



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

MESTRADO EM EDUCAÇÃO

REGINA LEMES DOS SANTOS

**RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DE ALUNOS
DIAGNOSTICADOS COM TDAH À LUZ DA TEORIA
BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. FRANCISMARA NEVES DE OLIVEIRA

**Londrina, PR
2016**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

MESTRADO EM EDUCAÇÃO



Londrina, PR
2016

REGINA LEMES DOS SANTOS

RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DE ALUNOS
DIAGNOSTICADOS COM TDAH À LUZ DA TEORIA
BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Educação, da Universidade Estadual
de Londrina, como requisito para a
obtenção do título de Mestre.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Francismara
Neves de Oliveira**

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Santos, Regina Lemes dos.

Resiliência no contexto de alunos diagnosticados com TDAH à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. / Regina Lemes dos Santos. - Londrina, 2016.

151 f. : il.

Orientador: Francismara Neves de Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Comunicação e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Resiliência - Teses. 2. Diagnóstico de TDAH - Teses. 3. Aprendizagem - Teses. 4. Desenvolvimento humano - Teses. I. Oliveira, Francismara Neves de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Comunicação e Artes. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

REGINA LEMES DOS SANTOS

RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DE ALUNOS
DIAGNOSTICADOS COM TDAH À LUZ DA TEORIA
BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Educação da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Francismara Neves de Oliveira
UEL - Londrina - PR

Prof^a. Dr Carlos Toscano
UEL - Londrina - PR

Prof^a. Dr^a Luciane Guimarães Battistella
Bianchini
Unopar - Londrina - PR

Londrina, _____ de _____ de 2016.

AGRADECIMENTOS

Em princípio agradeço a minha orientadora Francismara Neves de Oliveira por ter acreditado em mim e ter confiado em minhas mãos o desafio de problematizar e questionar as práticas medicalizantes do aprender a partir dos possíveis fatores de risco e proteção, e muito mais por ter me auxiliado a ampliar o olhar sobre o objeto do meu estudo e me ensinado a respeitar e valorizá-lo a partir das suas sugestões, críticas e questionamentos.

Estendo os meus agradecimentos àqueles que compõem a minha família – irmãos, cunhados, sobrinhos pela compreensão nos momentos que o trabalho demandava tempo e dedicação exclusiva.

Ao meu namorado Luiz Fernando Schmidt pelo apoio, carinho, colaboração e paciência nos momentos de minha ausência.

À Secretaria Municipal de Educação por ter consentido o meu acesso às escolas, para a coleta de dados e aos demais profissionais pertencentes a esta secretaria, que de um modo ou outro contribuíram com a realização desta pesquisa.

Aos participantes desta pesquisa coordenadores pedagógicos, professores, psicólogo, neuropediatra, familiares e alunos, sem os quais o acesso às significações aqui explicitadas e analisadas não seria possível.

Às novas amizades conquistadas durante o período de estudos no mestrado, as quais ficarão guardadas em meu coração e marcadas pelo carinho, respeito e admiração.

Mas acima de tudo agradeço a Deus, a partir do momento em que permitiu o meu ingresso neste Programa de Mestrado e abriu os caminhos mais incertos para que fosse possível a dedicação exclusiva aos estudos.

PROCUSTO

Bandido de estrada que torturava os passantes lançando-os em dois leitos, conforme o tamanho da vítima. Se era pequena, lançava-a sobre o leito grande e lhe espichava os membros até a morte; caso fosse grande, lançava-a sobre o leito pequeno e lhe cortava o excesso dos membros. Foi morto por Teseu. (FRANCHINI; SEGANFREDO, 2007)

SANTOS, Regina Lemes dos. **Resiliência no contexto de alunos diagnosticados com TDAH à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano**. Londrina, 2016. 151 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

O estudo teve como objetivo discutir a prática medicalizante no âmbito escolar, de alunos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e que fazem uso do Cloridrato de Metilfenidato visando a promoção da resiliência. O modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano foi adotado como aporte teórico-metodológico para o estudo da resiliência neste contexto. Para tal, foram analisadas as significações produzidas por profissionais da saúde (neuropediatra, psicólogo); profissionais da educação (pedagogos, professores); alunos e respectivos familiares. Participaram do estudo 40 sujeitos, distribuídos da seguinte forma: 1 psicólogo, 1 neuropediatra; 5 pedagogas, 11 professores; 10 alunos, 12 familiares. Os dados foram coletados por meio de entrevista em um contexto escolar específico, constituído por 6 escolas da Rede Municipal Regular de Ensino de uma cidade do Norte do Paraná. A pesquisa adotou abordagem qualitativa, de cunho descritivo, na modalidade de estudo de caso. As categorias de análise foram construídas a partir do que emergiu dos dados das entrevistas, respeitando-se o princípio da contextualidade, característico das pesquisas aportadas no Modelo Bioecológico. O software Qualitative and Mixed Methods Data Analysis (MAXQDA) foi utilizado no processo de organização e sistematização inicial dos dados. Os resultados apontaram para a necessidade de refletir acerca do discurso determinista frequente no diagnóstico TDAH e repensar as práticas rotuladoras que podem comprometer a relação com os pares e com o saber. As condições nas quais o processo diagnóstico é realizado neste contexto, foram admitidas como risco ao desenvolvimento do sujeito e ao processo de aprendizagem escolar, em detrimento dos fatores de proteção, constituintes das redes de apoio à aprendizagem, importantes à promoção da resiliência neste contexto. Os dados nos permitem inferir que no contexto de alunos diagnosticados com TDAH e tratados pela via medicamentosa, a promoção da resiliência pode resultar no estabelecimento de redes protetivas. Para isto, é preciso reconhecer a interferência de vários elementos, inclusive os da esfera macrossistêmica, no contexto da aprendizagem escolar. O estudo aponta a necessidade de pesquisas futuras que enfatizem práticas interventivas visando a promoção da resiliência no contexto escolar de alunos que fazem uso da medicação como favorecedora da aprendizagem.

Palavras-chave: Resiliência; Teoria Bioecológica; Diagnóstico de TDAH; Medicalização no aprender; Significações.

SANTOS, Regina Lemes dos. **Resilience in the context of students diagnosed with ADHD in the light of Bioecological Theory of Human Development.** Londrina, 2016. 151 f. Dissertation (Master in Education) – Londrina State University, 2016.

ABSTRACT

The work had as an objective to discuss the medicalization practice inside the school sphere, in students diagnosed with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity and who make use of the Methylphenidate Hydrochloride aiming the promotion of the resilience. The Bioecological Model of Human Development was adopted as a theoretical and methodological approach to the study of resilience in this context. To this purpose, the meanings produced by health professionals (child neurologist, psychologist), education professionals (pedagogues, teachers) as well as students and their families were analyzed. The study included 40 subjects, distributed as follows: 1 psychologist, 1 child neurologist; 5 pedagogues, 11 teachers; 10 students, 12 relatives. The data were collected through interviews into a specific school context, consisting of six schools of the Municipal Regular Teaching Network in a city in northern Paraná. The research adopted a qualitative approach with descriptive nature, in the case study method. The analysis categories were constructed from which emerged from the interview data, respecting the principle of contextuality, a characteristic of the researches adopted in Bioecological Model. The Qualitative and Mixed Methods Data Analysis Software (MAXQDA) was used in the process of organization and initial systematization of the data. The results pointed to the need to think about the common deterministic speech in ADHD diagnosis and rethink labeling practices that may compromise the relationship with pairs and with the knowledge. The conditions under which the diagnosis process is carried out in this context have been admitted as a risk to the development of the subject and the school learning process, to the detriment of protective factors, constituents of learning support networks, important to the promotion of resilience in this context. The data allow us to infer that in the context of students diagnosed with ADHD and treated by medicaments, the promotion of resilience may result in establishing of protective networks. For this, it is necessary to recognize the interference of various elements, including the macro system sphere in the context of school learning. The study highlights the need for future researches that emphasize interventional practices aiming the promotion of the resilience inside the school sphere in students who make use of the medication as a learning favorer.

Keywords: Resilience; Bioecological theory; ADHD diagnosis; Medicalization in learning; Meanings.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados demográficos das escolas participantes da pesquisa, referentes ao ano letivo de 2014	58
Quadro 2 - Levantamento por escola dos alunos que faziam uso de medicamento	62
Quadro 3 - PEDAGOGO – Formação acadêmica e tempo de exercício	70
Quadro 4 - PROFESSOR – Formação acadêmica e tempo de exercício	71
Quadro 5 - Dados gerais dos alunos participantes da pesquisa, e respectivos responsável legal	75
Quadro 6 - Nível de escolarização, profissão e local de trabalho dos pais ou responsáveis pela criança	76
Quadro 7 - ALUNOS: Dados demográficos referentes ao período e ano escolar, e idade dos alunos participantes da pesquisa	77
Quadro 8 – ALUNOS: Tipo de sala que frequenta	78

LISTA DE SIGLAS

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais I
ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
PPCT	Processo, Pessoa, Contexto, Tempo
SAA	Sala de Apoio à Aprendizagem
SR	Sala Regular
SRM	Sala de Recursos Multifuncionais
CE	Classe Especial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1 ABORDAGEM BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	18
1.1 PROCESSO.....	18
1.2 PESSOA	20
1.3 CONTEXTO	21
1.4 TEMPO.....	24
2 VISÃO PROCESSUAL DA RESILIÊNCIA À LUZ DA ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	25
2.1 RESILIÊNCIA E OS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO.....	28
2.2 RESILIÊNCIA NOS MICROSSISTEMAS FAMÍLIA E ESCOLA.....	32
2.2.1 Microsistema Familiar.....	33
2.2.2 Microsistema Escolar.....	36
3 CONTEXTO E PROCESSOS DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DOS ALUNOS COM TDAH	40
3.1 PROCESSOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA DO TDAH	44
3.2 O PROCESSO DIAGNÓSTICO: RISCO E PROTEÇÃO	47
PARTE II – CAMINHOS METODOLÓGICOS	57
4 NATUREZA DO ESTUDO	57
5 O CENÁRIO DA PESQUISA: MICROSSISTEMA ESCOLAR.....	59
6 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	62

7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS E INSTRUMENTOS.....	65
7.1 ENTREVISTA	65
7.2 O SOFTWARE MAXQDA	66
8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	70
PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	71
9 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	71
9.1 PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO: PEDAGOGOS E PROFESSORES PARTICIPANTES DO ESTUDO	71
9.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PSICÓLOGO E NEUROPEDIATRA PARTICIPANTES DO ESTUDO	74
9.3 FAMILIARES PARTICIPANTES DO ESTUDO	75
9.4 ALUNOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	78
10 O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO DO ALUNO COM TDAH.....	81
10.1 SIGNIFICAÇÕES PRODUZIDAS ACERCA DO SUJEITO DIAGNOSTICADO COM TDAH	81
10.1.1 Determinismo biológico: a condição do sujeito com diagnóstico de TDAH	91
10.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NO ENCAMINHAMENTO DO ALUNO	103
10.2.1 Significados produzidos acerca da rede de atendimento e encaminhamento.....	105
10.2.2 Uso do medicamento: relação com a aprendizagem.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES	145

APÊNDICE A - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos profissionais da educação.....	146
APÊNDICE B - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos profissionais da saúde.....	147
APÊNDICE C - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos familiares.....	148
APÊNDICE D - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos alunos.....	150

INTRODUÇÃO

O interesse por pesquisar as práticas medicalizantes do aprender começou a se manifestar desde o tempo em que cursava Pedagogia (2001-2005), na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Naquela época, a proliferação de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) já estava na pauta de discussão, decorrente da ação controladora do comportamento da criança, somada à crença de que o medicamento favorecia a aprendizagem.

No entanto, tais questões ficaram silenciadas durante alguns anos, as quais seriam retomadas recentemente, em três novos contextos. O primeiro deles remete ao espaço de trabalho que atualmente desenvolvo, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), na cidade onde resido, município paranaense onde o estudo se desenvolveu.

O segundo contexto, que permitiu a retomada do interesse pelo tema foi o curso de especialização em Psicopedagogia Institucional e Clínica, concluído em 2014, na Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Campus Jacarezinho - PR. O terceiro foi o Mestrado em Educação.

No espaço de minha atuação profissional, ao estabelecer contato com os coordenadores pedagógicos e professores de algumas escolas, onde as crianças assistidas pelo CRAS estudam, a queixa que ouvimos com frequência, refere-se ao fato de que muitos pais não têm cumprido as determinações médicas. Segundo eles, os pais não administram o medicamento em horário correto - ora alegando a falta do medicamento, ora o esquecimento, ora a incompatibilidade de horário, já que trabalham o dia todo e, praticamente, não ficam com a criança.

A partir do pedido informal dos pais, alguns coordenadores pedagógicos têm assumido o compromisso de administrar o remédio, a fim de ter garantido o efeito do mesmo, enquanto a criança está aos “cuidados” da escola.

Ao discutir essa percepção a problemática dos diagnósticos precarizados e aligeirados foi ressaltada. Rohde (2000, p. 8) destaca que “[...] para o diagnóstico de TDAH, é necessário uma avaliação cuidadosa de cada sintoma e não somente a listagem de sintomas” preenchidos, tomando-se por base o roteiro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

As práticas aligeiradas têm favorecido o surgimento de características rotuladoras, atribuídas ao TDAH nas escolas, contribuindo com o processo de

estigmatização do aluno e, conseqüentemente, com a construção do preconceito em relação a ele. Em contrapartida, o processo de aprendizagem segue sem ser problematizado, pois os problemas relacionados ao não aprender são interpretados como uma disfunção orgânica do aluno/paciente, que demanda ser tratada.

O contato com a literatura que discute o fracasso escolar, patologização do ensino, exclusão e segregação na escola, nas disciplinas cursadas no programa de Mestrado em Educação, intensificou o interesse pela temática da medicalização do ensino.

Foi possível compreender, então, que há várias décadas, as práticas de controle social têm sido questionadas por estudiosos do mundo acadêmico (FOUCAULT, 2008, 2006) (GOFFMAN, 1987), (MACHADO, 1978) e, as mesmas, têm extrapolado o universo dos adultos, alcançando crianças e adolescentes no âmbito da educação escolar. A medicalização do ensino pode ser enquadrada neste contexto de práticas de controle social, conforme apontam alguns pesquisadores: Barbarini (2011); Collares e Moysés (1996); Guarido (2007) e Souza (2008).

A relevância desta temática têm chamado à responsabilidade, não apenas a comunidade acadêmica, mas também a sociedade civil, a fim de compartilhar a dimensão que tem alcançado o fenômeno da medicalização na contemporaneidade. Neste sentido, vários espaços de troca de informações têm sido criados, dentre eles o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

Este Fórum é constituído, atualmente, por 19 núcleos, distribuídos pelos vários estados do país, os quais têm permitido a organização de espaços de estudo sobre o tema da medicalização e divulgação de pesquisas de âmbito nacional e internacional: I Seminário Internacional Educação Medicalizada: “Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos” (2010); II Seminário Internacional A Educação Medicalizada: “Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos. Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos” (2011); I Simpósio Internacional e I Simpósio Baiano “Medicalização da Educação e da Sociedade: Ciência ou Mito?” (2012); III Seminário Internacional “Educação Medicalizada: Reconhecer e Acolher as Diferenças” (2013); II Simpósio Baiano “Medicalização da Educação e da Sociedade: da crítica à construção de práticas desmedicalizantes” (2014); e o IV Seminário Internacional A Educação Medicalizada: “Desver o mundo, perturbar os sentidos” (2015).

No mesmo contexto de discussões, tomei contato com a temática da resiliência que analisa fatores de risco e de proteção, nos contextos em que os sujeitos, em processo de desenvolvimento, estão inseridos. Nos estudos sobre a resiliência, em diferentes abordagens teóricas e, em especial, no modelo bioecológico, tem sido indicada a necessidade de capturar os sentidos atribuídos pelo sujeito e pelos demais envolvidos no contexto, para identificar quais são os fatores de risco e quais os fatores de proteção presentes (YUNES, 2003; CYRULNIK, 2001).

No presente estudo, estamos considerando que o diagnóstico de TDAH e a administração do Cloridrato de Metilfenidato - como garantia da aprendizagem da criança na escola, podem constituir tanto risco como proteção, e isto, depende dos sentidos atribuídos ao aprender e às práticas de controle, nas quais o medicamento se insere (YUNES, 2001, 2003; RUTTER, 1987). Por esta razão, intencionamos ouvir os sujeitos envolvidos, para apreender os sentidos produzidos por eles.

Nesta perspectiva, verificou-se que discutir e problematizar a questão da medicalização no âmbito escolar constitui tarefa relevante ao meio educacional atual, pela seriedade que o tema encerra, podendo promover a anulação da subjetividade da pessoa em seu contexto. Isto por que, o Brasil é considerado o segundo maior consumidor mundial do Cloridrato de Metilfenidato (ITABORAHY, 2009).

A administração do medicamento a um grande número de crianças brasileiras tem alertado para a necessidade de estudos acerca do fenômeno da medicalização e sua relação com o aprender. Tomamos, para a pesquisa, algumas questões norteadoras: Qual o sentido produzido por profissionais da área de saúde (neuropediatra, psicólogo), escola (professores e pedagogos), alunos e familiares, no que concerne às práticas medicalizantes da aprendizagem escolar? Quais as possibilidades de pensar o fenômeno da medicalização do aprender, visando à promoção da resiliência no microsistema escolar?

Posto isto, procuramos discutir as práticas medicalizantes no âmbito escolar da Rede Regular de Ensino, no contexto de alunos com diagnóstico de TDAH, no meio urbano de um município do norte paranaense, visando o estudo da resiliência, na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

Para tal, fez-se necessário elencar quatro objetivos específicos: estudar a literatura que discute o fracasso escolar, buscando relações com a proposta de

medicalização do ensino; analisar o modo como o aluno diagnosticado com TDAH é percebido pelos profissionais da educação, saúde, família e por si mesmo; localizar as possíveis interrelações nos sentidos produzidos por profissionais da educação, saúde, familiares e alunos, quanto ao processo de medicalização e aprendizagem escolar; refletir acerca das possibilidades de promoção de resiliência no contexto escolar de alunos que fazem uso do Cloridrato de Metilfenidato como condição de aprender.

Nesta perspectiva, o estudo assumiu a seguinte organização: PARTE I, destinada à Fundamentação Teórica, está composta por três subseções. A primeira faz referência à Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, a segunda remete à Resiliência como construto da Psicologia e da Educação e na terceira encontram-se referências sobre a Medicalização da Aprendizagem, a qual foi discutida como um fenômeno que transforma questões de origem social, política e econômica, em questões de ordem individual que demanda tratamento médico.

PARTE II – Caminhos metodológicos contém a descrição dos passos percorridos na realização desta pesquisa. No que tange à natureza da pesquisa, esta é definida pela abordagem qualitativa, cunho descritivo e modalidade de estudo de caso. Procuramos considerar os pressupostos do modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (2011) – PPCT, pois enfatiza a produção dos fenômenos em contextos, para dialogar acerca dos significados produzidos na relação entre medicalização do ensino e o não aprender.

Discorreremos acerca da seleção do contexto da pesquisa, dos sujeitos e explicitamos quais foram os procedimentos e instrumentos utilizados na coleta de dados e sobre o processo de análise.

PARTE III – Análise e discussão dos dados coletados contém o cruzamento das informações apresentadas pelos participantes da pesquisa, junto as significações destes sujeitos acerca das práticas medicalizantes do aprender, que nos permitiram identificar os fatores de risco e proteção, no contexto da pesquisa.

O estudo sobre resiliência em educação se apresenta como temática relevante a ser pesquisada, pois a instituição escolar representa um microsistema complexo que impacta o desenvolvimento humano, decorrente das significações produzidas, em seu meio, pelos sujeitos (profissionais, familiares e pelos próprios alunos) que o constituem.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 ABORDAGEM BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Elegemos a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner como o aporte teórico e metodológico para analisar a problemática da medicalização dos alunos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e, neste contexto, pensar a promoção da resiliência. Desta forma, faz-se necessário apresentar os elementos que constituem o presente aporte teórico, que é explicado pela inter-relação de quatro elementos centrais, referentes ao desenvolvimento humano: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (P-P-C-T).

Segundo os estudos realizados por Bronfenbrenner e Morris (1998) o desenvolvimento humano perpassa pela compreensão dos elementos mencionados, pois ocorre a partir do processo de interação, cada vez mais complexo, da pessoa nos contextos que participa direta ou indiretamente ao longo de sua vida. Mediante a interação a pessoa pode tanto promover mudanças no contexto como ser modificada pelas interações dele advindas. Sendo assim, o desenvolvimento humano "[...] refere-se à estabilidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos durante o ciclo de suas vidas e através das gerações" (apud YUNES; JULIANO, 2010, p. 365). Passamos a discorrer sobre os quatro elementos inter-relacionados, que estruturam o modelo bioecológico - PPTC.

1.1 PROCESSO

O processo refere-se às formas específicas de interação do organismo e o ambiente imediato, denominadas *processos proximais*. Estes processos ocorrem durante todo o tempo de vida da pessoa, os quais conduzem ao seu desenvolvimento. Conforme transcorre o tempo de vida, as interações sociais se tornam cada vez mais complexas, as quais são evidenciadas na relação do indivíduo com pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (BRONFENBRENNER, 2011).

Bronfenbrenner (1999) faz menção a cinco aspectos referentes aos processos proximais apontados por Narvaz e Koller (2004, p. 58): 1º) para que o desenvolvimento ocorra, a pessoa deve estar inserida em uma atividade; 2º) a

interação para ser efetiva, exige regularidade, através de períodos prolongados de tempo; 3º) a atividade deve ser progressivamente mais complexa; 4º) a reciprocidade deve estar presente nas interações e 5º) os objetos e os símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento.

Importa destacar que estes processos não ocorrem de forma idêntica nas pessoas, promovendo um mesmo nível de desenvolvimento, isto porque a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais que contribuem para que o desenvolvimento aconteça, varia como uma função conjunta às características da pessoa em desenvolvimento, do contexto imediato ao mais remoto com que ela estabelece algum tipo de interação, bem como dos períodos de tempo em que a pessoa viveu (COPETTI; KREBS, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2004).

Os processos proximais podem promover dois efeitos sobre a pessoa: competência e disfunção. O efeito de competência permite a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e a capacidade da pessoa conduzir o próprio comportamento. O efeito de disfunção desencadeia a dificuldade de controle do comportamento, de modo recorrente.

A manifestação dos efeitos de competência e disfunção depende da natureza do ambiente em que ocorrem os processos proximais, os quais podem impactar o desenvolvimento da pessoa. Quanto mais favorável, organizado e estável o ambiente maiores as chances do impacto no desenvolvimento da pessoa ser positivo e os efeitos de competência aparecer. O mesmo pode ser afirmado em relação aos efeitos de disfunção, pois se o ambiente for predominantemente desorganizado e desfavorável, as possibilidades do impacto sobre o desenvolvimento da pessoa ser negativo são potencializadas. (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998 apud CECCONELLO; KOLLER, 2004).

Santana e Koller (2004) acrescentam que nos estudos acerca do Processo, devem ser observados os significados atribuídos pela pessoa em desenvolvimento em relação as suas diversas experiências, uma vez que elas repercutem sobre o modo da pessoa agir e/ou reagir no ambiente em que se encontra inserida.

Tais pressupostos indicam que os processos proximais não são estáticos, dada a existência dos fatores que interferem neles e os condicionam. Ainda cabe pontuar que estes processos não são unilaterais, e quer ocorram no ambiente familiar ou no ambiente escolar, influenciam o curso do desenvolvimento da pessoa.

Embora ocorram em microsistemas independentes, eles estabelecem uma relação de interdependência com outros sistemas (meso, exo e macrosistema).

A partir do momento que a criança ingressa no espaço escolar, ela passa a estabelecer novas relações sociais e ambientais, além de levar consigo suas experiências, conhecimentos e formas de se relacionar. O mesmo acontece quando leva da escola para casa novas formas de se relacionar com as pessoas, objetos e símbolos presentes no microsistema escolar. Essa relação de reciprocidade possibilita romper com a ideia de unilateralidade dos processos proximais, favorecendo o desenvolvimento da pessoa (criança) e sua relação de pertencimento no mundo.

1.2 PESSOA

A Pessoa é considerada neste modelo teórico “[...] como um sistema altamente complexo no qual, elementos biológicos, cognitivos, emocionais e sociais estão fortemente entrelaçados”. (BRONFENBRENNER, 2011, p. 98). Isto porque são consideradas as características biopsicológicas somadas àquelas que emergem da interação da pessoa com o ambiente, as quais passam a ser analisadas, a partir de três núcleos distintos: as disposições, os recursos biopsicológicos e as demandas.

