo, porque a criança que está brincando com blocos de montar “aliena-se” de outros estímulos do ambiente, como o som da televisão e a conversa dos pais com os tios.

Com base nestas informações, no processo de diagnóstico é recomendável que o psicopedagogo investigue o curso da atenção do cliente no processo de aprendizagem: se o cliente está sendo capaz de *selecionar* os estímulos que recebe, se a estabilidade está sendo adequada. Portanto, se está conseguindo fixar a atenção adequadamente, e também, se a *quantidade* de oscilações apresenta-se compatível com sua idade e situação de aprendizagem.

Tipos de Atenção

Tomando-se em consideração a natureza da atenção, podem-se discernir dois tipos básicos de atenção: a atenção involuntária e a atenção voluntária. Essas duas nomenclaturas de Vygotsky (OLIVEIRA, 2003) recebem outros títulos de acordo com Dalgarrondo (2000), por exemplo, que nomeia a primeira como

atenção espontânea. Já para Luria (1979), há a *atenção arbitrária e a involuntária*.

No processo psicopedagógico, é importante analisar se o cliente está transitando entre estes dois tipos de atenção, a *involuntária e a voluntária*, ou se há permanência maior em um determinado tipo. Permanecer em uma atenção específica pode indicar a necessidade de um atendimento psicopedagógico clínico.

Atenção Voluntária

Imagine-se tentando atravessar a Rua 25 de Março, numa terça feira ao meio dia, a duas semanas do Natal. Camelôs fazendo propaganda de seus produtos a altas vozes, sons vindos de dentro das lojas lembrando o Natal, carros buzinando, vozes em todas as direções, motores ligados, apitos de aviso dos guardas de trânsito, sinais luminosos dos faróis para carros, para pedestres, cartazes de preços, outdoors, layout de lanchonetes, das lojas, a voz de seus acompanhantes ou filhos reclamando de alguma coisa. No entanto, você atravessa a rua com certa tranqüilidade, escolhe a direção que deseja seguir, escolhe a loja para entrar e ainda responde ao que lhe perguntam, numa ordem tal que sua organização mental e física não se confundem.

Essa pré – seleção dos objetos que serão fruto de nossa atenção é a *atenção voluntária* (OLIVEIRA 2003). Ela só é possível pelo nosso desenvolvimento e pela mediação dos signos e símbolos que assimilamos no contato com o outro social e com a cultura que nos rodeia. A atenção voluntária nos permite fazer uma escolha do objeto a que voltaremos nossa atenção. Essa atenção, a voluntária, nos leva a focalizar um determinado objeto, “desligando-nos” dos demais estímulos que estão ao nosso redor.

Desta forma, ao longo de nosso desenvolvimento, vamos substituindo estímulos externos por estímulos internalizados e somos capazes de dirigir, voluntariamente, nossa atenção para elementos do ambiente que temos definido como relevantes. Na leitura, por exemplo, estamos fazendo uso de símbolos que são assimilados ao longo de nosso desenvolvimento, ou seja, utilizamos a representação simbólica de nossa linguagem – o que faz parte de nosso contexto sócio-cultural. Esses instrumentos permitem o controle de nossa atenção e esse é um processo crescente e gradativo, na medida de nosso poder de assimilar signos novos

(OLIVEIRA, 2003).

Atenção Involuntária

No entanto, apesar de nossos processos de aquisição de *atenção voluntária*, não deixamos de apresentar a *atenção involuntária* com a qual nascemos e está fortemente presente na primeira infância (LURIA, 1979). Os estímulos externos continuam presentes em nosso dia-a-dia: uma buzina repentina pode nos chamar atenção, ou o ruído de um trovão pode nos despertar para a chuva lá fora; ou seja, quando há estímulos fortes, a atenção é dirigida a eles.