As *disposições* são descritas como comportamentos da pessoa que podem colocar os processos proximais em movimento e, ao mesmo tempo, sustentá-los, fazendo com que avancem ou não, embora elas não cheguem a determinar o curso do desenvolvimento. Aquelas que favorecem a promoção do desenvolvimento são identificadas como geradoras e apresentam-se na forma de curiosidade, disposição para engajar-se em atividades (individuais ou compartilhadas) respostas a iniciativas de outros e autoeficácia. As características inibidoras do comportamento, chamadas de desorganizadoras, manifestam-se na forma de apatia, desatenção, insegurança, timidez em excesso, impulsividade, irresponsabilidade e tendência a comportamentos explosivos.

Os *recursos biopsicológicos* remetem às características adquiridas e internalizadas pela pessoa durante o seu processo de socialização e podem ser representadas pela habilidade, experiência, inteligência e destreza (MAYER, 2002, p. 15). Essas características, associadas aos recursos cognitivos e emocionais, são

facilitadoras da interação com o ambiente, ou seja, influenciam a capacidade de engajamento do indivíduo nos processos proximais. Há também as características que podem limitar ou dificultar esse engajamento, como no caso dos problemas genéticos, baixo peso ao nascer, deficiências, doenças, processos degenerativos, etc. (CECCONELLO; KOLLER, 2004).

As *demandas* acompanham a pessoa desde o seu desenvolvimento embrionário. Elas são correspondentes às “[...] qualidades das pessoas que podem despertar no ‘outro’ sentimentos diversos, de bem-estar e afeto genuíno, ou, ao contrário, expressões afetivas de rejeição e mal-estar presencial” (YUNES; JULIANO, 2010, p. 366). Vale ressaltar que as demandas vão se modificando ao longo dos processos interacionais da pessoa e, portanto não se constituem a priori, mas ao contrário, são reveladoras dos processos proximais continuamente em movimento.

É importante assinalar que, para Bronfenbrenner, o desenvolvimento da pessoa mantém relação direta com a estabilidade e a mudança nas características biopsicológicas ao longo de seu ciclo de vida (NARVAZ; KOLLER, 2004; POLETTI; KOLLER, 2008). O potencial genético considerado como atributo da pessoa, dada a sua predisposição para as manifestações dos efeitos de competência e disfunção ao longo do ciclo vital, também é considerado no modelo bioecológico. Nesse contexto, a hereditariedade é importante para a investigação acerca do desenvolvimento humano, visto que os processos proximais consistem em mecanismos que viabilizam a transformação dos genótipos em fenótipos. (BRONFENBRENNER; CECI, 1994 apud COPETTI; NARVAZ; KOLLER, 2004). Esse dado confirma e reforça a importância da análise do desenvolvimento humano a partir das características biopsicológicas e sua interação com o meio ambiente.

1.3 CONTEXTO

O Contexto foi descrito como o meio ambiente global (remoto) em que o indivíduo encontra-se inserido e onde os processos desenvolvimentais acontecem (mediato). As estruturas ambientais formam um conjunto de sistemas interconectados, os quais são denominados: *micro*, *meso*, *exo* e *macrossistemas*. A complexidade que o contexto compreende é apresentada por Bronfenbrenner (2011)

a fim de demonstrar que as relações que a pessoa estabelece de modo direto e indireto impactam o seu processo de desenvolvimento.

[...] a estrutura do contexto e as formas do processo do desenvolvimento humano que ocorrem no seu interior, em extensa parte são definidos e limitados pela cultura, subcultura ou outras estruturas do macrosistema em que o microsistema está inserido. (BRONFENBRENNER, 2011, p. 133).

O *microsistema* é compreendido como o ambiente imediato em que a pessoa em desenvolvimento encontra-se inserida, como no caso a família, escola, a comunidade. Bronfenbrenner e Morris (1998) lembram de que é nesse contexto que os processos proximais se manifestam, e assim produzem e sustentam o desenvolvimento, mas ressaltam que a sua eficácia não é garantida por si só, dependendo da estrutura e do conteúdo destes processos (apud POLETTI; KOLLER, 2008, p. 406).

Esse ambiente caracteriza “[...] um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 18). Trata-se de um ambiente em que um indivíduo realiza uma atividade em um momento específico de sua vida.

De acordo com o pesquisador o microsistema inclui “[...] aspectos sociais, físicos e simbólicos do contexto imediato que convida, permite ou inibe o engajamento, sustentado na interação progressivamente mais complexa com o contexto imediato” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 133).

O *mesossistema* é descrito como o conjunto de dois ou mais microsistemas que se inter-relacionam, na condição de que a pessoa seja participante ativa em ambos. Pode ser exemplificado pela frequência da pessoa no contexto da família-escola e família-igreja (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21). De acordo com Narvaz e Koller (2004, p. 58), este nível ambiental “é ampliado sempre que uma pessoa passa a frequentar um novo ambiente”.

Bronfenbrenner identifica interconexões entre os ambientes no mesossistema. Elas seriam responsáveis pela possibilidade da pessoa experimentar papéis sociais distintos e ser afetada de modo distinto por aquilo que vivencia. Segundo Bronfenbrenner (1996, p. 22) “[...] ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma

mudança de papel, ambiente, ou ambos”. É importante conhecer as interconexões próprias do mesossistema porque possuem especificidades que diferenciam os vínculos possíveis que as pessoas estabelecem com outras pessoas.

O *exossistema* consiste em um ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento não é participante ativa, mas é afetada por relações que ocorrem nele. Bronfenbrenner (1996, p. 5) identifica três exossistemas importantes para o desenvolvimento da criança, por conta do impacto que exercem sobre o microsistema familiar que ela encontra-se inserida: 1º) o trabalho dos pais; 2º) a rede de apoio social e 3º) a comunidade em que a família encontra-se inserida. (CECCONELLO; KOLLER, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2004).

No *macrossistema*, a pessoa também não é participante ativa, entretanto os elementos que o constituem exercem grande influência sobre seus modos de vida, isto porque diz respeito ao

[...] padrão global de características do micro, meso e exossistema de determinada cultura, subcultura ou contexto social mais amplo, em *particular os sistemas instigadores de desenvolvimento de crenças, recursos, riscos, estilos de vida, oportunidades estruturais, opções de curso de vida e os padrões de intercâmbio social que são imersas em cada um desses sistemas*. O macrossistema pode ser definido como um modelo social para determinada cultura, subcultura ou outro contexto mais amplo. (BRONFENBRENNER, 2011, p. 177).

Este nível ambiental é aquele que comporta os elementos que compõe as formas de organização social. Consideramos aqui as ideologias, crenças e valores que, ao serem interiorizadas pela pessoa em desenvolvimento, influenciam os comportamentos e experiências de outras pessoas. (SANTANA; KOLLER, 2004). Assim, estes quatro sistemas integrados estruturam o contexto em que a pessoa se desenvolve. Um microsistema, por exemplo, o escolar, pode ser estudado em suas especificidades, entretanto, é constituído por relações que ocorrem nos demais sistemas aos quais ele é permeável, tais como influências políticas, ideológicas, sociais, econômicas, etc. Além disso, as características de um microsistema são dadas também pela dimensão temporal que o circunscreve. Sobre o elemento tempo, no modelo PPCT, tratamos a seguir.

1.4 TEMPO

O quarto componente do modelo bioecológico é o tempo, também chamado de Cronossistema.

O tempo exerce papel essencial na teoria bioecológica, pois, a depender do momento em que um dado evento ocorreu, este tem diferente impacto, influência e sentido para um indivíduo ou população, ou seja, o tempo expressa para o pesquisador, a singularidade dos eventos ao longo da vida. O tempo é considerado a partir de três níveis consecutivos: microtempo, mesotempo e macrotempo.

O *microtempo* faz referência à continuidade *versus* descontinuidade notadamente presente nos episódios contínuos do processo proximal. O *mesotempo* relaciona-se à periodicidade de episódios demarcados por intervalos maiores, como os dias e as semanas. O *macrotempo* contempla às expectativas e eventos modificados ao longo das gerações. (CECCONELLO; KOLLER, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2004; POLETTI; KOLLER, 2008).

No entendimento de Alves (2002, p. 17):

A análise desses parâmetros temporais e seus efeitos ampliam as possibilidades de explicação do processo desenvolvimental. O tempo, nos estudos ecológicos, identifica estabilidade ou instabilidade nos ambientes, refletindo, diretamente, questões do processo de desenvolvimento em si.

Considerando-se os sentidos atribuídos pelas pessoas aos eventos que elas vivem direta ou indiretamente, percebe-se que o tempo e o espaço de desenvolvimento do sujeito sofrem mudanças contínuas e promovem transformações na pessoa em desenvolvimento. As interações modificam tanto a conjuntura dos processos proximais quanto afetam as pessoas que os vivenciam. Assim, ao serem estudadas as práticas medicalizantes da aprendizagem escolar, a voz dos diferentes protagonistas deste contexto é destacada, pois faz emergir um conjunto de significados próprios a um tempo e um espaço de interações e permite que neste contexto sejam encontradas relações com a promoção da resiliência na escola. A temática da resiliência será destacada no capítulo a seguir.

2 VISÃO PROCESSUAL DA RESILIÊNCIA À LUZ DA ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Os primeiros estudos realizados pela Psicologia referentes à resiliência enfatizaram que o equilíbrio psíquico em resposta às adversidades da vida, consistia em uma característica intrínseca, propriamente humana, presente em algumas pessoas. A resiliência estava inicialmente, associada à invulnerabilidade, o que favorecia o processo de enfrentamento vivenciado pelas pessoas ao longo da vida. Anthony e Cohler (1987) comentam que “[...] era considerada um traço ou um conjunto de traços de personalidade herdados biologicamente, que, supostamente, tornavam invulnerável a criança que os possuía” (apud SOUZA; CERVENY, 2006, p. 21).

Rutter (1985; 1993) em crítica à ideia de invulnerabilidade, afirma que essa concepção de resiliência “[...] passa uma ideia de resistência absoluta ao estresse, de uma característica imutável, como se fossemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento” (apud YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 16-17). Zimmerman e Arunkumar (1994) questionam a equivalência entre os termos resiliência e invulnerabilidade, ao afirmarem que a resiliência se constitui como *habilidade de superar adversidades*.

Em relação a essa habilidade, outros pesquisadores advertem que o fato da pessoa superar a adversidade não garante que ela permaneça ilesa, pois provavelmente carregará as marcas da situação vivida. (CYRULNIK, 2001; POLETTI; KOLLER, 2011; YUNES, 2011). Esta ideia pode ser confirmada a partir das considerações de Cyrulnik (2001) mediante a realização de estudos com pessoas que sobreviveram às atrocidades da guerra. O pesquisador observa que, mesmo tendo decorrido tempo muitos ainda sofrem por carregar na memória as lembranças das humilhações, perdas, vergonha e sentimentos de ódio. Entretanto, parece ser notória a presença de um ganho psicológico decorrente do modo como eles significam o trauma experienciado, favorecendo respostas positivas às situações de conflito.

Souza e Cerveny (2006) e Yunes (2003) asseveram que esse enfrentamento positivo decorre da interação entre o sujeito e o contexto no qual se encontra inserido. Nessa perspectiva a resiliência passa a assumir caráter relativo, pois suas bases não se restringem ao que é próprio do indivíduo, alcançando o ambiente com

que ele interage, e, portanto, variando a partir das circunstâncias (RUTTER, 1985 apud YUNES; SZYMANSKI, 2002; YUNES, 2011).

Yunes (2003, p. 46) argumenta que “[...] Tendo em vista que o construto da resiliência toma dimensões a partir de processos que explicam a superação de adversidades, poder-se-ia sugerir que o conceito de resiliência busca tratar de fenômenos indicativos de padrões de vida saudável”. Pensar a vida saudável nos leva além da perspectiva do indivíduo tomado de forma isolada, alcançando assim a dinâmica das relações que são tecidas nos diversos contextos nos quais ele interage.

E nesse sentido a abordagem ecológica permite um olhar ampliado sobre um determinado fenômeno desencadeado, a partir das relações interpares e o ambiente de modo recíproco, onde a resiliência pode estar presente ou não (MORAIS; KOLLER, 2004). A resiliência em contexto permite minimizar os riscos do discurso classificatório que desconsidera a possibilidade do sujeito elaborar e desenvolver estratégias de enfrentamento no contexto em que ele está inserido e nele estabelecer algum tipo de interação que favoreça seu processo de desenvolvimento. Segundo Paludo e Koller (2011, p. 76)

[...] pertence a todos seres vivos essa “capacidade” para o desenvolvimento saudável e positivo, o que antes parecia exclusiva apenas a alguns indivíduos. [...] a resiliência não emerge de qualidades raras ou especiais, ao contrário, surge de fatos cotidianos e usuais presentes na trajetória e nas relações das crianças, famílias, e comunidades. Masten revela uma perspectiva mais otimista e lança o desafio da compreensão dos processos que podem favorecer ou dificultar as expressões de resiliência.

A existência de uma forma alternativa de investigar a resiliência pode ser representada pelos termos: *expressões de resiliência*, em lugar da afirmação capacidade resiliente ou característica de certos indivíduos, o que reduzia a resiliência a um atributo do indivíduo. Em nosso estudo a resiliência está atrelada à perspectiva de processo e refere-se a essa manifestação de estratégias mais resilientes diante das adversidades.

As pesquisas de Cyrulnik (2001) apontam para a concepção de resiliência como processo. Para este pesquisador, a resiliência pode ser associada a um conjunto de fenômenos articulados entre si que se desenvolvem durante a trajetória de vida das pessoas e se manifesta em contexto afetivo, social e cultural. O

pesquisador compara a resiliência com a arte de navegar em meio às torrentes, pois ela permite que o sujeito sobreviva às adversidades, mediante a manifestação de fatores protetivos frente ao risco. Defende que o enfrentamento das condições adversas é possível, sendo decorrente da mobilização de recursos internos e externos.

Cyrulnik (2001, p.19) identifica três importantes fatores que norteiam a resiliência como processo: a aquisição de recursos internos que se desenvolvem desde os primeiros meses de vida da pessoa; o tipo da agressão marca e/ou carência e, principalmente, o significado da marca no contexto que a pessoa cresce e se desenvolve; espaços de afeição, atividade e de diálogo presentes na sociedade, os quais constituem suportes de resiliência. Ao defender a resiliência como processo, o autor deixa claro que ela se expressa a partir da evolução da história do sujeito, mediante as relações sociais e culturais com as quais ele interage e se desenvolve como humano.

[...] falar de resiliência em termos de indivíduo constitui um erro fundamental. Não se é mais ou menos resiliente, como se, se possuísse um catálogo de qualidades: a inteligência inata, a resistência à doença ou a molécula do humor. A resiliência é um processo, um devir da criança que, de actos em actos e de palavras em palavras, inscreve o seu desenvolvimento num ambiente e descreve a sua história dentro de uma cultura. É, pois, menos a criança que é resiliente do que a sua evolução e historização. (CYRULNIK, 2001, p. 226-227).

O excerto citado permite considerar que o sujeito percorre um caminho que se constitui como resiliente, pois diz mais respeito à evolução e à história desse sujeito, do que a ele próprio. Em concordância com as palavras de Cyrulnik (2001), Benetti e Crepaldi (2012, p. 14-15) afirmam que:

[...] na condição de processo, a resiliência implica em um conjunto de fenômenos vinculados e articulados entre si que se desenrolam e se constroem ao longo da vida, em diferentes contextos – cultural, afetivo, social – sendo, portanto, um processo que se inscreve de forma contextual e é construído e reconstruído, também, de forma coletiva. Nesta perspectiva, o ambiente e seus componentes são coautores do fenômeno em processo e compreendem a relação entre o contexto e as características da pessoa em desenvolvimento.

Isto posto a resiliência não se resume a uma mera relação entre o ambiente e a pessoa, mas compreende os elementos que constituem o contexto e as características da pessoa, que em interação podem ou não favorecer as *expressões de resiliência*. Esse dinamismo permite colocar em evidência a complexidade da concepção processual de resiliência.

Nessa mesma linha de raciocínio, Rutter (1999), citado por Poletto e Koller (2011, p. 24), “[...] considera que a resiliência só pode ser vista como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que acontece em dado período, juntamente a certas combinações benéficas de atributos da criança, de sua família, do ambiente social e cultural”. A resiliência vai além do campo do indivíduo e alcança as formas deste se relacionar com contextos nos quais esse indivíduo interatua. Essa relação entre indivíduo e o meio possibilita a promoção do desenvolvimento, a partir das *expressões da resiliência* consolidadas em processo.

Fizemos alusão ao caráter relativo que a resiliência alcança, pois a depender das circunstâncias que comumente se alteram, a resiliência também muda. Nesse sentido, vê-se afirmar o caráter processual e dinâmico da resiliência. De acordo com Brandão (2009, p. 73) “[...] Cada processo de enfrentamento de adversidades acontece de uma determinada forma que dependerá de quem enfrenta, do que se enfrenta e de quais circunstâncias envolvem o processo”. Diante das colocações da autora, verifica-se que sujeito, adversidade e contexto possuem singularidades quando se pensa a resiliência como processo.

A pesquisa acerca das práticas medicalizantes que têm marcado presença no contexto escolar pode constituir-se objeto de estudo das expressões de resiliência, tal como sugerido por Paludo e Koller (2011), a partir dos fatores de risco e proteção que circundam o processo de aprendizagem dos alunos nas escolas, discussão que apresentamos a seguir.

2.1 RESILIÊNCIA E OS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

A resiliência como processo considera que os recursos internos do sujeito interatuam com o contexto que ele participa. Entretanto, a resiliência não está dada na realidade do sujeito, nem garantida pela simples interação dele com o meio, como se o tempo condicionasse o processo de enfrentamento da adversidade vivenciada. Isto porque as interações da pessoa em contexto são mediadas pelas

diferentes formas que as circunstâncias se apresentam, pelas especificidades do contexto e das características da pessoa frente à adversidade. O processo, conforme esclarecem Benetti e Crepaldi (2012, p. 16),

[...] conduz a outros fenômenos que interagem de forma constante. Estes fatores agem no processo de resiliência como fatores protetivos ou de risco, facilitando e potencializando (positivamente / negativamente) os eventos presentes na vida do indivíduo [...].

A natureza processual da resiliência parece ser anunciada a partir de um jogo de forças que decorre da relação entre os fatores de risco e proteção presentes no contexto que podem evidenciar as expressões de resiliência.

Nesse sentido a dinâmica dos fatores de risco e proteção parece ser reveladora da resiliência por processo, pois influencia negativa ou positivamente os modos de produção de sentido acerca de um dado evento (MORAIS; KOLLER, 2004). Os modos como as interações entre o indivíduo e o meio se constituem, são orientados pelos significados produzidos em contexto, as quais podem evocar respostas que promovam o desenvolvimento seguro e saudável.

Os eventos que podem acarretar prejuízos ao desenvolvimento e existência da pessoa são caracterizados como fatores de risco, isto porque “[...] relacionam-se com toda sorte de eventos negativos de vida, os quais, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais [...]” (YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 24). O risco corresponde a um processo ligado aos seus próprios efeitos, os quais potencializam as chances de desestabilizar a vida do indivíduo, mas também de grupos e comunidades, na medida em que podem comprometer o processo de desenvolvimento e as relações que estabelecem em contexto.

Rutter (1993 apud YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 26) chama a atenção sobre três pontos referentes à relação entre resiliência e risco: “1º [...] a resiliência não está no fato de se evitar experiências de risco e apresentar características saudáveis ou ter boas experiências; 2º [...] os fatores de risco podem operar de diferentes maneiras em diferentes períodos do desenvolvimento; 3º [...] é necessário focar mecanismos de risco e não de fatores de risco, pois o que é risco numa determinada situação pode não ser risco em outra.”

Mediante as considerações do pesquisador, percebemos que a resiliência não está relacionada à intenção ou condição do indivíduo se esquivar da situação problema, isto porque a resiliência pressupõe enfrentamento. Indica também que a pessoa encontra-se, frequentemente, exposta aos riscos, os quais são inevitáveis e podem se configurar de diferentes formas e em qualquer tempo no contexto, uma vez que estão presentes nas interações estabelecidas nesse contexto, variando em intensidade e período de exposição. De acordo com Rutter (1993) o risco caracteriza-se como um fenômeno que não pode ser dado a priori, pois depende da circunstância que se apresenta e do modo como é significado por diferentes sujeitos e em diferentes contextos (apud YUNES; SZYMANSKI, 2002).

Poletto e Koller (2008, p. 409) nos ajudam a compreender melhor esta questão, a partir de uma situação de violência física vivenciada por uma criança, no contexto da família, para demonstrar que o impacto dos eventos estressores tem relação com a forma como são percebidos em contexto. Para as autoras o modo como essa criança vai lidar com a situação de violência depende de um conjunto de elementos que influenciam o seu modo de perceber, interpretar e dar sentido ao acontecimento e citam como exemplo: o contexto em que ocorreu a violência, os ambientes frequentados pela criança, a rede de apoio a que tem acesso, o período de desenvolvimento atual, as suas experiências, processos psicológicos e características pessoais, as quais constituem a sua singularidade.

Cowan, Cowan e Schulz (1996) afirmam que “Resiliência refere-se a processos que operam na presença de risco para produzir consequências boas ou melhores do que aquelas obtidas na ausência de risco” (apud YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 27). Embora o risco possa ser associado a um potencializador de problemas na vida do indivíduo, ele pode ser minimizado mediante as respostas que emergem das relações que esse indivíduo estabelece em contexto e isto se constitui resiliência.

A resiliência se manifesta na presença do risco, pois ela aciona fatores protetivos para o enfrentamento ao risco. Essa capacidade de “neutralizar” o impacto negativo da adversidade e oferecer suporte ao processo de enfrentamento da pessoa é denominada fator de proteção. Rutter (1985) esclarece que os “[...] fatores de proteção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação” (apud YUNES, 2004, p. 207). O sentido de proteção pode ser caracterizado pelos variados efeitos que

podem favorecer a mudança da trajetória de vida do indivíduo frente ao risco, influenciando-a positivamente ao possibilitar a produção de respostas de caráter protetivo.

Rutter (1987 apud YUNES; SZYMANSKI, 2002) postula que os fatores de proteção atuam mais no sentido de modificar a resposta da pessoa frente ao risco, do que promover o seu desenvolvimento. As respostas decorrentes dos fatores de proteção podem melhorar as condições existenciais da pessoa, e refletir no processo de enfrentamento à adversidade, possibilitando a manifestação das expressões de resiliência.

[...] Rutter (1985, 1987 e 1993) reitera que proteção não é uma “química de momento”, mas refere-se à maneira como a pessoa lida com as transições e mudanças de sua vida, o sentido que ela mesma dá às suas experiências, e como ela atua diante das circunstâncias adversas. Isso quer dizer que não se supõe que seja preciso fugir ou escapar dos riscos [...]. (YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 39).

É igualmente possível inferir que a proteção se manifesta a partir do modo como as pessoas se inserem e se relacionam no contexto, modificando-o e sendo afetadas em suas mudanças pelas experiências e significações produzidas nesse contexto. Das interações do sujeito com outras pessoas e com o meio emanam possibilidades que podem conduzir ao processo de enfrentamento da adversidade. Entretanto, os fatores de proteção não chegam a ser associados a uma ‘barreira’ que impede que o sujeito seja afetado pelos efeitos do risco, mas permitem que seja preservada sua integridade.

Rutter (1987) analisa que os fatores de risco e proteção, “[...] devem ser investigados dentro do contexto de vida do indivíduo, principalmente porque um fator de proteção pode futuramente transformar-se em um risco” (apud POLETTI; KOLLER, 2011, p. 34). Os sentidos de risco e proteção podem ser produzidos nas circunstâncias e interações, o que reforça a necessidade de dar maior visibilidade ao contexto quando se almeja apreender a resiliência como processo.

Yunes e Szymanski (2002, p. 27) analisam que:

[...] focar isoladamente um evento de vida e atribuir-lhe a condição de adversidade, tanto no caso de um indivíduo como de um grupo, não parece a melhor maneira de se abordar a questão. Por isso, uma análise criteriosa dos *processos* ou *mecanismos* de risco parece

imprescindível para que se possa ter a dimensão da diversidade de respostas que podem ser observadas [...].

A leitura ampliada acerca do contexto pressupõe conhecer as suas características, a qualidade das relações que nele acontecem, bem como a existência de afetividade e reciprocidade, visto que em conjunto dão o “tom” de risco ou de proteção ao evento estressor. Definir o que constitui risco e proteção é tarefa complexa, pois envolve fenômenos que coexistem e dependem dos sentidos que lhe são atribuídos a partir do contexto, pelo sujeito que vivencia a adversidade.

Diante do exposto vê-se reforçar a ideia de que a resiliência constitui-se como um processo *vivo e dinâmico* que se altera a qualquer tempo, o que a caracteriza como relacional, relativa, mutável e principalmente *processual*, pois mantém estrita relação com as circunstâncias que o sujeito se depara e a fase de desenvolvimento em que ele se encontra (LIBÓRIO; CASTRO; COELHO, 2006). A discussão a seguir intenciona refletir a respeito da resiliência nos microsistemas familiar e escolar.

2.2 RESILIÊNCIA NOS MICROSSISTEMAS FAMÍLIA E ESCOLA

Na perspectiva do modelo teórico adotado em nosso estudo os processos proximais ocorrem nos microsistemas em que a pessoa participa. A família e a escola representam estes espaços nos quais a criança cresce e se desenvolve, pois neles estabelece relações e vivencia experiências que expressam o movimento dos processos proximais. Segundo Dessen e Polonia (2007, p. 22) estas instituições são “[...] fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsoras ou inibidoras do seu crescimento físico, intelectual, emocional e social”.

As interações são consideradas por Bronfenbrenner (1996) essenciais ao processo de desenvolvimento psicológico saudável, independente do contexto que a pessoa participa. Entretanto, elas “[...] precisam ser marcadas por sentimentos afetivos positivos, reciprocidade e equilíbrio de poder.” (POLETTI; KOLLER, 2008, p. 414). É importante considerar que na ausência dos sentimentos positivos, as características de sentido negativo podem se manifestar de modo a comprometer a qualidade dos processos proximais.

Importante ressaltar que as vivências do sujeito não acontecem de modo isolado nos contextos, isto porque frequenta simultaneamente vários contextos

vivenciando interrelações com pessoas, objetos e símbolos presentes em cada um dos contextos. Bronfenbrenner (1996, 2011) denominou essa interrelação sistêmica de mesossistema, visto que a pessoa é participante ativa em ambos os contextos.

Carvalho (2013 apud BAZONI, 2014) evidenciou escassez nos estudos acerca da resiliência que relacionassem os microssistemas, familiar e escolar. A análise que apresentamos a seguir relata o que tem sido indicado nas pesquisas acerca desses dois espaços de constituição simultânea do sujeito.

2.2.1 Microssistema Familiar

O microssistema familiar é considerado no modelo Bioecológico como uma unidade funcional, o primeiro espaço de convivência no qual a pessoa estabelece relações interpares, mas que também favorece a relação com outros contextos, os quais se influenciam mutuamente. De acordo com Antoni (2000, p. 13), “a família possui um padrão de papéis, de atividades e de relacionamentos intrafamiliares que são associados a determinados comportamentos e expectativas, de acordo com a sociedade em que está inserida”.

O microssistema familiar representa um espaço que se caracteriza por sua função socializadora, isto porque promove a aproximação da criança com a cultura (macrossistema), na qual se encontra inserida, o que inclui a “[...] transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades” (DESSEN; POLONIA, 2007, p. 22). À importância de sua função social acrescentam-se os diferentes modos da família se configurar, a rede de apoio social e os vínculos afetivos. Estas considerações nos levam a compreendê-la como um sistema social aberto e em constante transformação, pois suas relações não se restringem às díades interfamiliares, mas alcançam as extrafamiliares e refletem as mudanças da sociedade, as quais têm dado espaço a novas formas de organizações familiares (ANTONI, 2000).

A pesquisa de Szymanski (1992; 1997) faz menção a dois modelos de família, a “pensada” e a “vivida”. A primeira associada à família desejada, feliz e perfeita correspondente ao modelo burguês de família (pai, mãe e filhos) e a segunda derivada das condições reais de vida das pessoas, nem sempre organizadas nesses moldes e permeadas por conflitos que revelam processos de enfrentamento diferenciados.

Compartilhamos com Bazoni (2014, p. 53) a importância de “[...] entender esse conceito de “família vivida”, por ser esta um convite ao estudo da resiliência, já que esse construto está relacionado ao significado que o sujeito atribui ao vivido”. A pesquisadora faz menção ao estudo de Ceconello (2000) que apoiada nos conceitos de família explicitados por Szymanski (1992; 1997) percebe os conflitos nas trajetórias de vida dos sujeitos como distanciamento entre o idealizado para a instituição familiar e o que de fato experienciam no cotidiano de suas famílias. Em resposta a esse conflito o discurso da culpabilização pode ser adotado. (BAZONI, 2014).

Yunes (2003) chama a atenção sobre estas práticas discursivas que muitas vezes são internalizadas pelos sujeitos que vivem no âmbito da família e também pelos que estão fora dela. Destaca ainda, que estas foram evidenciadas nos primeiros estudos referentes à resiliência em família, ressaltando os aspectos negativos e deficitários das relações familiares. Por fim faz menção à importância de desenvolvermos pesquisas que possam “redirecionar esse ciclo de raciocínio”, ou seja, “[...] focar e pesquisar os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar ao invés de destacar seus desajustes e falhas” (YUNES, 2003, p. 80).

Tal consideração advém de uma pesquisa realizada pela referida autora sobre a resiliência em famílias de baixa renda. Nela percebe que trabalhadores sociais relacionavam a situação de pobreza e os processos de enfrentamento às adversidades de maneira limitada e atribuíam a tais famílias a condição de não resilientes. Entretanto pôde desconstruir tais ideias a partir do contato com elas: “[...] Na realidade, as famílias estudadas mostraram que ‘enfrentaram e enfrentam as adversidades da pobreza’ à sua maneira e no seu estilo de ‘ser família’”. (YUNES, 2001).

No entendimento de Yunes (2003) pensar a resiliência em família na perspectiva de processo e não de atributo fixo e classificatório, pressupõe: “[...] trazer o desafio para a construção de linhas de pesquisa centradas num conhecimento que justifique os aspectos de saúde da condição humana sem que se incorra em classificações ou rotulações ideologicamente determinadas” (YUNES, 2003, p. 83). Focar o olhar no que justifica a existência dos processos positivos presentes nas relações familiares apesar das adversidades e inconstâncias da vida tem mais sentido que reforçar discursos desta ordem. Isto requer estudo dos processos e significações das experiências vividas pelos diferentes sujeitos, os quais

demandam compreensão a partir de uma perspectiva ecológica, tal como nos orientou Bronfenbrenner (1996; 2011).

Ao estudar a resiliência em família Cassol e De Antoni (2006) comentam que ela precisa ser compreendida a partir de sua dinâmica de funcionamento, pois:

[...] são influenciadas por fatores internos e externos a elas, bem como por mudanças no decorrer da sua história. Ao longo dos tempos, aspectos ambientais, sociais, políticos, transgeracionais, culturais e econômicos exercem influência sobre as famílias e a história de seus membros. (apud POLETTTO; KOLLER, 2008, p. 411).

Estas questões sinalizam a importância de considerar as interrelações estabelecidas entre o microsistema familiar e outros sistemas ecológicos como influenciadores do processo de desenvolvimento das famílias e daqueles que pertencem a ela. Ao considerar a dinâmica de funcionamento da família é possível perceber como se movimenta frente às experiências negativas comuns à trajetória de vida humana e como desenvolvem processos e mecanismos que possibilitam a sua sobrevivência mesmo em condições adversas.

Mayer (2002) em seu estudo adotou a perspectiva Bioecológica como modelo teórico e investigou a resiliência em família. Nesse estudo identificou a violência doméstica como fator de risco e como fator de proteção, a representação mental das redes de apoio e apego seguro (apud BAZONI, 2014).

Seidl (2008) analisou os processos de resiliência em famílias com violência conjugal e observou, que mesmo expostas ao risco, às famílias pesquisadas conseguiram desenvolver estratégias que minimizavam os efeitos negativos sobre suas vidas, decorrentes da relação anunciada. Os fatores de proteção identificados foram os modos como os sujeitos “[...] construíram suas histórias de afeto, cuidado e proteção aos filhos” (apud BAZONI, 2014).

Estes pesquisadores nos deram mostras de como a resiliência se faz presente nos contextos marcados por condições adversas, além de evidenciar que o olhar determinista não consegue captá-la. Afinal como colocou Bazoni (2014, p. 58): “Não se trata de pessoas ou famílias resilientes, mas processos resilientes que aparecem numa dada situação, que só podem ser avaliados em determinado contexto”.

De acordo com Poletto e Koller (2008, p. 406) a presença de conexões positivas entre os contextos e/ou dentro deles, aumentam as possibilidades dos

processos de resiliência serem acionados, vindo a favorecer a qualidade de vida das pessoas e da sociedade. Apreender estes processos constitui o desafio mencionado por Yunes (2003), pois assim minimizam-se as chances de olhar a família por uma perspectiva determinista e desqualificadora de seus integrantes e modo de organização. Essa análise permite que sejam indicadas demandas às políticas públicas de atendimento às famílias no atendimento às necessidades, sem reforçar os estereótipos e rótulos referentes àqueles que pertencem a meios sociais marcados pela pobreza. Como mencionamos, a escola corresponde a outro microsistema frequentado pela criança que discutiremos a seguir, inclusive, é considerado o contexto que elas passam a maior parte do tempo (POLETTTO; KOLLER, 2008).

2.2.2 Microsistema Escolar

Pensar a resiliência no processo de aprendizagem no microsistema escolar e os modos como a pessoa em desenvolvimento se relaciona com seus pares e significa as interações que vivem nesse contexto, implica reconhecer a influência do mesossistema, do exossistema e do macrosistema.

As relações que ocorrem nos microsistemas familiar e escolar podem ser modificadas mediante as interconexões que acontecem entre eles (mesossistema), as quais podem incidir sobre o processo de desenvolvimento da criança. Isto porque os modos de organização destes contextos, as formas dos sujeitos se relacionarem e estabelecerem vínculos com seus pares são singulares.

A comunidade em que a escola encontra-se inserida pode ser associada ao exossistema, pois segundo a abordagem ecológica é representado por contextos que “[...] influenciam e delimitam o que acontece no ambiente mais próximo” (POLETTTO; KOLLER, 2008, p. 407), apesar de não ter os sujeitos como participantes ativos. Chamamos a atenção para a relação entre comunidade e contexto escolar porque pode se constituir como um indicador de risco ou proteção que pode impactar negativa ou positivamente as relações de aprendizagem dos alunos no ambiente escolar. Um contexto de violência pode instaurar um clima de insegurança e comprometer o processo de aprender, por isso a importância de estudo do contexto (CECCONELLO; KOLLER, 2004).

Na escola são priorizadas atividades educativas formais, visando o acesso ao conhecimento historicamente acumulado pela humanidade, o que a caracteriza como um espaço de desenvolvimento social e de aprendizagens específicas. O microsistema escolar pode ser alterado a partir da relação com o macrosistema, pois as diretrizes, leis e resoluções que constituem esse ambiente, traduzidas em Políticas Públicas de Educação, cotejadas por campos teóricos e modelos ideológicos, “movem” as relações que ocorrem no microsistema escolar.

Quando afirmamos que o processo de aprendizagem é demarcado pelas significações produzidas pelos sujeitos pertencentes ao contexto - gestores e demais funcionários, professores, alunos e família reconhecemos que tais significações são permeadas pelas interferências dos demais sistemas no microsistema escolar. Ao se reportarem às relações do não aprender Oliveira e Macedo (2011, p. 989-990) destacam que “[...] embora as significações possam ser apreendidas das ações do sujeito no meio, elas não são produções “puras” do sujeito, nem se referem à simples incorporações pelo sujeito, dos significados produzidos no meio que o cerca”.

O estudo acerca da resiliência remete ao reconhecimento do processo de enfrentamento de diferentes sujeitos frente às adversidades, expressas a partir das interrelações que estabelecem em contexto. Pesquisas recentes têm mostrado que a resiliência pode ser apreendida em contexto de escolarização, contrapondo-se ao discurso que legitima a “patologização da desvantagem” do aluno, denunciado nos estudos de Patto (1999). (OLIVEIRA; MACEDO, 2011; CARVALHO, 2013; BAZONI, 2014). Bazoni (2014, p. 62) assinala que “[...] a escola promoverá resiliência se apresentar experiências como desafios e não como ameaças, construindo interações de qualidade com estabilidade e coesão”.

Oliveira e Macedo (2011) relacionaram resiliência e dificuldades de aprendizagem escolar com base nas significações de 30 alunos, 8 professores pertencentes à duas escolas de Londrina, 1 profissional do Núcleo de Educação e nos documentos normativos da Sala de Apoio à Aprendizagem (SAA)¹. Os autores observaram que a concepção de resiliência como resultado de ajustamento adaptativo do aluno ainda é insuficiente. Ressaltam que embora sejam identificadas

¹ Programa oficial do Governo Estadual para o atendimento aos alunos do 6º e 9º ano do Ensino Fundamental, que possuem dificuldades de aprendizagem nas disciplinas de Língua Portuguesa e de Matemática (CARVALHO, 2013, p. 14).

estratégias de resiliência no contexto pesquisado, elas são consideradas frágeis ou mesmo empobrecidas, pois se limitam às estratégias de “sobrevivência imediata” dos sujeitos no contexto escolar, ao passo que o processo de aprendizagem continua comprometido. A ausência de estratégias mais resilientes parece ter relação com a necessidade de garantir o produto final, a aprovação do aluno, as quais perpassam as atitudes dos alunos em situação de aprendizagem, o funcionamento das SAA e as proposições metodológicas reveladas no contexto pesquisado.

A pesquisa de Carvalho (2013) foi realizada no contexto da Sala de Apoio à Aprendizagem (SAA) em um contexto de oficina de jogos. A busca pela resiliência nesse contexto foi motivada pelo fato dos profissionais e alunos que atuarem nesse espaço lidarem com as vulnerabilidades relacionadas ao não aprender. Dentre os fatores protetivos identificados na situação de jogo estavam: o confronto do próprio pensamento; o envolvimento; o interesse; a persistência; a interação e a busca constante pelo objetivo do jogo.

Em contrapartida, o despreparo dos profissionais, em relação ao uso do jogo, passou a configurar-se como risco. Os dados da pesquisa apontaram ainda contradições entre o modo como o processo de construção do conhecimento do aluno que é encaminhado para a SAA é apresentado no discurso e o modo como se manifesta nas oficinas de jogos propostas. A autora considerou a SAA como espaço de reflexão sobre o “não aprender”, pois pode favorecer a construção da resiliência no ambiente da escola e assim minimizar o impacto das rotulações e segregações presentes neste contexto, as quais podem impactar negativamente o processo de aprendizagem do aluno.

Bazoni (2014) também pesquisou o contexto da Sala de Apoio à Aprendizagem para apreender a resiliência no espaço escolar. Dedicou-se à busca dos significados atribuídos ao não aprender na voz dos principais envolvidos nesse processo: pedagogos, gestores, alunos e seus familiares. De acordo com a pesquisadora, o modo como o programa - SAA foi idealizado não corresponde às expectativas em relação ao não aprender. Esta constatação foi evidenciada a partir das significações dos sujeitos, as quais podem ser associadas à presença de riscos, que perpassam: a política de contratação e formação continuada dos professores que atuam na Sala Regular e SAA, o que desfavorece o processo ensino-aprendizagem; a precarização do processo e do funcionamento da SAA, pois tais

elementos encontram-se desarticulados no que diz respeito à constituição desse espaço de aprendizagem; a supervalorização dos conteúdos de português e matemática em detrimento dos demais; o plano de trabalho dicotomizado; a relação entre família e escola frente à idealizada, o que muitas vezes impede o reconhecimento das articulações presentes no contexto da SAA. O modo como os participantes atribuíram sentido à SAA indicou a explicação para o não aprender, localizada no aluno, ignorando a influência de outros elementos presentes no contexto escolar, o que favorecia as dificuldades de aprendizagem.

Dentre os fatores de proteção identificados, encontra-se o fato de que, apesar das relações entre a família e escola não corresponderem aquilo que é ideal para a escola, as significações dos sujeitos apontaram para outras formas de se relacionarem que são igualmente válidas. Segundo Bazoni (2014), essas formas estavam relacionadas à realidade e condições objetivas de cada família. Outro fator de proteção apontado foi o modo de os alunos perceberem o espaço da SAA, como aquele que favorece suas relações com o aprender.

A autora considerou que apesar dos riscos estarem presentes, os participantes significaram a SAA como um espaço favorecedor do aprendizado dos alunos que o frequentavam. Assim a resiliência se manifestava visto que "[...] os sujeitos deste contexto desenvolvem formas de significar e lidar com as demandas do não aprender que superam as situações adversas vividas". (BAZONI, 2014, p. 154). O estudo permitiu colaborar com o processo de desconstrução do discurso que culpabiliza o aluno e/ou sua família pelas causas do não aprender. Nesse sentido, o olhar sistêmico permite considerar a pessoa em contexto, bem como os processos que a envolvem.

Os estudos evidenciaram que a presença dos fatores de riscos não inviabiliza a promoção da resiliência, assim como a proteção também não elimina o risco. Todavia, confirmaram que a resiliência consiste em um processo de enfrentamento à adversidade que não decorre de atributos presentes no indivíduo, mas das interrelações dos sujeitos no contexto. São as qualidades das interrelações que acionam os processos de resiliência favorecendo a sua manifestação para reduzir o impacto dos riscos presente na trajetória de aprendizagem do aluno. A discussão apresentada a seguir busca relacionar as práticas medicalizantes aos indicadores de resiliência no contexto da escola, buscando compreender a dinâmica entre mecanismos de risco e de proteção.

3 CONTEXTO E PROCESSOS DE PRODUÇÃO DOS SENTIDOS ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DOS ALUNOS COM TDAH

De acordo com Collares e Moysés (2011, p. 25), a medicalização decorre do “[...] processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza”. Segundo as considerações das autoras as questões de ordem social e política passam a ser subsumidas como de ordem individual, favorecidas pela presença de um discurso que comumente leva as pessoas a crerem que o problema é exclusivamente do aluno e que o caminho mais apropriado consiste no tratamento do sintoma em lugar das causas favorecedoras da sua manifestação.

As autoras ainda mencionam que estamos vivendo a “Era dos Transtornos”, pois características pessoais como impaciência, ansiedade, teimosia, perfeccionismo, timidez tem sido associadas a disfunções neurológicas que demandam tratamento especializado (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013). Esse modo de interpretar as manifestações do comportamento humano, ganhou cientificidade a partir da elaboração do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM)², segundo nos dá a entender Jerusalinsky (2011, p. 238)

[...] os problemas deixam de ser problemas para serem transtorno. É uma transformação epistemológica importante, e não uma mera transformação terminológica. Um problema é algo para ser decifrado, interpretado, resolvido; um transtorno é algo a ser eliminado, suprimido porque molesta.

Posto isto, ao atribuímos o sentido de transtorno às respostas (sintomas) humanas ao que não vai bem, duas alternativas tem sido usualmente empregadas: o tratamento terapêutico e/ou farmacológico. A observação do autor nos parece importante, pois indica que problema e transtorno já não possuem equivalência terminológica, na medida em que o primeiro subentende a possibilidade de questionamento e flexibilidade e o segundo apresenta-se mais determinista e inflexível - daí a transformação epistemológica a que o autor faz referência.

²Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que consiste no guia de informações a respeito dos diversos transtornos mentais que já foram estudados e classificados, e foram publicados pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) (BARBARINI, 2011). Esse manual é revisado periodicamente para ser adaptado aos avanços do conhecimento científico.

Em seu estudo Itaboray (2009) faz referência ao tratamento farmacológico, e anuncia que o aumento da produção de Cloridrato de Metilfenidato - princípio ativo da Ritalina, no Brasil, tem acompanhado o aumento do seu consumo por crianças/adolescentes nos últimos anos. Este dado pode ser explicado pelo aumento do diagnóstico e tratamento de transtornos da infância e adolescência, como por exemplo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), desde o final da década de 90, quando o uso deste psicofármaco foi liberado no país.

Crianças e adolescentes que fazem uso deste medicamento, comumente, possuem um histórico de reprovação, abandono escolar e/ou dificuldades de escolarização, muitas vezes associadas à indisciplina na sala de aula. Essa lógica tem se manifestado nos contextos escolares, sustentando a crença de que as dificuldades de escolarização são do aluno, como se decorrentes da sua indisciplina e descompromisso com a escola.

Nesse sentido o fracasso escolar parece não ter ligação com o funcionamento do sistema escolar. O discurso individualizante alcança aluno, família e professor. Por um lado é o aluno que não presta atenção e/ou não pára quieto, por outro, é o professor que não se empenha em dar aula com qualidade, pouco se importa com o processo de aprendizagem do aluno e não busca capacitar-se. Não são considerados os fatores externos à relação estabelecida entre professor e aluno no contexto da sala de aula, que também afetam o contexto escolar cotidianamente, tal como anunciou Bronfenbrenner (1996) ao descrever as influências do exossistema e do macrosistema nas interações nos microsistemas escolar e familiar.

Segundo os estudos realizados por Aquino (1997), Lahire (2003) e Patto (1999), o fracasso escolar tem sido justificado a partir de relações isoladas, que, sobretudo, atribuem ao aluno e sua família as razões do não aprender, como se decorrentes diretamente de suas condições físicas, cognitivas, sociais e psicológicas. O mesmo procede em relação à atribuição ao professor da responsabilidade pelo insucesso do aluno, temática que tem sido estudada e questionada por Gatti (2010), ao apontar a existência de um conjunto de fatores que tangenciam o trabalho do professor, mas que nem sempre recebem a devida atenção.

Collares (1994), em sua tese de doutorado, ao questionar os professores e diretores acerca dos fatores que consideravam determinantes no aprender e não aprender obteve em parte considerável, respostas que apontavam para a

culpabilização da criança e de sua família. Ressalta que parte dos participantes não mencionou os entraves do processo pedagógico, decorrentes da formação inicial e continuada do professor; das condições de produção do ensino; das condições de produção da profissão que convergem nos planos de carreira e salário e do processo de escolarização do professor que antecedeu a sua formação superior, por exemplo. A estratégia de ampliar o olhar sobre o que está posto pelo imaginário coletivo constitui alternativa para que possamos desconstruir concepções deterministas que visam mais a identificação de culpados que visualizar caminhos favorecedores ao processo de ensino e aprendizagem.

Na medida em que tomamos como referência a ideia que o fracasso é resultado de algo faltoso no aluno, acabamos por incorrer no discurso denunciado nos estudos de Patto (2000, p. 67) sobre a “carência cultural”. Segundo a autora essa teoria “[...] é portadora de todos os estereótipos e preconceitos sociais a respeito dos pobres, trazidos pelas teorias raciais e continua a marcar presença nos meios em que se planeja e se faz a educação escolar primária no Brasil”. Isto porque aponta o contexto cultural ao qual pertencem as classes populares como responsáveis pela produção da deficiência no desenvolvimento psicológico da criança, que desencadeava as dificuldades de aprendizagem e desadaptação na escola.

Quando o discurso explicativo do fracasso na escola focaliza o aluno, este passa a ser associado à imagem do aluno-problema, que Lahire (1997, p. 54) denominou de ordem escolar das qualidades. Dentre as ausências/carências referentes ao aluno encontram-se o não acompanhamento da turma, não aprendido, não saber ouvir, raciocínio lógico precarizado, falta de autonomia, impaciência e desatenção.

De acordo com as colocações dos autores é possível perceber que o fracasso escolar vai além da culpabilização dos sujeitos professor e aluno. Para Carvalho (1997, p. 21) “[...] seria no mínimo ingênuo supor que as práticas escolares não tenham influído decisivamente para que esse quadro não se altere”. Entendemos por práticas escolares interações que vão para além das trocas que se estabelecem entre professor e aluno, as quais compreendem relações de poder que se reproduzem de uma instância à outra e envolve a coordenação pedagógica, a direção escolar, a gestão maior – Secretarias Municipais de Educação e Núcleos Regionais de Educação, coadunadas a uma instância de controle e alcance nacional

que determina e rege a educação (Ministério da Educação e Cultura - MEC). Gatti (2010) faz menção a alguns elementos dessas amplas relações:

[...] as políticas educacionais postas em ação, o financiamento da educação básica, aspectos das culturas nacional, regionais e locais, hábitos estruturados, a naturalização em nossa sociedade da situação crítica das aprendizagens efetivas de amplas camadas populares, as formas de estrutura e gestão das escolas, formação dos gestores, as condições sociais e de escolarização de pais e mães de alunos das camadas populacionais menos favorecidas (os “sem voz”) [...]. (GATTI, 2010, p. 1359)

Arroyo (1985) de modo incisivo faz menção aos termos: “deformadores” e “desqualificadores” da profissão docente, para denunciar que o contexto de trabalho representa o grande deformador do profissional da escola, chamando a atenção para fatores relacionados à organização do trabalho a ser realizado pelo professor que estão além de sua competência técnica para atuar em sala de aula. Ideologicamente o trabalho do professor é estruturado em esfera ampla (macrossistema) para que atue no microssistema escolar. Assim, políticas públicas educacionais que regem a formação, a atuação e os serviços de assistência à criança, ao adolescente e suas famílias, afetam os processos proximais que se desencadeiam nos microssistemas.