Ainda assim, percebemos que a atenção, mesmo involuntária, pode ser também mediada pelos signos adquiridos (LURIA, 1979). Por exemplo, reagimos “instintivamente” ao ouvirmos o som de nosso nome. Nossa reação é imediata, involuntária, mas só o fazemos porque associamos um signo a esta linguagem específica que é o nosso nome. Assim, temos uma *atenção involuntária* mediada por significados aprendidos.

Atenção Flutuante

Freud (FERNÁNDEZ, 2001), desenvolveu o conceito de *atenção flutuante*, que se refere ao estado pelo qual deve funcionar a atenção do psicanalista durante uma sessão analítica. Para ele, a atenção do analista não deve privilegiar, *a priori*, qualquer elemento do discurso ou do comportamento do paciente, o que implica deixar funcionar livremente suas próprias atividades mentais, conscientes e inconscientes, deixando a atenção flutuar e suspendendo ao máximo as próprias motivações, desejos e planos. Em outras palavras, a atenção flutuante nos permite atender de modo simultâneo a várias situações. É um estado artificial da atenção, cultivado pela necessidade do momento.

Em décadas passadas a atenção era concentrada. Hoje, exige-se a *atenção flutuante* para poder abranger diversas coisas ao mesmo tempo. Fernández (2001) menciona três questões que contribuíram para a necessidade de uma *atenção flutuante*:

1. Os modos de representação de tempo e espaço mudaram, na atualidade, graças à telemática, impondo uma miniaturização e vertiginosidade que exigem a atenção aberta à simultaneidade.
2. A estética de videoclipe, segundo a denominação de Jorge Gonçalves, também introduz uma atenção volátil.
3. As exigências do mercado de trabalho impuseram o que se chama de “feminização do trabalho”. Cada vez menos se dispõe de uma só fonte de renda. Quem tem trabalho, cada vez trabalha mais em fragmentos ocupacionais diversos e simultâneos, os quais exigem também um tipo de atenção “dispersável”. Parecida à da mulher: dona de casa, mãe e trabalhadora, que está acostumada a atender ao filho, ao telefone, à comida, às tarefas, à televisão e, simultaneamente, a preparar a aula que deve dar no dia seguinte (p. 218).

Se observarmos como os jovens estudam, muitas vezes, encontraremos a *atenção flutuante*. Eles simultaneamente lêem, escrevem, ouvem rádio, riem, contam casos, falam por telefone, tomam chá e até preparam coisas. Nada parecido com o modelo unidirecional da atenção. Os professores e pais hoje acham que os filhos não conseguem se concentrar: ficam fazendo mil coisas enquanto estudam e, por isso, acham que isso pode afetar negativamente o aprendizado escolar. Quando, na verdade, são frutos da sociedade cibernética, na opinião de Fernández (2001).

Cabe ao psicopedagogo, que estuda e lida com o processo de aprendizagem e seus problemas, contextualizar as crianças e jovens para que possa identificar o problema da situação de atenção relacionado ao aprender. Além de analisar se a *atenção flutuante* é tão predominante que se torna um verdadeiro problema ou se há uma *oscilação* adequada entre os dois outros tipos de atenção. Tais tipos de atenção interferirão no aprender e suas dificuldades.

Desenvolvimento da Atenção

A atenção passa por diferentes etapas de desenvolvimento. O psicopedagogo, ao conhecer essas etapas, poderá identificar no diagnóstico como o cliente transitou pelo processo de *atenção involuntária, voluntária e flutuante*. Também cabe ao psicopedagogo investigar se há alguma fratura que dificultou ou impossibilitou a passagem por uma delas.

A primeira atenção manifesta pelo bebê, como já foi mencionado anteriormente, é a *involuntária* (LURIA, 1979). Observam-se os primeiros sintomas de manifestação do reflexo orientado: a fixação do objeto pelo olhar e a interrupção

dos movimentos de sucção à primeira vista dos objetos ou com a manipulação deles. Os primeiros reflexos condicionados começam a formar-se no recém-nascido com base no reflexo orientado, ou seja, somente se a criança presta atenção ao estímulo, discrimina-o e se concentra nele.