Ao problematizar o fracasso escolar, Patto (1999) destaca que este fenômeno tem como pressuposto as condições sócio-históricas e que o ato de inserir a educação no rol das políticas de direito esteve muito mais a serviço do processo de emancipação do país que do efetivo reconhecimento da igualdade de acesso à escola pelas demais classes sociais (classes populares especificamente) e senso de justiça social. Assim, o fracasso escolar corresponde a um fenômeno socialmente produzido que extrapola as relações de sala de aula.

Lahire (2003) identifica o fracasso escolar por um viés semelhante, pois o compreende como gestado no cotidiano do sujeito, e não pelo sujeito. É percebido como decorrente dos sentidos atribuídos pelos sujeitos, inseridos no espaço escolar e nos demais espaços de convivência do aluno, abrangendo os âmbitos externos à escola e suas relações.

O processo de avaliação escolar também é concebido como um favorecedor do fenômeno do fracasso escolar. Conforme destaca Aquino (1997, p. 107) “[...] é preciso reinventar (o termo mais apropriado talvez fosse “desinventar”) os processos

de avaliação, pois eles certamente representam o nó górdio da *fabricação pedagógica* do erro/fracasso escolar”.

O desafio de romper a lógica determinista ou ao menos minimizar os seus efeitos depende do processo de ressignificação do sentido do fracasso escolar e do fenômeno da medicalização do ensino. Um caminho que se mostra é pensar a promoção da resiliência, a partir da identificação dos fatores de risco, que se encontram presentes nas relações que se estabelecem no contexto da escola, bem como resgatar os fatores protetivos presentes na relação de ensinar e aprender que podem ser promotores do desenvolvimento do aluno, tal como discutimos no capítulo anterior.

Oliveira e Macedo (2010) ressaltam que a análise dos fatores de risco de forma isolada do contexto tende a reforçar e legitimar o discurso da “patologização da desvantagem”. Assim a prática de localizar, exclusivamente no sujeito a responsabilidade por superar as adversidades, serve para desviar o foco do contexto no qual se manifesta o fenômeno do fracasso escolar e sustentar o discurso da medicalização. Diante do exposto, destaca-se a necessidade de pensar além do contexto imediato no qual o aluno (criança e adolescente) encontra-se inserido, a fim de buscar pistas sobre o que tem favorecido as dificuldades escolares, muitas vezes decorrentes do comportamento indisciplinado na escola os quais tem acarretado prejuízos ao processo de ensino e aprendizagem.

3.1 PROCESSOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA DO TDAH

Segundo o aporte teórico adotado neste estudo, o contexto interfere nos modos de existência das pessoas. Portanto, a cultura, os valores, o modo de vida, os modismos educacionais, as demandas sócio-culturalmente determinadas influenciam o comportamento de crianças/adolescentes.

Isaías (2007 apud BONADIO, 2013) e Luengo (2009) fazem menção às características de um “estilo de vida hiperativo” que tem impactado a convivência das pessoas com seus pares. O resultado parece ser o “adoecimento geral”, pois estas têm passado a desenvolver quadros de ansiedade, depressão e agitação. Estas questões podem ser confirmadas a partir de estudos recentes, que têm apontado que o conjunto de exigências da vida diária desencadeia o aumento da ansiedade e do estresse entre as pessoas que estão inseridas nos vários contextos.

Cabe acrescentar que crianças e adolescentes não têm sido isentos desse processo, pois estão expostos às influências dos descompassos da vida coletiva, o que pode acarretar comportamentos tais como a conformação ao sistema ou a inadequação declarada.(EIDT; TULESKI, 2010; SOUZA, 2008).

Essa consideração tem respaldo no entendimento de que eles têm crescido e se desenvolvido em contextos cujas normas de convívio são norteadas pelo imediatismo e rapidez e encontram-se presentes, inclusive, no acesso e excesso de informação viabilizada pela mídia (internet e televisão) e/ou objetos do universo infantil (jogos eletrônicos, brinquedos). Posto isto, o modo como se relacionam com seus pares, no ambiente familiar e/ou escolar, pode ser reflexo de como atribuem sentido à vida cotidiana e o processo de medicalização passa a se inserir nos contextos, conforme explicita Souza (2014, p. 71-72):

[...] A medicalização tem operado uma homogeneização nos modos de ser, sentir e estar no mundo. Uma normatização balizada pelo conformismo com a estrutura, lógica e funcionamento de instituições no que estas têm de conservador de uma sociedade racionalista [...]. Os modos de ser que escapam a esta lógica são ajustados por meio de tratamentos alienados, alienantes e ideologicamente comprometidos, e/ou pela via de uma cama de Procusto química³. Tal é o sentido das psicoterapias e tratamentos psicofarmacológicos para trabalhadores que enlouquecem devido às pressões para o cumprimento de metas desumanas ou o ambiente altamente competitivo em que a deslealdade é vista como parte natural de um jogo para “vencedores”.

A alegoria – Cama de Procusto química, apresentada pela autora permite a associação com aquilo que os psicofármacos têm desencadeado no comportamento humano, dada a intolerância que o comportamento indesejado representa para o coletivo. Parafraseando a autora, tal é o sentido da necessidade de tratamento do TDAH às crianças e adolescentes que desestabilizam a ordem nos contextos por onde passam e se relacionam. A "cama de Procusto medicalizadora" passa a ser adotada como estratégia de nivelamento do comportamento da criança/adolescente que apresenta dificuldade de contê-lo. Na perspectiva de Isaias (2007 apud BONADIO, 2013), a sociedade capitalista tem potencializado comportamentos como

³ Esta expressão remete ao mito da antiga Grécia. CAMA DE PROCUSTO Bandido de estrada que torturava os passantes lançando-os em dois leitos, conforme o tamanho da vítima. Se era pequena, lançava-a sobre o leito grande e lhe espichava os membros até a morte; caso fosse grande, lançava-a sobre o leito pequeno e lhe cortava o excesso dos membros. Foi morto por Teseu. (FRANCHINI; SEGANFREDO, 2007)

a desatenção, a hiperatividade e a desobediência, ao passo que as práticas sociais passam a requerer autocontrole, raciocínio, capacidade de abstração e reflexão.

Cabe acrescentar que, as práticas medicalizantes no contexto escolar têm relação com as queixas de pais e educadores acerca dos comportamentos apresentados por seus filhos e alunos. A desatenção, a hiperatividade e a impulsividade têm sido as principais queixas, por comprometerem as relações sociais que eles estabelecem com seus pares - na família, na escola ou em outros contextos. A aprendizagem escolar tem sido igualmente impactada, devido à exigência de concentração em atividades prolongadas e complexas, que exigem atenção.

Embora não discordemos de propostas pedagógicas que questionem a ausência de limites, consegui-la à custa de medicação não nos parece seguro e acertado, principalmente quando essa prática é decorrente de diagnóstico comumente elaborado em listagem de sintomas ao passo que as causas geradoras destes sintomas recebem menor atenção. Ressaltamos ainda que segundo a perspectiva bioecológica a capacidade da pessoa administrar os conflitos que experiencia não depende unicamente das suas características naturais, mas perpassa as aprendizagens adquiridas ao longo do tempo e as suas respostas frente às adversidades.

Nosso interesse consiste em pensar a resiliência como processo, portanto exige que consideremos o contexto e o modo como são tecidas as relações no mesmo, isto porque a resiliência pode ser associada a “[...] uma qualidade de interação por meio da qual as situações de vulnerabilidade podem ser transformadas por processo e não por estado permanente” (OLIVEIRA; MACEDO, 2010, p. 4).

Nesse sentido torna-se importante considerar as práticas medicalizantes que tem se inserido no contexto da escola. De acordo com os estudos realizados por Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013) o fenômeno da medicalização tem alcançado o espaço escolar, embora nem sempre tenha se configurado como nos dias atuais. No entanto, a anuência da escola em relação ao saber médico revela o interesse de encaminhar os desviantes da norma, para auxiliá-los a “retomar o seu lugar” na sociedade.

Souza (2008) faz menção ao retorno das concepções organicistas, comuns nas décadas de 50 e 60, as quais assumem nova roupagem, pois os diagnósticos passam a ser elaborados a partir de recursos mais sofisticados: “[...] Não se fala

mais em eletroencefalograma para diagnosticar distúrbios ou problemas neurológicos, mas sim em ressonâncias magnéticas e sofisticações genéticas, mapeamentos cerebrais e reações químicas sofisticadas tecnologicamente” (SOUZA, 2008, p. 9-10).

Cabe ressaltar que a autora não desconsidera e/ou desqualifica a otimização dos recursos utilizados para a construção do diagnóstico. Ela destaca que está em xeque a fundamentação dos paradigmas que validam os recursos, o que de certo modo reforça a antiga ideia de que o insucesso escolar é decorrente de algum tipo de anomalia encontrada no aluno. Em razão disso, faz-se necessário refletir acerca do processo diagnóstico que tem favorecido as práticas medicalizantes no contexto escolar na perspectiva de mecanismos de risco e de proteção.

3.2 O PROCESSO DIAGNÓSTICO: RISCO E PROTEÇÃO

Segundo o discurso medicalizante, as dificuldades de escolarização do aluno são comumente consideradas de ordem individual, ao passo que as decorrentes do sistema escolar são secundarizadas, quando não são desconsideradas. Bonadio (2013, p. 123) faz uma ressalva a respeito, dizendo que: “Medicar as dificuldades na escolarização retira as possibilidades de analisar criticamente a qualidade das escolas, a formação dos professores, a precariedade das políticas educacionais e o pouco investimento na educação”.

A resiliência como processo e as práticas medicalizantes no contexto escolar podem nos indicar que as interações que ocorrem entre as pessoas e seus contextos, possibilitam as significações acerca do vivido. Deslocar o olhar de pontos isolados seja acerca do sujeito ou de um ou outro elemento do contexto pode favorecer o alcance das relações que se estabelecem entre eles, bem como a análise dos fatores de risco e de proteção que constituem o contexto.

É com isso em mente que analisamos os modos de conceber e lidar com o processo diagnóstico, materializado na relação encaminhamento-diagnóstico-prescrição de medicamento. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria – APA (2002 apud BARBARINI, 2011b, p. 95-96).

O Tdah [sic] é considerado pelos profissionais de saúde e definido pelo DSM como um problema de saúde sério, porque disfunções

cerebrais e falhas em neurotransmissores que desempenham importantes funções em áreas do cérebro responsáveis pela atenção, organização, ansiedade e impulsividade.

Barbarini (2011) complementa que o TDAH é comumente descrito como um tipo de transtorno mental, psiquiátrico e biológico característico da infância, que impacta diretamente o processo de aprender. As consequências do transtorno e suas implicações sobre a aprendizagem da criança passam a constituir argumentos que reforçam a necessidade da intervenção via medicamento, visto que

[...] as principais consequências do transtorno são: os prejuízos nas atividades cotidianas, como finalizar atividades escolares, prestar atenção nas aulas, organizar-se, seguir as regras sociais e de brincadeiras, e nas relações sociais da criança portadora, assim como a observação dos sintomas hiperatividade, desatenção e impulsividade (BARBARINI, 2011a, p. 96).

Sendo o TDAH admitido como problema de saúde que compromete as relações no âmbito escolar, familiar e demais contextos que a criança/adolescente estabelece relações, parece não haver alternativa além de submetê-los ao uso do medicamento a fim de sanar ou minimizar esse problema. O medicamento, Cloridrato de Metilfenidato, comumente, prescrito para pacientes com diagnóstico de TDAH, tem sido indicado para crianças que estão em fase escolar, pois o uso é permitido apenas acima dos 6 anos de idade - orientação contida na bula.

De acordo com Ribeiro (2013), o diagnóstico de TDAH deve obedecer aos critérios listados no DSM, referentes aos sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade que servem de parâmetro definidor do transtorno e da necessidade de medicamento. No entanto, estes sintomas encontram-se transcritos no questionário SNAP-IV, instrumento operacional que viabiliza a emissão do diagnóstico. Esse questionário, comumente, é preenchido por familiares e profissionais da escola que o aluno, com suspeita do transtorno, frequenta. De acordo com o manual, é importante que os problemas acarretados pelos sintomas do TDAH estejam obrigatoriamente presentes em mais de um contexto.

Ainda que seja indispensável à existência de critérios que possam respaldar o diagnóstico, muitas vezes a complexidade da subjetividade humana é relegada ao segundo plano no processo diagnóstico. O paciente é visto pelo que o sintoma representa - prejuízo às relações interpares, o que precisa somente ser remediado,

em lugar de ser solucionado. Untoiglich (2013, p. 121) denomina essa prática de rótulos diagnósticos, e faz menção à existência de: “[...] duas falácias: a) a intenção de ‘coisificar’ os sujeitos, tratando de enquadrá-los nas categorias psicopatológicas; b) a crença de que é possível ordenar em uma escala simples algo tão complexo como a subjetividade humana”.

Quando pensamos na coisificação da pessoa, mencionada por Untoiglich (2013), entendemos que ao conferir à pessoa o status de objeto, está sinalizada a pouca importância dada à sua subjetividade, como se ela fosse apenas um objeto que se encontra fora do lugar na sociedade, daí a necessidade do seu enquadramento, o que o diagnóstico muitas vezes pode favorecer.

Não temos a intenção de negar a existência do transtorno, nem mesmo a necessidade do diagnóstico e do tratamento farmacológico, mas considerar que alguns diagnósticos são feitos de modo aligeirado e, nesse caso, comprometem as condições de compreensão da situação e de seus efeitos sobre o aprender. Isto pode ser inferido a partir de relatórios centrados nos aspectos orgânicos e comportamentais do aluno/paciente. Peralta et al. (2015, p. 20) faz alusão a essa problemática e ressalta que “[...] ao tratar de seres humanos, se faz necessária uma visão ampla, que leve em consideração, diferentes perspectivas”, como, por exemplo, os contextos em que eles se relacionam.

A preocupação quanto às consequências dos diagnósticos precarizados pode ser observada na fala de Collares e Moysés (2011, p. 208), as quais entendem que eles podem favorecer: “[...] a estigmatização de crianças inicialmente sadias, que incorporam o rótulo, sentem-se doentes, agem como doentes. Tornam-se doentes. Compromete-se sua auto-estima, seu autoconceito e, aí sim, reduzem-se suas chances de aprender.” Um diagnóstico que se configura sob estas condições pode representar risco, na medida em que influencia o modo como a pessoa se percebe no processo de aprender, e incorpora, no sentido estrito da palavra, a ideia de doença, pois pode fazer com que ela se reconheça limitada e incapaz. (COLLARES; MOYSÉS, 2011; PERALTA, 2015).

O diagnóstico com tais características favorece o risco, na medida em que a pessoa ao ser identificada como portadora de uma disfunção neurológica pode modificar o modo de significar as relações sociais, o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, o insucesso acadêmico. O diagnóstico poderá representar, para a pessoa que o recebeu, a justificativa para a dificuldade de controle de

comportamento que apresenta, pois pode repercutir sobre o modo como atribui sentido ao próprio comportamento de “ser assim mesmo”. Estes sentidos podem inclusive refletir na elaboração da crença de seu potencial de aprendizagem e na necessidade de empenhar-se na realização de tarefas escolares, como é o caso de alunos cujas relações com o processo de aprender já são frágeis ou precárias, ou que a rede de apoio constituída pela família e escola é igualmente frágil.

O fechamento do diagnóstico de modo aligeirado também constitui risco quando serve para confirmar as queixas da família e do professor, ainda mais quando são desconsideradas as necessidades de rever as práticas próprias dos contextos, familiar e escolar. Inclusive, esta questão pode igualmente repercutir sobre os sentidos que a família e a escola atribuem ao processo de aprender do filho/aluno, na medida em que validam a ideia de que ele necessita fazer uso do medicamento para ser capaz de realizar determinadas tarefas que, na ausência do remédio, seria incapaz de realizar. Trata-se de um empoderamento da medicação e destituição do sujeito. O aluno deixa de ser autor de sua aprendizagem, pois vai responder somente àquilo que o medicamento lhe possibilitar, afinal a expressão do comportamento e construção da autonomia passa a ser controlada e secundária.

Pais desgostosos e ansiosos por compartilhar suas angústias com a escola, por tratar-se do contexto no qual a criança passa mais tempo, além da casa, tornam-se confidentes e, em alguns casos, coniventes com a administração do medicamento, muitas vezes sugerido pela escola como condição de aprendizagem do aluno.

Os problemas que poderiam ser percebidos como escolares, de relacionamento, limite e aprendizagem, passam a ser observados como estritamente característicos do corpo e da mente da criança, os quais demandam tratamento. Esta forma de atribuir sentido ao diagnóstico sugere “[...] que em alguns casos é superestimado e tem sido utilizado como válvula de escape por famílias, escolas e profissionais” (SILVA, 2005, p. 7). Mediante as considerações do autor, o modo de perceber o diagnóstico deixa subentendido outros riscos, como aqueles que sugerem a sentença do aluno, por meio de rótulos e estereótipos que poderão acompanhá-lo durante sua trajetória escolar.

Assim, são delineadas as justificativas acerca do uso do medicamento pelo aluno diagnosticado com TDAH, tanto pelas pessoas que fazem parte do contexto familiar como do escolar, a fim de suprimir o que aborrece e incomoda nas relações,

a partir do controle dos corpos e o restabelecimento da ordem. O diagnóstico médico passa a representar proteção para o processo de aprendizagem, pois é ele que afiança o uso do medicamento pelo aluno.

Não podemos desconsiderar a hipótese de que o discurso diagnóstico imputou ao medicamento (Ritalina) uma função salvacionista, uma vez que é conferido a ele o poder de restabelecer a paz e a ordem perdidas no contexto da sala de aula (BARBARINI, 2011). Esta ideia pode ser confirmada a partir de responsabilidades que a instituição escolar tem assumido, a partir do diagnóstico confirmado por profissionais da área médica, como por exemplo, a administração do medicamento. Bonadio (2013 p. 193) aponta esta questão no contexto das instituições escolares participantes do seu estudo: “[...] Duas das escolas pesquisadas, com autorização dos pais, ministram o medicamento nos dias em que as crianças não vêm medicadas de casa”.

Essa mesma situação foi confirmada, em nossa pesquisa, a partir da fala de pedagogos e professores, os quais admitiram que ao perceberem que o aluno chegou à escola sem ter feito uso do medicamento entram em contato com a família a fim de saber o motivo e pedem que um responsável leve o medicamento até a escola para ser administrado. Além disso, revelaram que havendo impedimento por parte da família de levar o medicamento à escola, eles (pedagogos ou outros profissionais da escola) levam o aluno até a própria residência para tomar o medicamento e retornar à escola. Também foi mencionado, pelos pedagogos que há casos em que a medicação é administrada aos alunos na escola a pedido da família. Esse dado é preocupante e revela os sentidos atribuídos ao diagnóstico incapacitante de aprender sem medicamento, poder dado ao medicamento, relações entre os sujeitos e o uso da medicação, a permanência do aluno na escola, condicionada ao uso do medicamento, a responsabilização da família e da escola pela aprendizagem da criança, restrita ao uso da medicação, etc.

Do mesmo modo que os pais e professores, a criança/aluno muitas vezes internaliza a ideia de que sua vida não pode ser reorganizada sem o uso de medicamento. Essa ideia é confirmada e enfatizada pelo diagnóstico como analisa Rodrigues (2003 apud SILVA; LUZIO; SANTOS, 2012, p. 49):

Quantos pacientes passam a justificar todos os seus fracassos ou incapacidades em função de um diagnóstico, ou pelo uso de uma

medicação! Quantos outros abrem mão da possibilidade de tentar e, acreditando-se impossibilitados pelos mesmos motivos, passam a ter uma necessidade constante de tutela e de proteção, seja por parte das famílias seja por parte dos médicos! São enfraquecidos, emudecidos; passam a ser somente aquilo que os seus prognósticos e as opiniões dos especialistas dizem que podem ser.

Estas questões parecem ter relação com o modo como o adulto percebe o filho/aluno com o diagnóstico, suas potencialidades e limitações no que diz respeito ao seu processo de escolarização, portanto necessita fazer uso de medicamento como condição para aprender. Quando as relações se constroem por essa via passamos a favorecer o processo de expropriação da pessoa em desenvolvimento em razão da crença na ausência de potencialidades e autonomia do sujeito. Em contrapartida, o investimento de esforços para ajudar o aluno a percorrer um caminho inverso neste processo, constitui proteção. Ele poderá se reconhecer como sujeito da aprendizagem, perceber-se autor de suas ações, ser convidado à ressignificar seus modos de perceber e de lidar com o aprender e apropriar-se do conhecimento, por meio de mediações que favoreçam a análise contextual e a interação nos processos de aprendizagem.

Ferraza, Rocha e Rogone (2010) se manifestam em relação ao modo como o medicamento é percebido pelo paciente e tecem a crítica que alcança tanto àquele que faz a prescrição, como àquele que reclama por seu uso.

Os medicamentos reduzidos a algo trivial, transformados em uma “droga da felicidade”, são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas bases vivenciais paciente e profissional parecem fazer questão de desconhecer. (FERRAZZA; ROCHA; ROGONE, 2010, p. 37).

Eidt (2004) complementa que o uso do medicamento deve ser admitido somente após a realização de avaliações amplas e exaustivas acerca do que tem acarretado as queixas apresentadas pela família e escola a respeito da criança/aluno. É necessário ampliar as possibilidades de intervenção, recorrendo inclusive às questões relacionadas aos contextos nos quais a criança/aluno cresce e se desenvolve o que favorece a construção de sentidos que envolvam risco e proteção associados ao diagnóstico e intervenção em casos de TDAH, visando à reconstrução dos vínculos com o processo de aprendizagem.

A rede de apoio, necessária ao processo diagnóstico, que tenha como foco esta perspectiva de intervenção, passa a representar proteção, pois pode auxiliar o aluno a modificar o modo como atribui sentido ao processo de aprendizagem. A mudança de percepção acerca da aprendizagem e de si mesmo permite que ele se reinvente no processo de aprender (SILVA; LUZIO; SANTOS, 2012). Um olhar multidisciplinar sobre a queixa pode oferecer o sentido que aumenta a confiabilidade do diagnóstico e o descaracteriza enquanto sentença ao aluno, pois ele representa proteção e auxílio a quem foi objeto de queixa.

Contudo, uma intervenção que se configura a partir de prática descontinuada da rede de apoio e alicerçada no discurso de que o medicamento representa a única via de enfrentamento ao processo de não aprender, pode constituir risco, na medida em que aliena e fragiliza as possibilidades de desenvolvimento da autonomia e autoconfiança do sujeito, além de fazê-lo reconhecer a dependência/necessidade do uso de medicamento.

Ainda em relação ao uso do medicamento devemos considerar os resultados dos estudos realizados por Pastura e Mattos (2004), que abordam os efeitos de longo prazo. A pesquisa dos autores faz menção a apenas três efeitos de maior implicação ao uso do Cloridrato de Metilfenidato: dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura. Entretanto para os pesquisadores: a “dependência medicamentosa do uso do metilfenidato é um risco mais teórico do que prático”, pois os “efeitos cardiovasculares do metilfenidato são pontuais e transitórios”, por fim acrescentam que a redução do crescimento, em estudo controlado evidenciou que, “deve-se ao próprio transtorno e não à medicação psicoestimulante utilizada” (PASTURA, MATTOS, 2004, p. 103). Mediante as colocações anteriores pode-se inferir a argumentação favorável ao uso do medicamento, alegando efeitos irrisórios, se comparados com a demanda de usuários do medicamento, o que denota a banalização acerca das possíveis consequências do uso do medicamento à longo prazo além de reforçar que o problema está no paciente e não nos problemas que o psicofármaco pode acarretar.

As justificativas que conferem ao medicamento o status de controlado parecem ser desconhecidas por boa parte dos pacientes diagnosticados com TDAH (ITABORAHY, 2009, p. 40), mas ao ignorar esse fato, ficam expostos ao risco e às consequências para a saúde, ainda mais quando os consumidores potenciais são crianças em fase de escolarização. Em entrevista concedida ao Portal da Unicamp

em 07 de agosto de 2013, Moysés (2013) mencionou que: “[...] A lista de sintomas é enorme. Se a criança já desenvolveu dependência química, ela pode enfrentar a crise de abstinência. [...] Não é algo desprezível”. É preciso ressaltar que muitos dos sintomas mencionados na bula do medicamento, não são favorecedores da aprendizagem, como os exemplos: *cefaléia, tontura, euforia, irritabilidade, cansaço*. Diante do exposto, os riscos não se restringem à saúde do aluno/paciente, pois alcançam o processo de aprendizagem, conforme sugere a pesquisadora.

Leher (2013, p. 288) faz menção em sua pesquisa, sobre o dado apresentado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH), referente ao diagnóstico e tratamento do TDAH e as controvérsias que ainda existem sobre esse transtorno. No relatório *Consensus Development Conference on the Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHAD) ficou registrada a concordância sobre a falta de evidências que sustentam a ideia de que as características que definem o TDAH, como condição do sujeito, sejam resultado de uma doença real. Neste mesmo documento, foram apresentadas as advertências sobre os riscos do tratamento com psicoestimulantes de uso contínuo. O autor do estudo alerta: “[...] este relatório jamais foi divulgado no Brasil” (grifo nosso).

Recentemente, foi publicada uma entrevista com Allen Frances (Nova York, 1942), ex-diretor do DSM, no jornal **O Globo**. Na referida entrevista, o psiquiatra faz uma autocrítica e assume que a maior referência acadêmica da psiquiatria, o DSM, tem contribuído com o crescente processo de medicalização da vida. “Fazemos um vasto e descontrolado experimento em nossas crianças, banhando seus cérebros imaturos com produtos químicos fortes sem saber seus efeitos de longo prazo. Pais precisam se tornar consumidores informados e proteger seus filhos”, afirmou Frances, para O GLOBO (MELHORANCE, 2014).

Outra questão que merece cuidado remete ao tempo de tratamento do paciente, que confere legitimidade aos questionamentos: Por quanto tempo é necessário que se faça uso da medicação? Por toda a vida? Orientações fornecidas pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) aos pais, educadores e afins, destacam que

[...] o TDAH pode ser crônico e em alguns casos persistir na vida adulta. Muitas vezes, com a conscientização acerca do transtorno, com o aprendizado de certas estratégias de comportamento, é possível depois de algum tempo reavaliar a necessidade de se

manter o medicamento ou não. (ABDA, 2008 apud SILVA; LUZIO, SANTOS, 2012, p. 51).

Os autores ressaltam que é elaborado um discurso em favor do uso do medicamento, na medida em que este é receitado: “[...] por um longo período de tempo, ao chegar à fase adulta torna-se provável, mas não certa, sua retirada” (SILVA; LUZIO; SANTOS, 2012, p. 51). Estes argumentos também favorecem a manutenção do remédio no mercado, pois é reconhecida a existência de estratégias marketeiras, as quais firmam a ideia do medicamento como um bem de consumo (DANTAS, 2014).

Benasayag (2013) relata que dentre tais estratégias encontram-se a publicação dos resultados de pesquisa em revistas de renome, as quais visam: reafirmar o valor do medicamento em relação à determinada doença; tornar legítimo o uso do mesmo e mostrar o caráter de confiabilidade do medicamento sobre o tratamento ao qual ele é proposto. O autor também faz alusão às omissões das pesquisas sobre o desenvolvimento de novos fármacos, no que diz respeito aos efeitos adversos que estes apresentam. Esse ato se consolida muitas vezes mediante a entrega do resumo à Food and Drugs Administration (FDA)⁴, referente aos benefícios e vantagens que o novo medicamento promete aos seus usuários potenciais e declara que esta instituição acaba aprovando o uso do medicamentos por desconhecer o problema que deveria ser advertido.

Nesse sentido é possível inferir que estamos expostos a riscos reais devido à existência de interesses políticos e econômicos, que repercutem sobre a vida em sociedade, riscos que embora estejam presentes no macrossistema repercutem sobre as relações das pessoas nos microssistemas familiar e escolar. Isto por que: “O medicamento distancia-se tanto da noção de saúde quanto de cura, para representar uma intervenção que evoca noções de controle e risco perante a vida” (DANTAS, 2014, p. 44).

⁴**Food and Drug Administration** é um órgão do governo dos Estados Unidos, criado em 1862, com a função de controlar os alimentos e medicamentos, através de diversos testes e pesquisas. O objetivo do FDA é ter o controle dos alimentos e medicamentos, que podem ser de humanos e animais, suplementos alimentares, cosméticos, equipamentos médicos e materiais biológicos. Cada novo produto, antes de ser lançado, tem que ser testado e aprovado pelo órgão, senão não tem sua comercialização liberada, e caso a empresa insista, pode ser autuada e, inclusive ter de pagar uma multa. A FDA controla todos os novos e antigos produtos, todos são minuciosamente estudados e testados para poderem ir para as lojas para serem aprovados. É também função da FDA testar não apenas alimentos, mas também medicamentos e cosméticos, para evitar que consumidores sejam lesados, prejudicados, ou até mesmo tenham a saúde prejudicada. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/fda/>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

E, nesse contexto, o diagnóstico precarizado passa a constituir risco, pois consolida o fenômeno da medicalização e reduz as possibilidades de reversão do quadro, principalmente por conta de que o TDAH é considerado como uma disfunção orgânica, localizada no sujeito que necessita apenas ser tratada em vez de problematizada.

As discussões que temos apresentado acerca da resiliência chamam a atenção sobre o equívoco de fazer uma análise superficial, quando o risco é colocado na pauta de análise de modo isolado das interações do contexto (YUNES, 2001). Pontuamos tal questão, pois sem ela não é possível refletir sobre os efeitos do discurso determinista, o que nos faz entender a necessidade de realizar uma análise criteriosa, quando consideramos os fatores de risco presentes na relação professor-aluno e demais contextos em que o aluno com o diagnóstico se relaciona.

Adotamos a resiliência como processo, pois nos permite buscar por formas mais adequadas que possam favorecer o enfrentamento das adversidades, com as quais alunos, professores e familiares se deparam no contexto da sala de aula, e que podem se constituir como fatores de proteção (OLIVEIRA; MACEDO, 2010). A tarefa de apreender a resiliência a partir do contexto mostra-se relevante, pois abre novos horizontes em relação ao processo de ensinar e aprender, tal como apontou Carvalho (1997) sobre a inexistência de causas únicas e invariáveis quando pensamos o processo de aprendizagem.

O processo diagnóstico de TDAH, acompanhado da intervenção medicamentosa, contempla um grau de complexidade bem maior do que tem se mostrado, pois muitas vezes vem revestido de fatores de risco e proteção, os quais impactam sobre o processo de aprendizagem do aluno. O diagnóstico almejado por familiares e profissionais da escola passa a ser percebido naquilo que ele também traz como perigoso quando favorece o apagamento da subjetividade e estigmatização do aluno. Em outros termos, o processo diagnóstico nem sempre vai constituir risco e nem sempre proteção, vai depender do modo como ele é significado nas relações pessoais, nos processos e contextos constituídos.

PARTE II – CAMINHOS METODOLÓGICOS

4 NATUREZA DO ESTUDO

Segundo Minayo (1994), o fazer da pesquisa é composto pela elaboração de perguntas referentes ao objeto de estudo proposto pelo pesquisador, as quais o levarão a respostas provisórias, pois no percurso do estudo surgem novas indagações que requerem novas respostas, igualmente provisórias. A esse processo a autora denominou de ciclo de pesquisa, em razão do seu sentido de inacabamento.

[...] a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. A esse ritmo denominamos ciclo de pesquisa, ou seja, um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. (MINAYO, 1994, p. 26).

Na busca de apreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos da pesquisa às práticas medicalizantes, as quais têm impactado a relação ensino-aprendizagem que nos dedicamos a investigar o fenômeno da medicalização, da aprendizagem escolar e a promoção da resiliência considerando os fatores de risco e de proteção de um contexto escolar específico – a Rede Municipal Regular de Ensino de um município paranaense.

A medicalização do ensino é propalada direta ou indiretamente nos microssistemas - família e escola. Na intenção de conhecer os sentidos atribuídos a esta prática, nestes contextos, optamos pelo uso da abordagem qualitativa, pois: “[...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas e não captável em equações, médias e estatísticas [...]”. (MINAYO, 1994, p. 22).

O estudo é do tipo descritivo, considerando o modo como os dados foram coletados, no caso, por meio de entrevistas. Conforme esclarecem Bogdan e Biklen (1994, p. 48): “Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não números”, o que exigiu a descrição dos fenômenos e atenção do pesquisador, a fim de garantir a maior quantidade de informações por meio dos significados manifestos no contexto no qual as entrevistas foram realizadas.

Para Minayo (1994), a abordagem qualitativa requer aproximação dos fenômenos da realidade e o contato com os significados atribuídos pelos participantes da pesquisa. O ambiente natural passa a ser o lócus privilegiado para a coleta de dados, no qual o pesquisador se constitui como instrumento-chave. (GIL, 2006).

No contexto da perspectiva teórica de Bronfenbrenner (1996, p. 23), “[...] uma investigação é considerada ecologicamente válida se é executada num ambiente natural e envolve objetos e atividades da vida cotidiana”. Posto isto, a inserção ecológica do pesquisador no ambiente investigado é indicada como proposta metodológica, pois favorece a construção de vínculo do pesquisador com seu objeto de pesquisa e amplia as possibilidades de captar os sentidos produzidos pelos participantes da pesquisa nos diferentes contextos (CECCONELLO, 2003; CECCONELLO; KOLLER, 2004; PRATI et al., 2008).

Para que a inserção ecológica tenha validade como método de investigação, é exigido o respeito a uma série de critérios, desde visitas frequentes ao ambiente a ser investigado, conversas informais que favoreçam a vinculação do pesquisador com os sujeitos participantes da pesquisa, bem como a entrevista como um momento que favorece a sistematização das informações coletadas e a permanência do pesquisador no contexto por um longo período de tempo.

Neste estudo realizado, foi adotado o princípio da contextualidade, segundo o qual “[...] significa dar voz aos envolvidos no que é específico da análise naquele microsistema” (BAZONI, 2014, p. 68), tornado possível com o uso de entrevista – que será discutida no item “procedimento de coleta dos dados e instrumentos”.

Recorremos à modalidade de estudo de caso, por tratar-se de um tipo de pesquisa que aborda com profundidade um ou poucos objetos de pesquisa, além de ser utilizado quando o pesquisador investiga “uma questão do tipo ‘como’ e ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (YIN, 2001, p. 28). A presente pesquisa é concebida como estudo de caso pela investigação de práticas medicalizantes que ocorrem em um contexto específico constituído por seis escolas municipais de uma cidade paranaense. Apresentamos, a seguir, o cenário do estudo e os procedimentos adotados para a sua realização.

5 O CENÁRIO DA PESQUISA: MICROSSISTEMA ESCOLAR

A Rede Municipal Regular de Ensino investigada, conta atualmente com 12 escolas que atendem desde a Educação Infantil até o 5º Ano do Ensino Fundamental I, sendo que 6 delas estão situadas no meio urbano – região central e bairros – e as outras 6 estão localizadas no meio rural – região periférica do município. Na amostra constituída consideramos somente do 1º ano ao 5º ano do Ensino Fundamental I.

As 6 escolas⁵ localizadas no meio urbano estão contempladas no nosso estudo. Dentre estas escolas, 2 estão localizadas na região central e as outras 4 distribuídas pelos bairros da cidade. Das 6 escolas, 1 delas oferta Educação em Tempo Integral. Apresentamos, a seguir, um quadro que explicita os dados demográficos das escolas que participaram da pesquisa.

Quadro 1 – Dados demográficos das escolas participantes da pesquisa, referentes ao ano letivo de 2014.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
ALUNOS ATENDIDOS	180	465	272	193	163	435
EDUCAÇÃO INTEGRAL					163	
SRM – matutino ⁶		24	21	18	15	19
SRM – vespertino		12		20	18	16
CLASSE ESPECIAL - matutino ⁷						8
CLASSE ESPECIAL – vespertino			7			7

Fonte: A autora, 2015.

Entre as 6 escolas pesquisadas observamos que a E2 e E6 são as que mais atendem alunos, pois corresponde a praticamente o dobro das demais escolas, o

⁵ Os nomes das escolas participantes foram substituídos pela letra inicial E seguida dos números 1, 2, ... 6.

⁶ Os alunos que frequentam estas salas não foram computados no total de alunos atendidos pelas respectivas escolas da tabela, pois as turmas são constituídas por alunos que frequentam as Salas Regulares em período de contraturno escolar, e alguns alunos são de outras escolas que não disponibilizam este atendimento aos mesmos.

⁷ Os alunos que frequentam a Classe Especial estão incluídos no total de alunos atendidos pelas escolas apresentadas na tabela, mas os destacamos para visualizarmos melhor a quantidade de alunos que são atendidos pelos serviços ofertados nesta sala de aula.

que possivelmente se deve ao fato de estarem localizadas na região central da cidade.

Conforme apresentado no Quadro 2, somente a escola E5, na ocasião da pesquisa, ofertava Educação em Tempo Integral, implantada na instituição desde o ano de 2012, com a finalidade de oportunizar o acesso à jornada ampliada a todas as crianças matriculadas. Passou a promover atividades pedagógicas complementares ao currículo escolar, no turno oposto ao que o aluno está matriculado. Dentre as atividades que ampliaram a jornada dessa escola, estão às aulas de teatro, dança, canto-coral, informática e ajuda pedagógica, explicitadas no seu Projeto Político Pedagógico. Existe ainda o atendimento especializado distribuído em Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) e as Classes Especiais (CE).

De acordo com o Quadro 2, com exceção da E1 todas as escolas ofereciam atendimento em SRM e/ou CE. Os alunos matriculados na referida instituição e que necessitavam de atendimento especializado em SRM, eram atendidos em outras escolas que disponibilizavam o serviço, respeitando a menor distância entre a escola e a casa do aluno. Destacamos ainda que, conforme evidenciado no Quadro 2, nem todas as escolas que disponibilizavam o atendimento especializado em SRM e CE, ofertavam os dois serviços como no caso das escolas E2, E4 e E5. Observamos, também, que entre as escolas que disponibilizavam esses atendimentos, nem todas o faziam nos dois turnos escolares, como por exemplo, a E3. Quanto ao número de alunos atendidos pelas SRM e CE, as escolas têm respeitado as condições legais de funcionamento.

Os microssistemas nos quais os participantes da pesquisa estão vinculados suscitam a reflexão acerca do uso da mesma medicação a alunos cujas razões para seu uso são de naturezas distintas. Lembramos que, originalmente, esses alunos estão alocados em Salas Regulares (SR), SRM e CE, porque apresentam ritmos e características diferenciadas em seus processos de desenvolvimento e conseqüentemente, risco e proteção também se manifestam diferenciadamente nesses contextos.

Problematizar o fenômeno da medicalização no ambiente escolar constitui tarefa relevante ao contexto educacional atual, pois se relaciona à subjetividade do sujeito em seu contexto. Outro aspecto relevante refere-se à quantidade de crianças e adolescentes medicadas nas escolas brasileiras, já que o Brasil é considerado o

segundo maior consumidor mundial do Cloridrato de Metilfenidato. (ITABORAHY, 2009).

É em razão disso que elegemos como campo teórico-metodológico para discutir as referidas questões, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011) – por tratar-se de uma teoria contextualista que enfatiza a produção dos fenômenos em contextos, ou seja, as relações sociais que se estabelecem entre sujeito e contexto, de forma sistêmica e em relação de interdependência e reciprocidade. Mediante tais relações, o sujeito e o contexto interagem e se modificam para dialogar acerca dos significados produzidos na relação entre medicalização do ensino e não aprender. Nesta via, capturar os sentidos produzidos torna-se relevante em relação às práticas de medicalização para cotejá-los com a produção de resiliência no contexto escolar.

6 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A fim de levar a termo a investigação proposta, o estudo contou com algumas etapas para a seleção dos participantes: a primeira ocorreu a partir da visita à Secretaria Municipal de Educação de um município paranaense para comunicar a intenção de realizar a pesquisa acerca das práticas medicalizantes no âmbito escolar. Nesta ocasião obtivemos o aceite da Secretária de Educação do município que manifestou interesse pela pesquisa e autorizou nosso contato com as equipes pedagógicas das escolas.

A segunda etapa envolveu a ida às 6 escolas onde o estudo foi desenvolvido, para que o projeto de pesquisa fosse apresentado às pedagogas, para esclarecimento do objeto de estudo - medicalização da aprendizagem. As pedagogas foram convidadas a participar do estudo e, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), manifestaram seu interesse voluntário de participação. Os professores das referidas escolas, cujos alunos faziam uso de medicação (Cloridrato de Metilfenidato), também foram convidados a participar. Em momento posterior, apresentaram seu aceite por meio da assinatura do TCLE.

Às pedagogas que nos receberam nesta visita também foi esclarecido que, pelo objeto a ser investigado, haveria necessidade de acesso aos alunos que faziam uso do referido medicamento, com a finalidade de convidá-los para participarem do estudo. Esse estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UDEL), mediante o Parecer Consubstanciado nº 775.337. Foi indicado às profissionais responsáveis das respectivas escolas que os pais dos alunos seriam posteriormente identificados e convidados a participar do estudo.

A terceira etapa da pesquisa foi relativa à obtenção do consentimento dos pais e dos próprios alunos, aos quais foi assegurada a participação voluntária no estudo por meio da assinatura do TCLE, após terem sido esclarecidos sobre o estudo.

A quarta etapa envolveu a visita aos dois profissionais que realizam atendimento externo a essas escolas e oficialmente são responsáveis pelo encaminhamento e acompanhamento destes alunos e que aceitaram participar do

estudo: 1 psicóloga⁸ e 1 neuropediatra⁹ e que também firmaram interesse de participação, por meio da assinatura do TCLE.

Os alunos que faziam uso do medicamento mencionado e que frequentavam entre 1º e o 5º ano do Ensino Fundamental foram identificados pelas pedagogas das 6 escolas onde o estudo se desenvolveu e foram convidados a participar do estudo. Ao todo 25 alunos faziam uso de medicamento, no momento da coleta de dados, conforme demonstra o Quadro 2. Entretanto tivemos retorno de apenas 10 TCLEs devidamente assinados pelos responsáveis, correspondentes a 10 TCLEs assinados pelos alunos¹⁰.

Quadro 2 - Levantamento por escola dos alunos que faziam uso de medicamento.

ESCOLA	ALUNOS
E1	2
E2	2
E3	6
E4	3
E5	6
E6	6
TOTAL	25

Fonte: A autora, 2015.

Quanto aos 11 professores¹¹ participantes do estudo, foram selecionados considerando como critérios o fato de serem professores dos alunos também participantes do estudo e terem devolvido o TCLE devidamente assinado.

De igual modo procedemos com os familiares dos respectivos alunos sujeitos do estudo, totalizando 12 representantes de familiares¹² (8 mães, 1 pai, 1 tia e 2 avós). O retorno de TCLEs devidamente preenchidos permitiu que 12 familiares

⁸ O nome do PSICÓLOGO participante foi substituído pela letra inicial PS.

⁹ O nome do NEUROPEDIATRA participante foi substituído pela letra inicial NP.

¹⁰ Os nomes dos ALUNOS participantes foram substituídos pela letra inicial A seguida dos números 1, 2, ...10.

¹¹ Os nomes dos PROFESSORES participantes foram substituídos pela letra inicial P seguida dos números 1, 2, ...11.

¹² Os nomes dos FAMILIARES participantes foram substituídos pela letra inicial F seguida dos números 1, 2, ...12.

constituíssem o grupo de participantes, porque 2 representantes de famílias se interessaram em participar mesmo não autorizando que os filhos participassem do estudo.

Embora tenhamos 6 escolas participantes do estudo a pedagoga de uma das escolas se negou a participar o que permitiu que o grupo fosse constituído por 5 pedagogas¹³.

No total tivemos 40 participantes: 5 pedagogas; 11 professores; 10 alunos; 12 familiares; 1 psicóloga e 1 neuropediatra.

¹³ Os nomes dos PEDAGOGOS participantes foram substituídos pela letra inicial PE seguida dos números 1, 2, ...5.

7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS E INSTRUMENTOS

7.1 ENTREVISTA

De acordo com Gil (2006), a entrevista pode ser concebida “[...] como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 2006, p. 117).

A entrevista realizada com os participantes do estudo objetivou ouvir os envolvidos diretamente na questão da medicalização de alunos em processo de aprendizagem escolar para apreender os significados produzidos e considerar risco e proteção nesse contexto.

Conforme indica Yunes (2003; 2001), ao invés do pesquisador estabelecer a priori o que é risco e proteção a uma população em determinada vivência, é importante ouvir os significados atribuídos pelos envolvidos ao vivenciado. É por esta razão que neste estudo entramos em contato com distintas fontes de produção de sentido acerca das práticas medicalizantes da aprendizagem no contexto investigado, constituídas por diferentes grupos participantes: pedagogos, professores, psicólogo, neuropediatra, familiares e alunos (APÊNDICES – roteiros de entrevistas).

Os questionamentos dirigidos aos profissionais da educação relativos à trajetória da formação e atuação bem como questões específicas relacionadas ao atendimento às crianças com queixas escolares. Por meio do roteiro de entrevista dirigido aos pedagogos e professores buscou-se apreender os sentidos atribuídos por esse grupo à queixa escolar, às dificuldades de aprendizagem, à relação entre medicamento e aprendizagem e aos procedimentos gerais adotados pela escola em relação ao aluno diagnosticado com TDAH (APÊNDICE A).

Um roteiro específico aos profissionais da saúde (psicólogo e neuropediatra) buscou identificar as principais queixas atendidas em consultório, os procedimentos relativos ao diagnóstico e ao encaminhamento, os sentidos atribuídos ao uso do medicamento em relação à aprendizagem e ao desenvolvimento de crianças e adolescentes usuárias (APÊNDICE B).

Aos familiares foi solicitado que respondessem questões específicas da identificação do aluno na composição familiar e dados gerais da família, a queixa

que desencadeia o uso da medicação pela criança, o processo de acompanhamento e de apoio às dificuldades do filho, a relação com a escola e com os profissionais da saúde e os significados que atribuem à medicação (APÊNDICE C).

Aos alunos participantes deste estudo foram dirigidos questionamentos que estavam agrupados em dois conjuntos principais: o primeiro buscava perceber o sentido relativo ao reconhecimento social e a relação com o TDAH e o segundo visava capturar os sentidos atribuídos pelo aluno ao uso da medicação (APÊNDICE D).

7.2 O SOFTWARE MAXQDA

Em razão do volume de dados reunidos por meio das entrevistas, optamos por fazer uso do software Qualitative and Mixed Methods Data Analysis (MAXQDA)–11, como instrumento auxiliar no processo de organização e sistematização dos dados coletados.

É importante esclarecer que este software, de modo geral, tem como objetivo apoiar a análise de dados qualitativos a partir de informação textual, de imagens, de áudio e de vídeo. Em nosso estudo, utilizamos somente para organização de informações textuais. É igualmente válido lembrar que este ou outro software não cumpre a função de inteligência artificial, mas visa apoiar o trabalho de análise em pesquisas qualitativas, a partir dos comandos solicitados pelo pesquisador, no momento de extrair as informações que serão analisadas.

[...] eles não tomam decisões sobre o que analisar ou como analisar. Não decidem o que codificar nem quais categorias ou temas deverão ser gerados. Não conseguem saber quais dados devem ser relacionados entre si. [...] Não sabem quais consultas ou perguntas fazer aos dados (LAGE, 2011, p. 55-56).

O uso deste software foi importante, pois minimizou o tempo por meio de um trabalho de identificação de palavras-chave lançadas pelo pesquisador para posterior agrupamento em unidades de análise. As palavras-chave lançadas foram retiradas dos roteiros de entrevista.

Para cada pergunta do roteiro identificávamos o tema principal e o transformávamos em palavra-chave para que o software fizesse a busca. Desse processo resultaram as seguintes palavras-chave:

Processo diagnóstico:

- queixas acerca da aprendizagem;
- queixas acerca das relações interpares na escola e na família;
- procedimentos adotados pela escola;
- motivos para encaminhamento dos alunos;
- frequência de atendimento médico e psicológico;
- tipo de atendimento, indicação do medicamento).

Medicamento e aprendizagem:

- crianças que usam medicação;
- enfrentamento das dificuldades escolares;
- relação da Ritalina com a aprendizagem;
- avaliação do uso do medicamento para a aprendizagem).

Uso do medicamento:

- atendimento de crianças que fazem uso de Ritalina;
- favorável ao uso do metilfenidato;
- tempo de uso do medicamento;
- efeitos colaterais;
- a criança não fazer uso do medicamento;
- melhora a partir do uso do medicamento;
- riscos devido ao uso do medicamento;
- troca de informação entre os familiares e profissionais da escola e da saúde;
- quem prescreveu o medicamento.

Fez-se necessário criar um arquivo que o software denomina de “projeto” e que salvamos no computador com o nome Dissertação. Assim que abrimos o projeto ele disponibilizou o acesso a quatro janelas: sistema de documentos; sistema de códigos; visualizador de texto e segmentos recuperados (Figura 1), com funções específicas.