No ponto de vista de Luria (1979), no primeiro ano de vida a *atenção involuntária* tem caráter de um simples reflexo orientado para estímulos fortes ou novos.

A *atenção voluntária* é muito instável, bastando aparecer outro objeto para cessar a manipulação do primeiro objeto. Isso mostra que nessa fase da vida da criança o reflexo orientado para a busca é rapidamente esgotante. Essa forma de *atenção voluntária* se manifesta, antes de tudo, no surgimento de formas estáveis de subordinação do comportamento a instruções verbais do adulto, que regulam a atenção e, posteriormente, na construção das formas estáveis da atenção voluntária auto-reguladora da criança. Ou seja, a forma como o adulto fala, age e faz gestos é imprescindível no desenvolvimento pleno da atenção voluntária da criança. (LURIA, 1979).

A *atenção voluntária* é desenvolvida pela ordenação e nomeação das ações, como a seguinte fala: “Pegue devagar a caneca, segure pela alça, beba com calma”. Exemplos de fala de um adulto como este ensinam a criança a focar a atenção e oferece dicas do que selecionar, ou melhor, de como desenvolver a *atenção seletiva* (LURIA, 1979).

Ao término do primeiro ano de vida e no início do segundo, a nomeação do objeto ou a ordem verbal começa a ter influência orientadora e reguladora; a criança dirige o olhar para o objeto nomeado, distingue-o entre outros ou o procura, caso o objeto não esteja no campo visual. Ainda nessa idade, a influência da fala do adulto, que orienta a atenção da criança, continua muito instável, e a reação é imediata, orientada para o objeto mais nítido, novo ou interessante para a criança. Observa-se isso quando pedimos à criança que pegue um objeto que está a alguma distância dela. Seu olhar se dirige ao objeto, mas se desvia rapidamente para outros objetos mais próximos e a criança estende o braço, não para o objeto mencionado, mas para o estímulo mais próximo ou mais nítido (LURIA, 1979).

Nos meados do segundo ano de vida, a instrução verbal do adulto adquire a capacidade bastante sólida de organizar a atenção da criança, embora nesta etapa ela também perca facilmente seu significado regulador. Desta forma, a criança nessa

idade cumpre facilmente a instrução: “a bola está atrás da porta, dê-me a bola”; se a bola foi escondida atrás de outro objeto e está fora do campo visual da criança, a atenção orientadora da instrução se perde facilmente pelo reflexo orientado imediato e a criança começa a dirigir-se aos objetos situados diante dela, agindo independentemente da instrução verbal. Assim, a instrução verbal que orienta a atenção da criança só é mantida nas etapas iniciais, nos casos em que coincide com a percepção imediata da criança (LURIA, 1979).

Luria (1979) acrescenta ainda que é entre o segundo e terceiro anos de vida que, para organizar a atenção estável, a criança não só deve dar ouvidos à instrução verbal do adulto como ela mesma deve distinguir as ordens necessárias, reforçando-as em sua ação prática.

Em outras palavras, até os três anos encontra-se freqüentemente a atenção involuntária e não focada, pois o córtex ainda não está totalmente maturado. Considera-se que o córtex está maturado quando a fala acompanha a ação voluntária e a locomoção. Isso geralmente ocorre dos dois aos três anos e, conseqüentemente, se torna possível o desenvolvimento da *atenção voluntária ou intencional* (LURIA, 1979).

Na etapa seguinte, de quatro a cinco anos, a discriminação prática dos indícios das figuras já pode ser substituída por uma que desenvolva a explicação verbal: “Isto aqui é um quadrado, quando ele aparecer não precisa apertar o botão; isto aqui é um triangulo, quando ele aparecer, aperte o botão”. Depois desta explicação, a instrução verbal começa a orientar solidamente a atenção, adquirindo influência reguladora estável (LURIA, 1979).