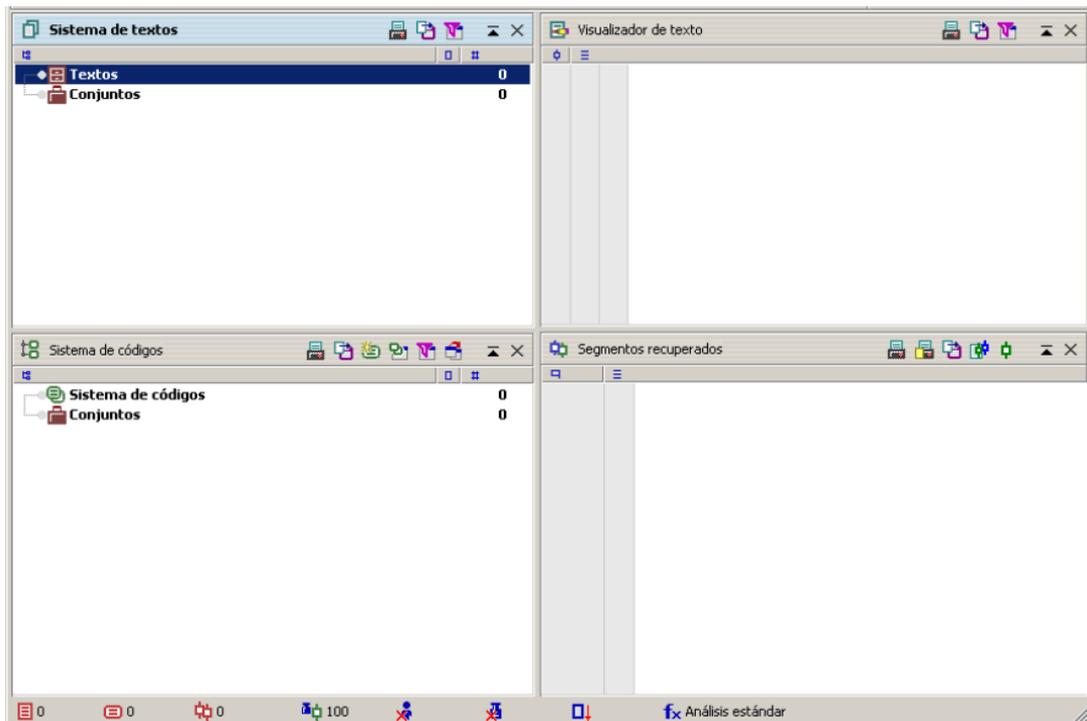


Figura 1: As quatro janelas principais do **MAXQDA**.

SISTEMA DE DOCUMENTOS: contém uma lista de todos os textos do projeto;
SISTEMA DE CÓDIGO: contém os códigos, ou seja, o sistema de categorias;
VISUALIZADOR DE DOCUMENTOS: é a janela na qual a maior parte do trabalho é feito, como a marcação, segmentos de texto e atribuir códigos, edição de memorandos de texto e de escrita;
SEGMENTOS RECUPERADOS: contém uma coleção de segmentos codificados, os resultados de um procedimento de recuperação de textos¹⁴. (VERBI, 2007, p. 10) (tradução da autora).

A seguir foi possível alimentar a janela Sistema de Documentos, a partir da importação dos arquivos do computador, correspondentes às entrevistas de cada participante do nosso estudo. Para que os arquivos ficassem organizados criamos 6 pastas correspondentes aos grupos de participantes: pedagogos, professores, psicólogo, neuropediatra, pais e alunos. E em cada pasta, importamos as respectivas entrevistas concedidas pelos participantes.

¹⁴ SISTEMA DE TEXTOS: contiene un listado de todos los textos del proyecto; SISTEMA DE CÓDIGOS: contiene los códigos, es decir, el sistema de categorías; VISUALIZADOR DE TEXTO: es la ventana en la que la mayor parte del trabajo se realiza, tales como marcar segmentos de texto y asignar códigos, editar texto y escribir memos; SEGMENTOS RECUPERADOS: contiene una colección de segmentos codificados, los resultados de un procedimiento de recuperación de textos. (VERBI, 2007, p. 10)

Em razão de o software aceitar somente com o formato.RTF, todos os arquivos referentes às entrevistas foram convertidos do formato.DOC para o.RTF. Após o processo de organização e importação dos arquivos, o software permite o acesso ao conteúdo destes arquivos, conforme o interesse da pesquisadora, na janela à direita, denominada Visualizador de Documentos.

O passo seguinte consistiu no preenchimento da janela chamada Sistema de Código, que nos permite criar códigos que pode ser mais de uma palavra-chave. As palavras-chave foram inseridas uma a uma e identificadas por uma cor acrescida de um símbolo quando necessário, visando à organização dos dados em unidades de análise. A partir daí, abríamos o texto - entrevista de um professor, por exemplo, e ela passava a ficar exposta no visualizador de documentos. Para termos acesso à palavra-chave (código) ao longo do texto, clicávamos em um código localizado na janela Sistema de código e automaticamente o software localizava essa palavra-chave. A seguir realizamos a leitura das passagens do texto nos quais as palavras-chave haviam sido localizadas pelo software, selecionávamos a frase em que elas apareciam e arrastávamos até o código e automaticamente o trecho selecionado recebia uma chave com o nome e a cor correspondente à palavra-chave (código).

Na quarta janela Segmentos Recuperados ficam armazenados automaticamente aos trechos selecionados pela pesquisadora, referente ao sistema de códigos de todos os arquivos das entrevistas, os quais podem finalmente serem salvos no computador. Mediante uma releitura dos trechos das entrevistas procedemos ao agrupamento de respostas dos diferentes sujeitos por temas que geraram as unidades de análise, neste caso sem o auxílio do software.

8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

O software apenas identificava as palavras-chave que a pesquisadora determinou que fossem identificadas nos trechos das entrevistas. Portanto foi por meio da leitura do contexto em que elas se encontravam, pela pesquisadora, que as unidades de análise puderam ser estabelecidas. Destacamos ainda que as falas dos participantes estavam identificadas tanto pelo grupo ao qual pertenciam, como pelo nome do participante. Esta foi à última etapa em que a pesquisadora recorreu ao software.

Conforme já descrito, nesta pesquisa o modelo teórico adotado considera quatro elementos de análise a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo em interação. No estudo que realizamos três elementos, foram adotados: Pessoa, Processo e Contexto. Para tal, elegemos dois eixos de análise para a apresentação dos dados, que nos permitiram apontar risco e proteção em cada um deles: 1. Significações Produzidas acerca do sujeito diagnosticado com TDAH e 2. Significados atribuídos aos procedimentos adotados no encaminhamento do aluno.

PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

9 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O modelo teórico adotado considera os sentidos produzidos pelos participantes da pesquisa, portanto, passamos à caracterização dos participantes.

9.1 PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO: PEDAGOGOS E PROFESSORES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na organização dos dados de caracterização do grupo de profissionais da educação participantes do estudo adotamos três elementos: formação inicial, formação continuada e tempo de exercício na função.

Quadro 3 - PEDAGOGO – Formação acadêmica e tempo de exercício.

	GRADUAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	TEMPO DE EXERCÍCIO COMO ORIENTADOR EDUCACIONAL
PE1	Pedagogia (2005)	Psicopedagogia (2011)	2 anos
PE2	Pedagogia (2004)	Psicopedagogia (2005)	1 ano
PE3	Pedagogia (2004)	Administração Escolar (2006)	1 ano
PE4	Pedagogia (2004)	Educação Especial (2011)	5 anos
PE5	História (2002)	Metodologia da Educação (2005) Administração Escolar (2005)	7 anos

Fonte: A autora, 2015.

No que diz respeito à formação inicial dos profissionais que exercem a função de Orientador Educacional na escola, observamos que, dentre os entrevistados, um deles não era formado em Pedagogia. O exercício da função de Orientador Educacional por um profissional que, embora seja formado na área da educação e não seja graduado em Pedagogia, pode ser explicado pela retirada das habilitações de Orientação Educacional e Supervisão Escolar da grade curricular do curso de Pedagogia, a partir da aprovação das “Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Pedagogia”, no ano de 2006. Assim, as habilitações foram alocadas na pós-

graduação *latu sensu*, sob o argumento de que somente a docência consistia à base da formação do Pedagogo (Resolução CNE/CP nº 1/2006).

Conforme explicitado no quadro acima todos os pedagogos entrevistados possuem formação continuada *latu sensu* na área de educação. Segundo as informações prestadas, evidenciou-se que o tempo de conclusão desta formação variou entre 4 anos e 10 anos. Não questionamos o grupo acerca de outras modalidades de capacitação em serviço, de curta duração.

Em relação ao tempo de exercício na função, verificou-se que no grupo de Pedagogos, constituído por 5 integrantes, a maioria não ultrapassava o período de 2 anos de atuação como Orientadores Educacionais nas respectivas instituições escolares. Esse fato pode estar relacionado à troca da gestão municipal, e, conseqüentemente, a troca dos ocupantes dos cargos de Pedagogo, visto que na Rede Municipal de Ensino do referido município não existe concurso para o cargo, tal como acontece no âmbito Estadual. O quadro abaixo foi organizado contendo as informações referentes à formação inicial, formação continuada e tempo de exercício na função de professor.

Quadro 4 - PROFESSORES – formação acadêmica e tempo de exercício.

PROFESSORES	GRADUAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	TEMPO DE EXERCÍCIO
P1	Biologia (2007)		7 anos
P2	Ciências Contábeis (1998) Letras e Literatura (2009)		22 anos
P3	História (2005)	Educação Especial (2008) Alfabetização e linguagem (2013)	8 anos
P4	Letras e Português (1999)	Literatura (2000)	18 anos
P5	Pedagogia (2004)	Educação Especial (2005) Gestão Educacional (2008) Libras (2012)	17 anos
P6	Pedagogia (2003)	Psicopedagogia (2005) Educação Especial (2007) Educação do campo - 2013	11 anos
P7	Serviço Social (2010) Geografia (cursando)		18 anos
P8	Pedagogia (2008)	Educação do campo (2013) Neuropedagogia (2014)	7 anos
P9	Pedagogia (2005)	Psicopedagogia (2007)	26 anos

P10	Pedagogia (2004)	Psicopedagogia (2004)	20 anos
P11	Geografia (2004)	Educação Especial (2004)	14 anos

Fonte: A autora, 2015.

Conforme mostram os dados do quadro acima, no que diz respeito à formação inicial realizada na graduação, 5 participantes declararam ter frequentado o curso de Pedagogia, enquanto que 6 informaram outros cursos de graduação, o que destoava do indicado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Pedagogia, que, em 2006, apontou a docência como base da formação inicial do professor para atuar nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental¹⁵. Três profissionais (P1, P2, P7) cuja formação é de outra área de conhecimento concluíram a graduação após 2006 (ano em que as Diretrizes entraram em vigência), e uma se encontra no processo de formação (P7 – segunda graduação), em área distinta da Pedagogia.

Sobre a formação continuada na pós-graduação *latu sensu*, 3 participantes não a possuem; 4 deles o fizeram na área de Educação Especial; 2 em Educação do Campo; 3 em Psicopedagogia; 1 em Alfabetização e Linguagem; 1 em Literatura; 1 em Gestão Educacional e Libras; e 1 em Neuropedagogia. Considerando que pela Instrução nº 03/04 e pela Deliberação nº 02/03 – CEE, Art. nº 33 e 34, apenas a formação em Educação Especial garante a atuação nas SRM e CE, destacamos que dentre os 4 professores que informaram ter realizado especialização em Educação Especial, 3 atuam na CE (P3, P6, P11) e 1 na SRM (P5). Não obtivemos dados que indiquem outras modalidades de formação continuada nesse grupo de participantes.

Sobre o tempo de atuação, a maioria declarou que havia pelo menos 7 anos que atuava nos Anos Iniciais. Destes participantes, observamos que três professores tinham mais de 20 anos de tempo de trabalho; cinco, entre 10 e 19 anos; e três deles, menos de 10 anos. Conforme os princípios da abordagem Bioecológica, o tempo oportuniza novos conhecimentos devido ao contato com outras pessoas, objetos e símbolos, presentes nos círculos de convivência, sejam eles do contexto

¹⁵De acordo com as Diretrizes Curriculares para o Curso de Pedagogia instituída a partir da Resolução CNE/CP nº 1/2006a formação do professor de Educação Infantil e dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental passava a ser resguardada ao nível superior e realizada no curso de Pedagogia. No entanto citamos apenas os Anos Iniciais no referido parágrafo para não correremos no risco de perder o foco da discussão.

imediatos, como das interrelações do microsistema onde atua (escola) e o exossistema e macrosistema (políticas públicas educacionais, por exemplo). As mudanças do contexto ao longo do tempo permitem que as experiências vividas pelos sujeitos sejam significadas de diferentes formas: exigência de novas atitudes mediante posicionamentos epistemológicos; troca de turmas ano a ano e outras dimensões da organização do trabalho pedagógico; processo de trocas com os demais sujeitos inseridos naquele contexto; condições objetivas e subjetivas da atuação docente; políticas públicas delineadoras da formação e atuação do professor; entre outras.

9.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PSICÓLOGO E NEUROPEDIATRA PARTICIPANTES DO ESTUDO

O segundo grupo de participantes que constituiu o nosso estudo foi denominado profissionais da saúde e agrupou os dados das entrevistas realizadas com a psicóloga e com o neuropediatra. Para efeito de caracterização adotamos os mesmos elementos do grupo dos profissionais da educação, a saber: formação inicial, formação continuada e tempo de exercício na função.

Em relação ao profissional de Psicologia entrevistado, este informou que possui a graduação em Psicologia, que buscou a pós-graduação *latu sensu* na área da Educação Especial e a pós-graduação *strictu sensu* – Mestrado - na área de Educação (2004) e, até o momento da pesquisa, exercia a função havia 15 anos.

O neuropediatra entrevistado informou que possui formação inicial no curso de Medicina, o qual concluiu em 1998. Sobre a formação continuada indicou a residência em Neurologia Infantil (2004). Quanto ao tempo de exercício na profissão, disse que já alcançou os 14 anos e que, além de clinicar, exerce a função de docente na área de Neuropsicologia. Na ocasião da entrevista, o profissional cursava Mestrado em Ciências Médicas (início de 2015).

Embora a discussão sobre a formação dos profissionais participantes deste estudo não se constitua objeto principal, mas compreendendo que ao expressar sentido à própria atuação o sujeito não está destituído das influências formativas as quais foi submetido, somos provocados a pensar na formação do profissional da saúde.

Damásio (1996, p. 286) reporta-se a ausência das dimensões humanas nos cursos de formação dos profissionais da medicina, e em crítica afirma que

[...] as escolas de medicina de onde eles provêm ignoram, na maior parte, essas dimensões humanas, concentrando-se na fisiologia e patológico corpo propriamente dito. A medicina ocidental, [...] alcançou a glória por meio da expansão da medicina interna e das subespecialidades cirúrgicas, sendo objetivo de ambas o diagnóstico e o tratamento de órgãos e sistemas doentes em todo o corpo. O cérebro (mais concretamente, os sistemas nervosos central e periférico) foi incluído nesse empreendimento, uma vez que era um desses “órgãos” Mas seu produto mais precioso, a mente, não foi alvo de grande preocupação por parte da corrente central da medicina [...]

Conforme sugere o pesquisador, apesar do avanço da medicina nos últimos anos em termos de tecnologia, evidencia-se um paradoxo que remete às razões da medicina moderna focar mais na doença que no doente, o que segundo ele deve-se ao modo cartesiano de entender a existência humana. Mente e corpo são tratados de modo separado como se não fizessem parte de um mesmo organismo. Sousa (2007, p. 33) analisa que esse modo cartesiano se mostra de certa forma reducionista, se considerada a complexidade que é o funcionamento do corpo humano.

[...] muitos médicos actuam com base nesta visão única, linear e unidimensional do ser humano, limitando a sua acção ao campo puramente material. Utilizam recursos capazes de promover uma maior longevidade do corpo ou do órgão doente, e nada mais.

Entendemos que ao expressar sua opinião acerca da medicalização da aprendizagem, por exemplo, o médico, o psicólogo, o professor, o pedagogo estão informando a partir da formação recebida. Isto nos faz reconhecer a importância de estudos que se dediquem a pensar a formação dos profissionais que atuam na intersecção escola-família, aluno-professor, saúde mental e física, saúde e aprendizagem e que podem ser explorados em estudos subsequentes.

9.3. FAMILIARES PARTICIPANTES DO ESTUDO

O grupo de participantes em questão foi denominado “grupo dos familiares”, pois nem todos os alunos participantes da pesquisa conviviam com seus respectivos pais biológicos no período em que a pesquisa foi realizada, mas recebiam cuidados em famílias extensas ou famílias substitutas.

Cabe esclarecer que, apesar de termos realizado entrevista com 12 familiares, dois deles (F7, F12) não nos permitiram conversar com seus filhos, como já mencionamos quando descrevemos o processo de seleção dos participantes da pesquisa. Assim, temos 12 familiares e 10 alunos participantes.

Conforme apontado no Quadro 5, somente um dos alunos que participaram da pesquisa era do sexo feminino. As idades dos filhos destas famílias variaram entre 6 e 13 anos, e a metade deles estava com mais de 10 anos. No que tange aos arranjos familiares, notamos que 8 alunos eram cuidados e educados pela família natural¹⁶, 3 alunos pela família extensa¹⁷ (avós, tios) e 1 em família substituída¹⁸ na modalidade de adoção. Os motivos que favoreceram a residência dos 3 alunos em família extensa estavam ligados à situação de abandono por parte da mãe e/ou do pai, e o falecimento de uma mãe. Em relação à naturalidade das crianças, 8 nasceram no município onde a pesquisa foi realizada (município 1) e 2 em municípios adjacentes (municípios 2 e 3).

Quadro 5 – Dados gerais dos alunos participantes da pesquisa, e respectivos responsáveis legais.

	Sexo do aluno	Idade	Arranjo Familiar	Naturalidade do aluno	Idade atual do responsável legal/Gênero
F1	M	6 anos	Família natural	Município 1	53 F
F2	M	12 anos	Família extensa- avó	Município 2	57 F
F3	M	11 anos	Família extensa- tia	Município 1	55 F
F4	M	9 anos	Família natural	Município 1	36 M
F5	M	8 anos	Família natural-adoção	Município 3	31 F
F6	M	12 anos	Família natural	Município 1	38 F
F7	M	7 anos	Família natural	Município 1	40 F
F8	M	8 anos	Família natural	Município 1	23 F

¹⁶ Adotamos os termos **Família natural**, tal como conceituado no Art. 25 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069: “Entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes”.

¹⁷ **Família extensa** segundo o ECA é caracterizada como “[...] aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade”. (Parágrafo único do Art. 25, incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

¹⁸ **Família substituída** que compreende a família para a qual a criança e/ou adolescente pode ser encaminhado de maneira excepcional, mediante uma das modalidades possíveis, que são: guarda, tutela e adoção, prevista no Art. 28 do ECA.

F9	M	11 anos	Família natural	Município 1	39 F
F10	M	13 anos	Família natural	Município 1	31 F
F11	F	10 anos	Família extensa – avó	Município 1	62 F
F12	M	11 anos	Família natural	Município 1	32 F

Fonte: A autora, 2015.

Ainda de acordo com os dados do Quadro 5, a idade dos responsáveis legais das crianças variou entre 23 e 62 anos, sendo que a maioria estava na faixa dos 31 a 40 anos de idade.

O Quadro 6, a seguir, apresenta dados relativos ao nível de escolarização dos familiares, profissão e local de trabalho, com a finalidade de caracterizar melhor esse grupo de participantes.

Quadro 6 – Nível de escolarização, profissão e local de trabalho dos pais ou responsáveis pela criança.

FAMILIARES	GRAU DE INSTRUÇÃO Responsável legal / Gênero	PROFISSÃO Responsável legal / Gênero
F1 / F	E. Fundamental Incompleto	Do lar
F2 / F	E. Fundamental Incompleto	Auxiliar serviços gerais
F3 / F	E. Fundamental Incompleto	Lavradora
F4 / M	E. Superior Completo	Representante comercial
F5 / F	E. Superior Incompleto	Auxiliar serviços gerais
F6 / F	E. Médio Completo	Doméstica
F7 / F	E. Fundamental Incompleto	Auxiliar serviços gerais
F8 / F	E. Fundamental Incompleto	Do lar
F9 / F	E. Médio Completo	Auxiliar serviços gerais
F10 / F	E. Fundamental Incompleto	Auxiliar serviços gerais
F11 / F	E. Fundamental Incompleto	Lavradora
F12 / F	E. Médio Completo	Auxiliar serviços gerais

Fonte: A autora, 2015.

Quanto ao nível de escolarização dos responsáveis legais, os dados do quadro mostram que a maioria cursou o Ensino Fundamental, mas não o concluiu. Entre as responsáveis legais que iniciaram o Ensino Médio, todas o concluíram e uma iniciou o Ensino Superior. O responsável legal concluiu o Ensino Superior.

Os dados de nosso estudo evidenciam a importância de políticas públicas educacionais que ampliem o acesso à educação de qualidade em diferentes momentos do ciclo vital, o que inclui a modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Moribe (2014) em seu estudo observa que esta modalidade de ensino ainda possui caráter assistencialista, o que confirma a ideia de que ser garantida em lei (LDB 9394/96) não é o bastante quando se pensa em educação de qualidade. Essa questão se torna ainda mais preocupante quando consideramos a população a que se destina a EJA, pois muitas vezes ‘carrega’ o estigma da pobreza.

Familiares de alunos que estão em processo de escolarização no Ensino Fundamental por vezes sentem dificuldade em prestar acompanhamento às vivências escolares justamente porque não tiveram acesso aos conhecimentos produzidos no microsistema escolar e oportunizados pelas relações que neles se estabelecem. O direito à educação e às distintas formas de relação com o mundo e com o saber passam pelas oportunizações advindas de políticas públicas específicas que visam à inclusão.

9.4 ALUNOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como já mencionamos, a amostra foi constituída por um grupo de 10 alunos, dentre os quais, de acordo com o levantamento que realizamos por escola, 3 estudavam no período matutino, 4 no período vespertino e 3 em período integral.

Quadro 7 – ALUNOS: Dados demográficos referentes ao período e ano escolar, e idade dos alunos participantes da pesquisa.

ESCOLA	ALUNOS	MATUTINO	VESPERTINO	INTEGRAL	ANO ESCOLAR	IDADE
E1	A1	X			1º	6
E2	A2			X	4º	12
E3	A3		X		--	11
E4	A4		X		4º	9
E5	A5			X	3º	8
	A7			X	3º	8
	A6		X		--	12

E6	A8		X		4º	10
	A9	X			5º	13
	A10	X			--	10

Fonte: A autora, 2015.

Em relação ao ano escolar em curso, os participantes A3, A6 e A10 não estão assinalados, pois, na ocasião da pesquisa, frequentavam a Classe Especial (CE)¹⁹ e esta não segue o mesmo formato de organização que a Sala Regular (SR), ou seja, por ano escolar. No município onde o estudo se desenvolveu, os alunos devem cursar o 1º ano do Ensino Fundamental I aos 6 anos²⁰, tal como determina a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Art. 32). Com base nesse critério, os professores afirmam haver neste grupo alunos com defasagem idade e ano de escolaridade (A2, A8 e A9), e a atribuem as seguintes condições: problemas de comportamento e falta de atenção, o que impactou a aprendizagem, confirmados posteriormente pelo diagnóstico de algum distúrbio de aprendizagem ou transtorno de comportamento.

Ao que nos parece, essa análise que considera unicamente a idade cronológica ignora as condições processuais de desenvolvimento e de apropriação do saber escolarizado por parte dos alunos. Vale ressaltar que esse grupo de alunos são usuários de medicamento para garantir as condições de aprendizagem. As condições indicadas pelos professores, confirmadas nos laudos médicos não estariam ignorando características conjunturais relevantes na análise de situações de insucesso escolar?

Dentre os 10 alunos participantes da pesquisa, verificamos no Quadro 8 que somente 4 não foram submetidos ao atendimento especializado, paralelo à SR ou exclusivo. Nesse sentido, ressaltamos que a SRM tem a função de manter o aluno estimulado e frequentando a escola.

Quadro 8 – ALUNOS: Tipo de sala que frequenta

ESCOLA	ALUNOS	SALA REGULAR	SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS	CLASSE ESPECIAL
E1	A1	X		

¹⁹ Destinada ao atendimento de alunos da Educação Especial, cujo comprometimento intelectual os impede de frequentar a Sala Regular.

²⁰ A criança tem que completar 06 anos até 31 do mês de Março. Informação concedida por um profissional da Secretaria Municipal de Educação da cidade em que foi realizado o estudo.