Assim, a atenção voluntária, na visão de Luria (1979), é produto de um desenvolvimento extremamente complexo. As fontes desse desenvolvimento são as formas de comunicação da criança com o adulto, fator fundamental que assegura a formação da *atenção voluntária*, representada pela fala, que é inicialmente reforçada por uma ampla atividade prática da criança e assegura a regulação e o controle desta. A formação da *atenção voluntária* abre caminho para a compreensão dos mecanismos interiores dessa extremamente complexa forma de organização da atividade consciente do homem, a atenção, que desempenha papel decisivo em toda a sua vida psíquica.

Uma criança ou jovem que não tenha passado por uma das etapas pode vir a apresentar algum problema de aprendizagem.

Patologias da Atenção

Para discutir as patologias da atenção, Dalgarrondo (2000) aponta que a alteração mais comum e menos específica da atenção é a diminuição global da capacidade de prestar atenção, chamada *hipoprosexia*. Esse quadro se observa em casos de bloqueio emocional e processos regressivos, tais como: a depressão, a fadiga e a astenia. Aqui se verifica uma perda básica da capacidade de concentração, com fadigabilidade aumentada, o que dificulta a percepção dos estímulos ambientais e a compreensão; as lembranças tornam-se mais difíceis e imprecisas, há dificuldade crescente em todas as atividades psíquicas complexas, como o pensar, o raciocinar, a integração de informações, etc.

Castro (2007) afirma que se observa a hipoprosexia em estados infecciosos, embriaguez alcoólica, psicoses tóxicas, esquizofrenia, além da depressão. Os motivos podem ser: falta de interesse (deprimidos e esquizofrênicos); déficit intelectual (oligofrenia e demência) ou alterações da consciência (delirium). Os estados de depressão geralmente são acompanhados de diminuição da capacidade de concentrar a atenção como um todo.

Aprosexia é a total supressão da capacidade de atenção, por mais fortes e variados que sejam os estímulos que se utilizem. Esta patologia é causada por um déficit senso-neuronal ou mental (MASH; WOLFE, 2002). A *hiperprosexia* é um estado da atenção exacerbada, na qual há uma tendência incoercível a obstinar-se, a se manter indefinidamente sobre certos objetos com surpreendente infatigabilidade.

Ao contrário do que muitos pensam, a *distração* é apenas um sinal, não de déficit propriamente dito, mas de superconcentração ativa da atenção sobre determinados conteúdos ou objetos, com a inibição de todos os outros estímulos. Nesse sentido, há uma certa hipertenacidade e hipovigilância. Esta é a explicação que se dá para o caso de pessoas que, por terem seu interesse e atenção totalmente voltados para um determinado assunto, cometem erros do tipo: “esquecer onde estacionou o carro, ou calçar meias de cores diferentes” (DALGALARRONDO, 2000).

Oposta à distração, a distraibilidade, como coloca Dalgarrondo (2000), é um estado patológico que se exprime por instabilidade marcante e mobilidade acentuada da atenção voluntária, com dificuldade ou incapacidade para se fixar ou

se manter em qualquer coisa que implique esforço produtivo. A atenção do indivíduo é facilmente desviada para outro objeto.

Convém assinalar que pacientes esquizofrênicos costumam ter alterações da atenção, particularmente dificuldade em filtrar e “anular” adequadamente estímulos sensoriais irrelevantes enquanto realizam determinada tarefa; são assim muito suscetíveis de distrair-se com estímulos visuais e auditivos externos (DALGALARRONDO, 2000).

Por fim, Mash e Wolfe (2002) descrevem crianças que demonstram sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade persistentes e inapropriados para a idade - o Déficit de Atenção e a Hiperatividade (ADHD ou TDAH). Suas manifestações ocorrem geralmente na idade escolar, entre os sete e os oito anos. Os portadores de TDAH são nitidamente diferentes das outras crianças, que não possuem o distúrbio, que está relacionado à desatenção, à inquietude e à hiperatividade.