E2	A2	X	X	
E3	A3			X
E4	A4	X		
E5	A5	X	X	
	A7	X	X	
E6	A6			X
	A8	X		
	A9	X		
	A10			X
TOTAL		7	3	3

Fonte: A autora, 2015.

De acordo com os documentos normativos das SRM e CE (Instrução nº 03/04; Deliberação nº 02/03 – CEE) os profissionais que realizam o atendimento especializado devem recorrer ao uso de métodos, técnicas e recursos pedagógicos especializados, bem como de equipamentos e materiais didáticos específicos, caso sejam necessários. Isto porque o trabalho neste espaço e na SRM possuem características peculiares que as diferenciam da SR, com procedimentos didáticos aos materiais de uso, em sala junto aos alunos que necessitam deste atendimento especializado, de modo que possam avançar no processo de aprender.

Sem dúvida alguma a questão pedagógica nestes espaços de atuação é relevante, como a diversificação de materiais e estratégias metodológicas, porém há condições a serem consideradas que estão para além do imediato e envolve a produção do ensino, a condição de formação do professor, a organização do trabalho pedagógico, o acolhimento ao profissional, que devem ser contemplados nas políticas públicas educacionais.

Posto isso que caracteriza os grupos de participantes que constituíram a amostra do presente estudo, apresentamos os resultados da trama tecida a partir do olhar do pesquisador ao reunir as significações apreendidas no discurso dos participantes do estudo. Foram constituídos dois eixos de análise: 1. Significações Produzidas acerca do sujeito diagnosticado com TDAH e 2. Significados atribuídos aos procedimentos adotados no encaminhamento do aluno e 4 unidades de análise: o sujeito diagnosticado com TDAH; a condição do sujeito TDAH; rede de atendimento e encaminhamento; uso do medicamento relacionado à aprendizagem.

10 O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO DO ALUNO COM TDAH

Ao analisarmos as interrelações pessoa, processo e contexto no presente estudo, evidencia-se o diagnóstico do TDAH e os encaminhamentos decorrentes, dentre os quais se destaca o uso da medicação e sua relação com a aprendizagem.

O sentido atribuído a esse processo pelos quatro grupos de sujeitos da pesquisa (profissionais da área da educação, profissionais da área da saúde, familiares e alunos), é relevante para identificar os fatores de risco e proteção existentes nessas interrelações e que podem impactar o desenvolvimento da pessoa e da promoção da resiliência.

10.1 SIGNIFICAÇÕES PRODUZIDAS ACERCA DO SUJEITO DIAGNOSTICADO COM TDAH

Ouvir os próprios sujeitos e aqueles que possuem diretamente ‘poder’ de diagnosticar, tratar, acompanhar, ensinar e cuidar, nos parece relevante para compreender as significações produzidas e o processo diagnóstico que circunda o TDAH. Assim, passamos a discorrer acerca do modo como os ‘profissionais da educação’ (pedagogos e professores) caracterizam os alunos com diagnóstico de TDAH.

O pedagogo assume, na escola, a tarefa de mediação entre o professor e a família, em especial quando a interação entre aluno e professor encontra-se prejudicada. Assim, no caso do aluno com TDAH, é esse o profissional responsável pela escuta da queixa do professor, avaliação e encaminhamento do aluno. O professor é o profissional que compartilha o contexto imediato da sala de aula com o aluno, o que lhe possibilita o acompanhamento e a avaliação do processo de aprender e quando observa que esse processo encontra-se falho, a ponto de exigir intervenção externa às suas ações, encaminha para o pedagogo.

Podemos afirmar que as ações desses profissionais na escola além de se complementarem resultam do modo como atribuem sentido à pessoa com o diagnóstico de TDAH, as quais culminam no encaminhamento do aluno, inicialmente para o pedagogo e havendo necessidade para outros profissionais especializados.

Ressalta-se o estranhamento com a ausência de posicionamentos distintos na descrição sobre o aluno. Os cinco pedagogos participantes apresentam a mesma

visão acerca do aluno com TDAH. No grupo dos professores (11 participantes) foi unânime a presença da lista de características de comportamentos inadequados às condições de aprendizagem. Os excertos de protocolos de entrevista apresentados a seguir exemplificam o encontrado na fala dos participantes (grupo de profissionais da educação) quanto às características atribuídas ao sujeito com TDAH.

PE4: [...] maioria aqui são agitados, daí eles são agitados, são agressivos, né [...] Então a parte pior de tudo é a agressividade que a gente percebe. Ah, também a concentração, né. Concentração nada, porque daí eles conversam o tempo todo, eles chacoalham o pé, bate a mão, toda hora.

___ Posso ir no banheiro?

___ Professora terminei.

___ Professora olha o meu caderno? A professora:

___ Mais eu tava aí agora. E tanto na sala quanto aqui²¹:

___ Professora terminei, posso ir no computador?

___ Professora terminei, posso ligar a televisão?

___ Professora posso mexer naquele brinquedinho?

___ Professora... Ansioso. Pensa que eles ficam ansiosos [...]

PE5: Agitação, sem limites, não prestam atenção, só atrapalham eles próprios e os colegas de sala de aula também. Antes de ser encaminhado, estava agressivo, ele agrediu a professora. Não param na carteira.

P3: Então assim, sabe aquela criança estabanada, derruba tudo do lado da mesa, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo... Totalmente desengonçada, de fala excessiva, distraído, barulhento, desinteressado, irritado e desorganizado.

A partir das considerações de PE4, PE5 e P3, nos parecem que esse aluno diagnosticado é percebido como um problema para as relações que estabelece com seus pares no contexto da escola.

Entretanto, não podemos deixar de considerar na fala dos professores, as demandas trazidas pela condição do aluno com TDAH em sua interação com outras vertentes, ou seja, com o professor, com os conteúdos a serem aprendidos, com os objetos de conhecimento. Se considerarmos as condições das salas de aula com espaço, por vezes pequeno a ser compartilhado por um grupo de alunos, com organização e dinâmica que exigem mais estrutura e rigidez, será possível reconhecer que a agitação e a indisciplina são condições limitadoras reais do tipo de

²¹ A participante refere-se à Sala de Recursos Multifuncionais, local em que foi realizada a entrevista.

trabalho a ser realizado pelo professor, o que por sua vez representa risco ao processo de aprendizagem do aluno.

P2: [...] Nossa era muito complicado, né. Assim, comportamento muito difícil, batia... ninguém... ninguém chegava perto dele. Batia... eu tinha medo que ele batesse em mim. As crianças tinham medo dele, sabe. Foi necessário durante muito tempo ele ficá isolado num canto da sala, sabe.

De acordo com as significações apresentadas, a presença do aluno no contexto da sala de aula parece sustentar um clima de medo, insegurança e desconfiança, o que no entendimento de P2 a forçava a adotar no atendimento ao aluno, a estratégia extrema do isolamento.

Entendemos que práticas como essas parecem refletir as expectativas do professor em relação à mudança de comportamento do aluno, como condição para a aprendizagem. Pensando sobre essas questões, é possível recorrer ao princípio defendido nos estudos acerca da resiliência, segundo os quais é preciso que os fatores de risco e proteção coexistam para que ela se manifeste, os quais podem alterar a trajetória da pessoa.

Assim nos parece que as práticas de contenção do comportamento que alguns professores participantes deste estudo entendem como 'eficazes', por exemplo, o isolamento e que inclusive pode ser reproduzido pelos demais alunos da sala, pode constituir risco às interações desenvolvidas neste ambiente de aprendizagem, muito embora elas pontualmente sirvam à resolução do problema. Além de constituir uma punição, resultam em redução das possibilidades de relação e desenvolvimento de estratégias de solução de conflitos presentes nas relações interpares, necessárias ao processo de aprendizagem.

Posto isso que anuncia como o aluno TDAH é percebido neste contexto escolar, passamos a apresentar como o grupo de participantes 'profissionais da saúde' (psicóloga e neuropediatra) que realizam o atendimento desse aluno, o percebem.

Ao questionarmos a psicóloga acerca da caracterização do aluno que lhe é encaminhado, ela nos relatou que as características são àquelas que os profissionais da escola trazem em suas queixas, e que, a partir delas procuram ver se coincidem com aquelas listadas no manual de referência à avaliação do TDAH (DSM IV, vigente no momento da coleta de dados) adotado em seus atendimentos.

A entrevistada (PS) faz referência aos passos adotados em seu atendimento e esse processo revela que a criança é levada por um familiar ou responsável ao consultório, entretanto a psicóloga encaminha antecipadamente à escola um formulário, direcionado ao professor para que preencha, indicando as dificuldades da criança no cotidiano escolar. Acompanhemos a fala:

PS: A gente faz um levantamento através de um teste formal da psicologia que nos ajuda a fazer esse levantamento - são perguntas e respostas direcionadas ao professor com respeito à conduta da criança. Nesse levantamento que é feito pelo professor os questionamentos são em torno da inquietude, da irritabilidade, das alterações bruscas de humor, da dificuldade de atenção, de concentração, dos comportamentos antissociais que a criança venha apresentar.

No atendimento à criança e seu familiar, essa queixa escolar declarada pelo preenchimento do formulário é 'checada' e então o encaminhamento ao neuropediatra é realizado, pela psicóloga. No caso do município investigado, quando a queixa é proveniente da escola, o encaminhamento é primeiramente ao psicólogo e ele avalia a pertinência do atendimento pelo neuropediatra.

Este dado é interessante por duas razões: por um lado, a preocupação de que um profissional distinto do contexto escolar (psicólogo) verifique a necessidade de encaminhamento ao neuropediatra, ou seja, não sai direto da escola para o neuropediatra. Por outro lado, esse processo separa em dois blocos o atendimento à criança, pois os profissionais da educação 'entregam' aos da saúde a condição de diagnóstico e de encaminhamento. Preencher um formulário, sem contato com a psicóloga que faz a avaliação, não se constitui processo integrado. Ter ciência de que o neuropediatra está acompanhando o caso não torna as ações do professor e do neuropediatra multidisciplinares.

Esses aspectos constituem risco, do ponto de vista das discussões que realizamos e da postura da literatura adotada em nosso estudo. Entretanto, a mesma literatura nos convida a reconhecer fatores de risco e de proteção no mesmo contexto.

Assim, ter a possibilidade de constituir uma rede de apoio que envolva profissionais da saúde e da educação pode ser relevante ao aluno e seus familiares a fim de se perceberem assistidos no processo, bem como pode ser um fator de

redução da ansiedade dos professores e pedagogos em relação aos modos de lidar com esse aluno nas interrelações no contexto escolar.

Outro aspecto a destacar, diz respeito ao uso que se faz do ‘checklist’ de sintomas contidos no DSM IV, utilizado pelos profissionais para definir o TDAH, que pode ser problema. Em nosso entendimento, isso pode representar risco, visto que ele padroniza comportamentos de sujeitos distintos, ao impedir que sejam compreendidos em suas individualidades e marcas de sua história. Assim, é sustentada a cultura do sujeito normal, idealizado e abstrato.

[...] Seus comportamentos, suas formas de agir e de se comportar na escola são capturados e analisados pelo saber médico, que rapidamente encontra em diferentes medicamentos a solução para o problema que elas representam para a escola, para sua aprendizagem e para o próprio convívio social. (LOCKMANN; CAETANO, 2013, p. 120).

O outro participante do grupo ‘profissionais da saúde’, o neuropediatra, o perfil do aluno/paciente que recebe na clínica é evidenciado na fala: “*Ansiedade, manias, dificuldade de lidar com frustração, problemas relacionados à inadequação social, comportamentos anti-sociais*”. (NP) Depreendemos dessa fala, que, ser diagnosticado por um médico como ansioso, anti-social, que não se relaciona bem, inadequado socialmente certamente não constitui a melhor forma de se inserir nos contextos e se constituir como pessoa, a menos que o paciente desconheça o sentido de tais características.

O que pode vir a ser entendido como comportamento anti-social? A agitação na sala de aula? A dificuldade de autocontrole? A agressividade que pode ser decorrente de seu isolamento e segregação recorrente? A dificuldade de lidar com frustração em uma história de vida marcada pela rejeição?

Não intencionamos minimizar os efeitos desses comportamentos na dinâmica escolar. São danosos, alteram o funcionamento e dificultam o trabalho do professor. Entretanto, nosso alerta está no diagnóstico e mais ainda no rótulo que dele decorre sem que a história de vida do aluno e o mapeamento do contexto escolar sejam considerados. Mais uma vez se destaca a ausência de um trabalho integrado entre os profissionais e os familiares, possibilitando uma leitura de contexto e o conhecimento do processo desencadeado.

O médico participante faz referência ao sentido de ameaça que esses pacientes (alunos) representam para as interrelações que ocorrem na família e na escola, o que reforça as características rotuladoras do sujeito com diagnóstico de TDAH. O tratamento passa a representar uma condição para que esse sujeito possa ser aceito e incluído nos contextos de onde o seu mau comportamento e dificuldade de autocontrole o excluíram, afinal: “[...] os pais não toleram crianças com TDAH, tá. Ninguém tolera, não é só os pais. A tia, a irmã, a avó, o professor, né?! Então a gente melhora tudo isso com a prescrição do medicamento”(NP). Para o neuropediatra entrevistado, a condição de melhoria do comportamento do paciente encontra-se no tratamento medicamentoso, sem o qual se torna inviável as relações interpares de modo saudável.

Em contrapartida Barbarini (2011a, p. 159) assinala que “[...] os diagnósticos e os tratamentos silenciam a verdade da criança e toda a sociedade recria sua imagem como um desviante, um perigo, uma ameaça que deve ser contida para o bem dos outros e para o seu próprio”. A contenção, o afastamento e a segregação constituem-se como estratégias de ocultação do indesejado socialmente. Nesse sentido ocorre o silenciamento das pessoas com alguma deficiência, transtorno ou desajuste em relação à norma estabelecida, o que inclusive parece ser prática social recorrente.

Assim, alunos diagnosticados com TDAH têm sido silenciados principalmente pela imagem socialmente construída a respeito deles, validada no ‘checklist’ que ignora as singularidades desses sujeitos (PS), pela medicação conforme foi possível observar na fala do NP. O sentido atribuído à pessoa com TDAH pelos profissionais da psicologia e da medicina quando a recebem em seus consultórios, lhe dá condições de direcionar suas ações a depender do ‘grau da ameaça’ que representa, seja com intenção de acalmar, concentrar ou disciplinar. Quando a ênfase não está na pessoa, mas nos sintomas que carrega, o sujeito representa o escape à norma social vigente, portanto, o tratamento passa a condicionar as relações de aceitação da pessoa nos grupos.

Considerando os domínios da escola e da saúde e percebendo neles correspondência em relação ao modo como o aluno com TDAH é percebido, torna-se relevante pensar nas significações produzidas pelo grupo de ‘familiares’. Os excertos evidenciam o conflito vivenciado pelos responsáveis legais de crianças com diagnóstico de TDAH:

F3: *Na escola ele num tinha sussego um minuto. Ele levantava. Ele num fazia tarefa. Tirava o calçado. Quando ele via gente na rua ele mexia com todo mundo. Não istudava e não dexava as criança istudá. [...] Quando eu vô na escola, volto até cega de lá, de tanto que aquelas muié fala. Daí sabe o que que eis pensa? Pensa que nós não repreende o muleque. Daí eis fala assim: 'Mais se você não repreendê esse muleque na casa, não tem como repreendê ele na escola... o primeiro passo é atendê dentro da casa'. Tem hora que dá vontade de pegá ele e fazê sumi de casa. Eu já falei pra diretora lá se ele não continuá (MELHORAR)... Vô mandápro pai dele, não é memo? Desaforo, quem ponhô no mundo que vai né?*

F10: *Ele é uma criança que começa brincando e daqui um pouco ele já não aceita a brincadeira mais. Ele não sabe perder. O não pra ele é difícil. [...] Eu tava trabalhando, as vezes na roça, a diretora ligava. Eu saía chorando, porque eu educava, educava e chegava lá, eles falavam: 'Mãe, o seu filho bateu em fulano'.*

Para F3 e F10 a relação com a criança diagnosticada com TDAH aparece marcada por sentimento de impotência e frustração, visto que as chamadas de atenção dos profissionais da escola remetem a ideia de que tem sido omissas no processo de cuidado e educação, dada a persistência do comportamento reprovável manifesto nas relações que a criança estabelece com seus pares no contexto da escola. A angústia desses pais pode ser evidenciada no momento em que F3 afirma que chegava “cega de lá de tanto que aquelas muié fala”, “Tem hora que dá vontade de pegá ele e fazê sumi de casa” e F10 declara que precisou sair às pressas do trabalho para comparecer na escola e que nessas ocasiões saia chorando por não saber mais o que fazer.

As significações dos participantes (profissionais da educação, saúde e familiares) até aqui apresentadas nos permitiram identificar a presença de fatores de risco e proteção permeando as relações que estes estabelecem na escola. Assim destacamos as práticas rotuladoras para refletirmos acerca dos fatores de risco e proteção que emergem destas interrelações. A pessoa deixa de ser ‘pessoa’ com toda a complexidade que a constitui, para assumir a roupagem que o rótulo traduz.

As instituições e as pessoas em geral trabalham com rótulos e classificações, sendo que muitas crianças são recebidas por outras ou por professores, por exemplo, já marcadas pelo estigma de seu diagnóstico e não por seu nome, seus gostos e preferências (BARBARINI, 2011a, p. 134).

O aluno diagnosticado com TDAH passa a ser reconhecido por aquilo que lhe

falta: indisciplina, atenção, concentração, interesse, organização, ou por aquilo que parece exceder nas relações e favorecer comportamentos como: inquietação, agressividade, ‘estabanação’, fala excessiva e barulhenta. Tais características destoam do esperado por pais e educadores; contudo, muitas vezes as causas não são problematizadas. Essas qualificações passam a constituir risco, pois elas acionam o alerta às relações, afinal, elas chegam primeiro que a pessoa e falam em nome dela.

No que tange ao uso do medicamento podemos perceber que nos contextos relatados pelos familiares ele passa representar uma forma de proteção, pois possibilitou a melhoria das relações que a criança estabelece com as pessoas do seu círculo de convivência.

Um fator se sobrepõe: o diagnóstico retira os pais da condição de angústia por não saber o que o filho tem o que causa e disparam as crises, os modos de lidar com o problema que se instala pela desordem de comportamento. A medicação acaba por se constituir fator protetivo neste contexto, pois ‘devolve’ aos pais e familiares a ‘condição de controle’ do sujeito TDAH. Entretanto quando a medicação se constitui a única forma de intervenção e a condição para que a reinserção social da criança aconteça, ela passa a representar risco, por promover o empoderamento do diagnóstico e do remédio, ao mesmo tempo em que favorece a destituição da pessoa a partir do modo como está sendo vista.

Mencionamos que a identidade não se constitui somente a partir dos atributos próprios da pessoa, pois ela recebe influências do meio social. Isso porque a pessoa internaliza as ideias e os conceitos que são elaborados a seu respeito e assim passa a ressignificar a própria imagem, quando não, a justificar o próprio comportamento, tido como indesejado. Isso posto, passamos à busca pelas significações do grupo de ‘alunos’ acerca do modo como se percebem em suas interações nos contextos familiar e escolar.

No que diz respeito ao modo como acreditam que a família os percebe como criança/adolescente, metade dos entrevistados disseram que são considerados bons. A fala de A2 chamou nossa atenção, pois o aluno faz referência a sua autoestima, dado o olhar dispensado a ele pelos adultos pertencentes ao seu círculo familiar: “[...] Acham eu bonito, meio assim como dizem... trabalhador... porque eu trabalho na casa, ajudo a mãe.” (A2). A partir da fala de A2, fica evidente como as impressões do adulto sobre ele, interferem na percepção de si mesmo e favorecem

sua autoestima pelo reconhecimento do seu empenho na realização das tarefas domésticas.

Em relação à forma como são percebidos como alunos pelas famílias, a maioria declarou que eles são considerados bons pelos familiares e que sabem disso porque os adultos expressam a eles a percepção que possuem: “Eu acho porque eles falam pra mim. Que por causa das notas que eu tô tirando, eles tão achando que eu tô melhorando bem mais.” (A2); “Acham que eu sou um bom aluno na escola, que eu me comporto, que eu sou uma criança normal” (A5). Notamos que nas duas falas as significações acerca do papel de aluno são positivas, visto que A2 correlaciona o seu avanço ao desempenho acadêmico evidenciado na melhoria das notas, ao passo que A5 correlaciona a imagem do bom aluno àquele que se comporta e ao critério de normalidade, que o iguala aos outros alunos da sala de aula.

Esse mesmo dado é evidenciado no momento em que perguntamos como eles são percebidos pelos seus professores. As falas de A5 e A7 confirmam essa ideia.

A5: *__ Como que você sabe que a professora te acha um bom aluno?*

__ Porque eu me comporto. Porque eu faço tudo que ela manda.

__ Que mais?

__ Que eu sou um aluno quietinho da sala.

A7: *Uhum.*

__ Como você sabe disso?

__ Porque ela me falou. Eu sou bom quando eu faço as coisas que a tia fala.

A atitude do professor de expressar avaliações positivas acerca do aluno pode melhorar o modo como esse aluno atribui sentido ao próprio comportamento, às suas relações com seus pares no contexto da sala de aula e com o próprio saber. No entanto tais alunos têm a imagem associada ao aluno ideal, cujo comportamento reflete tais expectativas.

É preciso ter em mente que a definição do TDAH, de seus sintomas e critérios diagnósticos cria, na realidade, diferenciações entre o normal e o patológico, o aceitável e o repudiado, mas também entre indivíduos - a criança adequada e a inadequada a determinados padrões socialmente estabelecidos -, sendo que a existência do

inferior (o inadequado) reafirma e valoriza a do superior (o adequado ou o “normal”), criando uma relação desigual entre eles. (BARBARINI, 2011a, p. 71).

O reconhecimento da professora como ‘bom’ parece estar atrelado à ideia de bom comportamento na sala de aula, à obediência às suas solicitações e à capacidade de manter-se em silêncio, a fim de não atrapalhar o andamento das atividades propostas na sala de aula. A imagem do aluno ideal caracteriza o modelo a ser seguido pelos alunos a fim de corresponder às expectativas do professor.

Questionamos acerca de como os ‘alunos’ percebiam o próprio comportamento na sala de aula e obtivemos as seguintes respostas: quieto, comportado, era bagunceiro, sou bom aluno, era mau aluno. Tomamos como exemplo as falas de A2 e A7.

A2: __ Às vezes eu sô bem baguncero, mais... A maioria das veiz eu sô comportado, não faço muitas arte como eu fazia ano passado. Agora eu tô bem mais melhor, porque assim, se eu continuá com a atitude que tava ano passado eu já não podia passá de ano.

*A7: __ Mau.
 __ O que é ser mau aluno?
 __ Batê nos outro... Quando faço bagunça.
 __ Que mais?
 __ Xingá a professora, agora não xingo mais.*

As falas indicam a mudança de comportamento como favorecedora das interações no ambiente escolar e com o saber. As mudanças no comportamento da criança podem indicar que os contextos nos quais se relaciona têm possibilitado novos arranjos e favorecido outras formas de enfrentamento frente às situações adversas. Os alunos parecem ter entendido que comportamentos reprováveis socialmente podem impactar negativamente o processo de escolarização e acarretar em advertência na escola.

Outro questionamento foi referente à percepção dos colegas a respeito do seu comportamento na sala de aula. Todos os sujeitos entrevistados afirmaram que não atrapalhavam os colegas no contexto da sala de aula. No entanto quando questionamos sobre o motivo de terem que fazer uso de medicamento, afirmaram que era devido aos maus comportamentos que apresentavam nesse contexto e em relação aos colegas. Assim, uma possibilidade para explicar essa contradição se

deve ao fato de que, no ato da entrevista, os comportamentos reprováveis que eles descreveram já haviam cessado ou minimizado por conta do uso do medicamento. Outra possibilidade é o fato de que a autopercepção é um processo e não necessariamente o sujeito toma consciência de suas ações e estabelece relações quando requerido pela entrevista.

O conceito de risco é representativo de eventos negativos que potencializam as chances da pessoa apresentar problemas que impactam o seu desenvolvimento. (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Assim entendemos que ser percebida por uma perspectiva rotuladora implica risco, principalmente se essa pessoa internaliza a ideia que atribui a ela 'algo', que ela ainda não se deu conta.

Todavia o modo como os 'alunos' se percebem e acreditam que são percebidos por seus pares, tanto na casa como na escola, parece conflitar com aquilo que os demais sujeitos desta pesquisa falam a respeito deles. No entanto o fato de não reconhecerem seus comportamentos como problemas à convivência com seus pares não significa que não percebam essas dificuldades em maior ou menor grau. Esse discurso resulta dos significados que determinados indivíduos ou grupos atribuem em relação àquilo que ameaça desestabilizar a ordem social vigente. Daí o que 'justifica' a criação de normas e mecanismos de controle. (SCHIMIDT, 2008).