Segundo o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) o diagnóstico de TDAH é obtido quando o paciente atende a pelo menos seis dos nove critérios de um ou de ambos os domínios da síndrome (hiperatividade/impulsividade e desatenção) em pelo menos dois locais de avaliação distintos, como por exemplo, em casa e na escola. Confere-se, assim, a classificação de tipo predominante Hiperativo/impulsivo (apenas presentes seis ou mais dos critérios de impulsividade/hiperatividade), de tipo predominantemente “Desatento” (apenas presentes seis ou mais dos critérios de desatenção), ou do tipo “Combinado”.

Tendo em vista essas possibilidades de patologias, o psicopedagogo pode olhar para a questão da atenção de seu paciente e verificar se existe alguma patologia, ou melhor, ampliar a leitura do sintoma do problema de aprendizagem.

Considerações Finais

A exigência da atenção hoje parece ser maior do que nunca. A todo o momento se escuta “Preste atenção!”, “Olhe com atenção!” ou apenas “Atenção! ”. Será que está faltando tanta atenção assim? Uma das propostas da Psicopedagogia é olhar, é investigar a questão da atenção no processo de aprendizagem. Será que as pessoas não prestam mais atenção? Para onde ela está sendo direcionada? São apenas algumas das respostas que o psicopedagogo tenta explicar.

Fernández (2001) denuncia, do ponto de vista psicopedagógico, que a sociedade atual hipercinética supermedica crianças com antidepressivos ou estimulantes, fruto dela própria. De cada vinte alunos, cinco são medicados para que aprendam. A aprendizagem – como objeto de treinamento – passou a ser um objeto cobiçado, que a sociedade exige para triunfa, e o mercado consumista o está oferecendo em pílulas. São oferecidos produtos que garantem a paz, a felicidade e o êxito escolar. A sociedade globalizada coloca como patologia o que as crianças podem denunciar com sua inquietude e falta de atenção. A medicação dissimula os sintomas acalmando os efeitos. Questiona a autora: será que as crianças rotuladas como ADD (transtorno por déficit de atenção) ou ADHD (transtorno por déficit de atenção com hiperatividade) e medicadas são crianças desatentas ou desatendidas?

A anulação do sujeito e o foco na aprendizagem obrigatória determinam o abuso da medicação. Os medicamentos que atuam sobre o psiquismo, a atividade mental, o comportamento e a percepção simbolizam o triunfo do pragmatismo e do materialismo sobre as confusas elucubrações psicológicas e filosóficas que tentavam delimitar o homem. A psicofarmacologia permite aos médicos abordar da mesma maneira todas as classes de afecções sem que jamais saibamos a que tratamentos respondem.

O DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1994), em seus capítulos que tratam do ADD e ADHD, e do meu ponto de vista, deixam muito em aberto as características diagnósticas, os transtornos mentais associados, as descobertas laboratoriais. Ainda conclui dizendo que o ADHD não é diagnosticado se os sintomas são mais bem explicados por algum outro transtorno mental, ou seja, que seria um “diagnóstico por descarte”.

Assim, a única certeza é a de que se indica o tratamento medicamentoso com outros auxiliares para crianças e jovens diagnosticados como “portadores de ADD e

ADHD”. Porém, não foram detectadas alterações orgânicas específicas, não há provas específicas de diagnóstico clínico, não há estudos “epidemiológicos” diferenciais que sejam confiáveis, não há padrão familiar identificado, não há uma história infantil “específica”, não há alterações intelectuais e o diagnóstico é descartado se outro diagnóstico “aplica-se melhor” ao indivíduo em questão. É necessário, a meu ver, definir o diagnóstico, de maneira a ser mais explícito ou mais interdisciplinar.

Outro ponto a ser refletido é a questão do “prestar atenção”. O espanhol define “prestar” como *entregar transitoriamente algo a alguém e que será devolvido*, para explicar o “prestar atenção” Segundo Fernández (2001), a atenção que o aluno dá, de fato, ele somente empresta, é dele e a ele deve ser devolvida. Os questionamentos da autora prosseguem em relação à atenção. O que é que se empresta quando se presta atenção? Tem que pagar quando se presta atenção? Quem paga? O que paga? A quem paga? São questões necessárias quando se queixa que o aluno “não presta atenção”.

A escola tradicional coloca a obrigação de prestar atenção ao professor (junto com “ficar quieto”) como um dos principais deveres do aluno. O bom aluno, quieto e atento, confundia-se com bom aprendiz.

A atenção que hoje se demanda para que a aprendizagem seja mais significativa, está mais próxima do que o que Freud chamou de *atenção flutuante*. Isso consiste em não se fixar em nada em particular e em prestar a tudo o que ouve a mesma atenção livremente flutuante; atender de modo simultâneo a várias situações. Anteriormente, atenção era considerada como concentração. Hoje, atenção aproxima-se da descentração, da dispersão criativa, de reconhecer-se autor, de confiar nas possibilidades de criar o que já está mais próximo de brincar do que do trabalho alienado (FERNÁNDEZ, 2001).

Se considerarmos o significado de atenção (FERNÁNDEZ, 2001), que vem do verbo atender - atender é cuidar. Assim, a ação da atenção está relacionada à questão sócio-afetiva vincular, com o outro. As crianças desenvolvem a atenção a partir do modelo do adulto.

É necessário rever os padrões de atenção exigidos em sala de aula, no processo de aprendizagem, e nas relações afetivas parentais. Olhar para a criança, ver se ela está sendo atendida, no seu processo de desenvolvimento de atenção, nas suas relações afetivas e de interesse.

Enfim, penso que a Psicopedagogia pode contribuir, considerando a perspectiva de Luria sobre atenção, com um olhar mais cuidadoso para a situação dos problemas de aprendizagem.

A inquietude ou a falta de atenção podem ser apenas sintomas para algo maior - uma tentativa da criança de denunciar um quadro circunstancial. O sintoma é uma *conversão simbólica inconsciente* para uma *dramática vivida* pelo indivíduo, e por isso o psicopedagogo precisa saber a história deste indivíduo para poder decodificar os significados do que se apresenta (PAÍN, 1992).

Além disso, creio que é necessária uma “pausa” para refletir sobre que tipo de crianças a sociedade hipercinética produz. Ela constrói essas crianças e depois quer contê-las? Quem é hiperativa, a criança ou a sociedade? Considerar essas reflexões leva o psicopedagogo a diagnosticar o problema de aprendizagem, considerando a falta ou excesso de atenção como um sintoma do contexto familiar e social em que vive, ou se realmente é uma patologia.

Com estas colocações, pretendo abrir um campo de discussão para a Psicopedagogia sobre a importância do desenvolvimento da atenção, seus estados patológicos no processo de aprendizagem e seus problemas.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington (DC); 1994.

CASTRO, Carlos Eduardo Sandrini De. **Funções psíquicas: consciência, atenção e orientação**. São Paulo, s.d., Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-01.html>. Acesso em: 19 nov. 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FERNÁNDEZ, Alícia. A sociedade hipercinética e desatenta medica o que produz, **Os idiomas dos aprendentes: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

LURIA, Alexander. **Curso de Psicologia geral**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979 (4 vols.)

_____. **Fundamentos de neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos/ Edusp, 1981.

MASH, Eric J.; WOLFE, David A. **Abnormal child pshychology**. Califórnia: Wadsworth, 2002.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Vygotsky - Aprendizado e Desenvolvimento: um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 2003.

PAÍN, Sara. **Diagnóstico e tratamentos dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PEREIRA, Heloisa S et. al. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2005, p. 391-402.

SCOZ, Beatriz et. al. **Psicopedagogia – o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional**. **Porto Alegre**