Um fator protetivo que se destaca nesta percepção de si pode ser relacionado ao fato de que esses alunos entrevistados se mostraram permeáveis à atuação do outro, desejam a interação com os pares, buscam 'agradar' ao professor, dedicando-se à mudança de comportamento desejada por eles. Esses participantes demonstram-se permeáveis a um processo de intervenção que lhes devolva a autonomia de ação, que valorize suas capacidades e que permita serem reconhecidos ou aceitos. Em suma, desejam pertencer ao contexto escolar e ter sucesso nele.

10.1.1 Determinismo biológico: a condição do sujeito com diagnóstico de TDAH

Na busca por entender a teia de significados que parece permear a visão sobre o aluno com TDAH e sobre si mesmo no caso do aluno, vimos emergir dos dados uma questão que merece destaque: o determinismo dos aspectos biológicos na compreensão do sujeito com TDAH.

De acordo com a antropologia, o determinismo biológico é concebido como um tipo de doutrina que prega a ideia de que as ações humanas são determinadas por questões de ordem biológica, desconsiderando outros elementos que atuam no seu processo de desenvolvimento e influenciam os modos de se inserir nos contextos (LARAIA, 2001). Índícios desse tipo de concepção foram observados nos depoimentos de pedagogos e professores os quais retomamos a seguir, pois revelaram uma caracterização determinista além de uma ênfase nos aspectos biológicos no diagnóstico do TDAH. As frases são contundentes e indicam que ‘o aluno é...’.

PE3: [...] eles são agitados, correm o tempo inteiro, agressivos, bate nos alunos, atrapalham a professora, são distraídos e alguns ainda tem dificuldade de aprender mesmo. Depois que começou com a medicação tá uma belezinha, sabe, agora tá até aprendendo.

P6: Eles são agressivos, agitados. O tempo todo... não consegue ficar com a bunda sentada na cadeira. Sem contar que a atenção assim... você tá falando, tá olhando pro lado, não consegue fixar o olhar naquilo, não consegue se concentrar pra fazê a atividade. Então com o uso do medicamento a gente percebe que... não consegue sanar toda essa dificuldade, mas melhora, mais de 50%. [...] tenho um aluno mesmo que fala muito alto, ele grita, não que ele queira assustá os outros, mas as vezes tá todo mundo em silêncio de repente ele dá um grito na sala, então isso acaba tumultuando, né.

O diagnóstico de TDAH permite de certo modo legitimar e cristalizar a ideia que o aluno não consegue, por si só, controlar o comportamento, pois é portador de um transtorno, portanto necessita ser tratado com medicamento. De acordo com Barbarini (2011a, p. 105): “‘Ser TDAH’ indica o transtorno como uma característica ou um estado individual, diferentemente de ‘ter TDAH’, uma posse que pode ser momentânea”.

O modo determinista de perceber o sujeito com TDAH também aparece nas significações dos ‘profissionais da saúde’, no caso da psicóloga é evidenciado no momento em que faz menção ao modo como procede no atendimento do aluno que é encaminhado pelos profissionais da escola: “[...] a avaliação é presencial, a gente traz a criança aqui e faz à avaliação nela, tudo isso nos faz levantar indícios de que a criança possa vir a apresentar TDAH.” (PS). “A gente faz à avaliação nela”. Essa frase revela um olhar que localiza no aluno, o problema, portanto, por meio de um protocolo de checagem de sintomas, o aluno é diagnosticado como tendo ‘nele’ um

transtorno, o TDAH. A mesma linha de compreensão pode ser identificada no trecho: “Ela [a criança] vem até mim com as queixas da escola. O processo diagnóstico é feito pela gente. Inicia, né. Levanta-se a hipótese de que ela tenha TDAH. (PS)

A expressão ‘tenha TDAH’ é sugestiva de que o problema se encontra no corpo do aluno, não parece ser considerado o fato de que os contextos nos quais ele estabelece relações possam estar influenciando de algum modo o comportamento desse aluno.

A visão determinista do sujeito com o diagnóstico de TDAH é igualmente evidenciada na fala do neuropediatra responsável pelo atendimento clínico dos sujeitos, ao afirmar que o problema é biológico, mas que basta ser tratado.

NP: E por ser um problema biológico são problemas que precisam ser abordados tanto do ponto de vista medicamentoso quanto do ponto de vista interdisciplinar - psicólogo, fono, psicopedagoga, professor de apoio. Muitas crianças choram no consultório, porque algumas delas descobrem que a dificuldade não é porque ‘eu sou burro’, ‘porque eu não valho nada’, mas é porque ‘eu tenho uma dificuldade específica que basta tratar e eu vou conseguir dar conta da escola e da minha vida em casa’.

Entretanto ao afirmar que o TDAH caracteriza um problema biológico, que compromete o processo de aprender, pressupõe-se que a aprendizagem seja resultante unicamente da condição biológica do sujeito. Nessas condições a medicação passa a ser a condição para ele aprender. Estudos realizados há décadas têm provado que a aquisição do conhecimento pela pessoa depende de muitos fatores, como é o caso da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1996; 2011) que constitui o aporte teórico da presente pesquisa.

No entanto é igualmente importante considerar que o remédio esta devolvendo a condição social do sujeito que de certa forma foi subtraída dele, pelo problema específico que possui. Ao neuro é autorizada a condição de dar o encaminhamento e ele assume bem essa “tarefa”, ele está apenas devolvendo o sujeito para a sociedade, a partir de condições melhores de interação social, ainda que seja via medicamento, o que nós entendemos como fator de proteção.

NP: Tem muita gente por aí dizendo que as crianças tão tendo isso porque o professor é ruim, tem casos que é mesmo, mas têm casos que não. Se fosse assim eu não atendia tantas crianças da rede particular, de escolas top de linha. Onde quer que você vá aqui, as

escolas top de linha têm pacientes aqui atendendo comigo. Lá tem problemas de ensinagem? Essas escolas têm mais condições. Tem escolas que os professores fazem curso, são escolas em que a aprendizagem ela é mais exigente. Por que tem crianças ficando com lacuna de conteúdo lá? Porque algumas não é preguiça, não é pai e mãe que não dá atenção, é a criança que não consegue ter rendimento. Certo?!

Para NP o sistema de ensino privado é garantidor da aprendizagem, devido ao ensino de qualidade que disponibiliza: “Lá tem problemas de ensinagem?”. No seu entendimento não tem como a aprendizagem não acontecer, salvo se o aluno for acometido por um transtorno: “não consegue seguir o ritmo das outras crianças”.

Assim, toma como parâmetro a instituição de ensino privada e a família burguesa, para elencar situações que supostamente são garantidoras do sucesso escolar: o professor da instituição de ensino particular é bom; participa de capacitação; o ensino é exigente; o aluno que frequenta essa escola não tem preguiça; a família promove situações estimuladoras.

O participante NP parece estar convencido e pronto a convencer que o não aprender está relacionado a uma causa orgânica. No entanto se contradiz no momento que indica que o TDAH também é produzido por professores mal formados “*Tem muita gente por aí dizendo que as crianças tão tendo isso (TDAH) porque o professor é ruim, tem casos que é mesmo [...]*” (NP); quando sugere que os sintomas do TDAH são confundidos com a preguiça, ao pouco esforço da pessoa e da família.

Nesse sentido, o quadro culpabilizador do indivíduo passa a ser facilmente aceito, restando apenas uma alternativa: o tratamento do desvio. No entanto, a outra face do discurso é denunciada por Luengo (2009) de que o problema não é somente de ordem individual ou orgânica. De acordo com a pesquisadora, a construção social do sintoma é desconsiderada, enquanto que o sintoma individual é legitimado, próprio do discurso liberal que protege a instituição (família e escola) em detrimento da pessoa no coletivo: “[...] reduzindo-a a um ser que isolado deve dar conta de suas manifestações insanas que não são aceitas no âmbito escolar” (LUENGO, 2009, p. 97) e nem mesmo no familiar.

No entanto quando consideramos que a pessoa é responsável direta/exclusiva pelos modos insanos de se inserir nos contextos, desconsideramos os demais elementos que contribuem com o processo de formação humana, o que destoa dos princípios que orientam o referencial teórico adotado no presente estudo,

visto que considera o os processos que acontecem nos diferentes contextos em que a pessoa se insere, demais pessoas com quem ela se relaciona, e o tempo. (BRONFENBRENNER, 2011).

O neuropediatra ainda expressa sua preocupação em relação ao aluno que apresenta características clínicas de TDAH e chama a atenção acerca do cuidado para que a criança não sofra desnecessariamente, visto que, existem recursos disponíveis à esses alunos.

NP: Sempre assim, acho que a coisa mais importante é não deixar a criança sofrendo a toa na escola, precisa ser avaliada, ela tem baixo rendimento por algum motivo, tem que ser avaliada, ou foi na fono e a fono encaminhou pra psicóloga e veio pra mim.

Percebemos que o fato deste profissional mostrar-se atento ao sofrimento do paciente, constitui uma prática de cuidado importante, voltada ao bem-estar dos que chegam para atendimento. Isto porque o seu trabalho em conjunto com o dos demais profissionais que compõe a rede de atendimento multidisciplinar pode contribuir para que o aluno possa restabelecer suas relações com o aprender na escola e nos contextos em que se interrelaciona.

As significações dos participantes (profissionais da escola e da saúde) evidenciam as marcas do discurso determinista e associamos esse modo de atribuírem sentido à pessoa com TDAH aos mecanismos de risco, pois refletem nas relações do aluno com seus pares e com o saber. Chamamos a atenção sobre esse fato, pois essa caracterização dos adultos conota um tipo de sentença ao aluno, pois 'ser TDAH' indica um estado permanente, do qual não há como escapar, a não ser assumir a condição, em resposta a descrença de que pode agir diferente e se relacionar bem.

Nesse contexto parece ser necessária a revisão dos modos de pensar o desenvolvimento humano e o processo de aprendizagem. Se a rede de apoio existente não modifica suas formas de pensar, suas práticas estarão comprometidas, pois as suas referências formativas as norteiam.

Na percepção do grupo de 'familiares' o comportamento do filho é tão reprovável como escutam falar, porém indicam que isto está circunscrito a uma fase do desenvolvimento infantil, ligada ao brincar. Também mencionam a questão afetiva presente na relação com o filho.

F2: *Aqui ele é normal, porque num tem isso de criança que num faz arte na vida, né?*

___ *Que de arte ele faz?*

___ *Talvez ele vê uma frutinha bunita lá ele num espera a frutinha madurá (risos da mãe) vai e pega, não tem paciência de esperá, né. Ele cóie. Na hora a gente fica bravo com ele, daí ele não fai mais tamém. A gente falô com ele, conversô com ele, ele entende.*

F9: *Diz que morde os aluno, que não sei o que... Muito diferente, em casa ele não é assim. Ele é carinhoso. Ele gosta de carinho, sabe. Ele brinca memo... mais artero assim, num é não. Porque tem criança que vô te contá, né. Tem criança que é a pior criança, é artera, faz arte, e briga com um e batê notro e quebra o telhado do vizim... Você sabe disso. Eu também fui criança. Pensa numa criança artera que eu era, hein. Vixi. Só hoje eu sô uma pessoa normal, acredito que são fases.*

Observamos também que os familiares não associam o comportamento do filho a um tipo de disfunção biológica que demanda tratamento médico. Inclusive F9 solicita que os outros sujeitos também vejam os aspectos positivos que estão presentes na relação que estabelecem com seu filho. Nesse mesmo sentido indica que a mudança de comportamento e desenvolvimento humano advém da passagem do tempo, o que é validado pelo referencial teórico que adotamos para pensar sobre o desenvolvimento humano.

Entendemos que esse discurso passa a ser reproduzido em decorrência do contato com pessoas que adotam o discurso biologizante nas relações que estabelecem com seus pares, que pode ser a partir da fala dos profissionais da escola, ou mesmo dos profissionais fora da instituição escolar para os quais seus filhos são encaminhados para atendimento.

F3: *Daí eu coloquei ele no prézinho com quatro ano, na creche. Daí ele fazia muito dano, sabe?*

___ *O que é fazer dano?*

___ *As veiz chegava lá: 'Ah o guri mordeu o fulano'. Outro dia chegava lá: 'Ah o guri bateu no cicrano'. Daí saiu do prézinho e foi pra escola. Daí na escola ficou no primeiro ano, mas só bagunça, só fazia bagunça. Daí a professora um dia chamô e falô assim: 'Você tem que ir lá pra vê o quê que a gente vai fazer com o guri. Eu levava ele até o portão né. 'Amanhã uma hora você vem aí na secretaria pra gente conversa sobre o guri. Daí fui - ele já tava com seis ano, e eles falaro assim: 'O seu muleque tem pobrema. Você sabe se ele tem pobrema?' "Ah eu não sei, nunca ninguém falô nada pra mim".*

F6: *Daí quando ele fez cinco aninhos, quando ele começou a*

frequentar o prézinho, aí foi que nós descobrimos que ele não parava na sala e não queria ter interesse por... escola. [...] ele gostava de ir, mas pra conversar cás crianças, pra conversar com os adultos, pra ficar com a diretora. [...] Em casa não parava.

F8: *Ele começou com esse comportamento ruim dele desde que ele entrô na escola. Era todo dia eu na porta da escola. (risos)*

— *E o que você chama de comportamento ruim?*

— *Deus me livre! Ninguém aguentava. Ele brigava com os aluno, dava chute nas professora, de tudo um pouco.*

F3, F6 F8 relatam que frequentemente eram chamadas na escola em razão do comportamento inadequado da criança e é nesse contato com a escola que eles “tomam consciência de que o filho tem problema”. A procura por ajuda foi motivada pelo ingresso da criança na escola, indicada a necessidade de procurar ajuda de profissionais especializados. Sobre o fato de a família não perceber o comportamento ‘anormal’ apresentado como assunto médico, Luengo (2009) faz a seguinte observação:

Os pais, influenciados pelas queixas dos educadores, passam a procurar por ajuda médica e psicológica com o intuito de sanar tais comportamentos considerados *anormais*, o que acarreta na medicalização, que surge como principal meio de “solucionar” o problema. (LUENGO, 2009, p. 15)

Na hipótese de a família recusar ajuda, ela passa a ser interpretada como negligente e isso demanda inclusive intervenção do Ministério Público: “essa história foi pro Promotor, xixi tem uma longa história nem é bom mexê com isso” (F2). Tal como sugerido por Luengo (2009), a solução do problema do aluno categorizado como anormal parece ser relativa, visto que ele não é de fato solucionado, mas remediado no sentido estrito da palavra. Isso porque os sintomas do transtorno é que passam a ser objeto de tratamento e não as suas causas.

De acordo com Ribeiro (2013), a estratégia de compreender a não aprendizagem pela perspectiva das faltas e falhas localizadas no aluno evidencia uma leitura descontextualizada da realidade e da complexidade que o processo de escolarização alcança, pois os fatores pedagógicos, relacionais, políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos também precisam ser considerados.

O saber médico, compreendido como o domínio de saber que historicamente vem abarcando toda a amplitude dos problemas da

saúde humana, se materializa em práticas discursivas específicas que têm definido o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento. (FERRAZA; ROCHA; ROGONE, 2010, p. 382).

Segundo a autora evidencia-se uma tendência normativa que denuncia a existência de um controle social, presente nas relações humanas. Os conflitos psíquicos são interpretados pela medicina como algo que requer tratamento, pois sinalizam patologias que impactam negativamente a convivência entre as pessoas.

Nesse sentido aos refletirmos sobre a presença dos fatores de risco e proteção presente nos contextos a partir das interrelações que os sujeitos estabelecem, percebemos que as falas de alguns familiares contrapõem-se àquilo que os profissionais da escola e da saúde afirmam acerca da criança, pois não confere com a imagem que é descrita sobre o filho que têm em casa. No entanto elas apontam mais do que contradição, elas indicam que na percepção da escola o filho/aluno não se adéqua às condições de normalidade criadas pela escola, as quais ‘materializam’ o aluno ideal.

Entendemos que a postura dos pais de chamar a atenção, explicando as consequências do ato reprovável constitui proteção e evidencia que de fato rever as práticas educativas constitui uma boa estratégia para a mudança de comportamento que podem melhorar as relações interpares.

No entanto o modo como é conduzida a identificação das dificuldades do aluno, a queixa, a apresentação da necessidade de buscar atendimento especializado, nos parece risco, pois falta relação entre os distintos elementos envolvidos o que se alinha ao que já discutimos como risco acerca da rotulação e do tipo de diagnóstico e encaminhamento feitos. Os dados indicam que aos pais é apresentada a busca pelo diagnóstico e pelo laudo do neuropediatra não como alternativa, com direito à escolha, mas é possível inferir que o laudo está atrelado à condição de acesso e permanência do aluno na escola.

F1: Ele estudava a tarde, daí passei prá de manhã, mais daí essa de manhã que começô, né... sabe as pessoa que, né:

__ Não porque você tem que levá esse menino... Ah, primero começô com a psicóloga... levá ele pra psicóloga. E a psicóloga lá que marca:

__ Esse menino aqui precisa dum... passá pelo neuro. Aí foi aí que começô a história da Ritalina na vida dele. Até que foi pro psicólogo... Elas mesmo marcaram e disse que eu tinha que ir acompanhar e tudo. Eu fui. Daí quando ela falô assim que era pra procurá o neuro...

Eu não tomei iniciativa não, deixei rolá, isso foi durano, durô mais de três meses, daí fiquei, fiquei... Não queria levá. Daí chegô um dia que ela falô assim:

__ Não, você tem que procurá e tal. Daí elas mesmos marcaram porque tinha que ser pago 180,00 reais, eu falei:

__ Eu não vô pagá, eu não vô mexê com nada... já que tão, tão incomodada com ele não vô tomá providência nenhuma, não fui atrás de nada.

O poder do laudo confere às partes envolvidas no processo diagnóstico uma sensação de missão cumprida, pois têm como função “acalmar os conflitos que um aluno que não-aprende-na-escola gera” (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 10). Entretanto de certo modo o laudo médico também representa risco ao aprender, pois ele substitui o sentimento de impotência e frustração do professor e dos pais ou responsáveis, pela ‘compreensão’ das razões acerca do atraso do aluno e do comportamento que destoa dos demais alunos da sala de aula. O efeito tranquilizador conferido pelo laudo às relações pode assim comprometer o processo de aprendizagem, ‘simplesmente’ porque não há o que ser feito e as relações passam a ser remediadas.

A percepção dos ‘familiares’ acerca dos filhos no microsistema familiar revela aspectos protetivos:

F2: __ O que ele pega pra fazê ele faiz. Tem dia que eu tô meio ruim cascosta doeno, ele limpa casa pra mim, ele arrata sofá - porque tem força, né. Ele limpa tudo, pergunta pra gente se tá bom o serviço, se falá que farta mais alguma coisa ele vai e faiz e num reclama.

F3: Agora ultimamente os caderno dele anda uma maravilha. É... uma maravilha os caderno dele... o material dele tá bem zelado. Dá um dinheiro pra ele. Sabe o que ele sabe fazer? No mercado... Você fala: ‘Vai no mercado e traz isso, isso e isso ele conta no dedo assim... se passa de seis ele não sabe mas até seis ele faz certim’. Pro mercado é uma belezinha.

F10: __A única coisa que eu sei que ele gosta, que ele sabe fazê, é mexe com carro. Mecânico. É a única coisa que ele faz bem feito. É uma coisa que presta atenção, que ele gosta. Então eu acho que ele se dedica. Mais só.

Consideramos protetivos, pois os familiares relatam os feitos de suas crianças como importantes aspectos que estão presentes nas interrelações e são por eles qualificadas como positivas, as quais parecem dar sentido de equilíbrio.

Entretanto para elencar o que fazem bem, são citadas atividades ou tarefas possíveis de serem realizadas por crianças bem menores que eles, tais como brincar e realizar atividades de interesse do ambiente doméstico, como organização da casa e cuidar do irmão. Nessas atividades, se reconhece que o aluno é motivado, interessado e concentrado, o que nos faz questionar: o fato de possuírem condições para realizar atividades como a organização de ambientes não seria um indício de que tais habilidades poderiam ser melhores aproveitadas pela escola? Um transtorno de 'ordem biológica' poderia atuar em uma e não em todas as tarefas?

Em nosso entender, as disposições geradoras que aparecem em atividades não escolares poderiam manifestar-se nas escolares. O que impede que isso ocorra? A fala de F3 indica inclusive o entusiasmo do adulto em relação aos avanços escolares da criança. Isto revela comprometimento do responsável pela criança com seu desenvolvimento escolar.

Em contrapartida os familiares (F1 e F8) apontaram aspectos observados na relação com os filhos que nos parecem soar como risco ao processo de aprender:

F1: __ Ai pai do céu. Ah escová dente ele não escova direito... a roupa ele troca. Agora cabelo... essas coisa, por sapato, a gente tem que por, não sabe amarrá cadarço, é... Tem que tá ensinando, tudo... ah mais acho que é... As únicas coisas mesmo que ele faz é... Ah os desenho dele mesmo né.

*F8: __ Ele gosta muito de sortá pipa.
__ Isso ele faz bem?
__ Sorta nada. Sai com uma pipa e já enrosca no fio. Não fica nada na mão dele, de minuto em minuto tá quereno dinheiro pra compra pipa. Não vence fazê. Eu faço, eu que faço pra ele. Mas não vence.*

A fala de F1 parece sinalizar o desconhecimento de que a autonomia é desenvolvida nas relações, o que pode ser permeada por 'erros'. Entretanto, faz sentido que a mãe identifique comportamentos que estão aquém das capacidades esperadas por uma criança de 6 anos. Não temos dados de que nas interações dessa criança na família, posturas mais independentes sejam incentivadas.

Tal grau de dependência da criança pode estar associado à ausência de atitudes encorajadoras nas práticas educativas, o que não se circunscreve ao TDAH. Nesse sentido, lembramos que a aprendizagem decorre das interações, que por sua vez irão modificar as próximas interações da pessoa (A1) e este processo de

respeito à construção da autonomia do sujeito não deve ser exclusividade da criança com TDAH.

O modo como F8 atribui sentido ao erro nas interações com o filho, também chama a atenção, como se ele fosse constante e problemático, em razão das tentativas frustradas da criança. A forma de significarem o erro pode ser prejudicial quando a criança/adolescente passa a acreditar que ela constitui uma fonte de insucesso e que, por isso pouco adianta persistir, o que pode impactar o enfrentamento de adversidades e situações problema e a tentativa de acerto pode deixar de ser interessante.

A aprendizagem na percepção dos sujeitos entrevistados aproxima-se mais de um ato meramente espontâneo do que de um processo, que pode ser decorrente de diversas vias: observação, tentativa e erro, repetição e insucesso. O que parece escapar à compreensão dos participantes (F1 e F8) é que o erro pode significar um elemento positivo para o processo de ensino-aprendizagem:

Quando associamos erro e fracasso, como se fossem causa e consequência, por vezes nem se quer percebemos que, enquanto um termo – o erro – é um dado, algo objetivamente detectável, por vezes, até indiscutível, o outro - o fracasso – é fruto de uma interpretação desse dado, uma forma de o encararmos e não a consequência necessária do erro. (CARVALHO, 1997, p. 12).

O autor chama nossa atenção sobre os riscos de adotarmos a correspondência entre erro e fracasso, visto que o segundo termo indica o resultado da leitura que a pessoa realiza acerca do erro, ao mesmo tempo em que conota a incapacidade da pessoa para o aprendizado e de sucesso na realização de determinadas atividades. O fracasso, portanto, corresponde ao ‘fracasso da pessoa’, ou seja, está localizado no sujeito, o que apaga a possibilidade de ser interpretado como processo que pode favorecer a construção da aprendizagem.

As falas não evidenciam em sua maioria, inferência aos saberes correspondentes ao processo de aprendizagem que possam remeter às habilidades cognitivas, como, por exemplo, “ele é dedicado”, “ele é persistente”, concentrado nas atividades escolares. A ausência dessa percepção acerca do funcionamento do aluno nas demandas escolares pode ser traduzida como risco às interações que a criança estabelece com seus pares na família.

Quanto aos alunos, buscando apreender suas percepções acerca do processo de aprendizagem, lhes perguntamos se tinham dificuldade para aprender. Afirmaram sentir dificuldades referentes à língua portuguesa, operações matemáticas, sequência numérica e leitura.

A2: [...] Matemática, Ciências, Geografia pra mim é tudo fácil. A única dificuldade que eu tenho é Português e a letra mesmo, é um pouco meio garranchada.

*A3: Só de vez em quando na escola tem umas coisas...
 — Como o quê?
 — Continua... eu tenho preguiça...
 — É preguiça ou dificuldade?
 — Dificuldade.
 — Você acha que você vai aprender a ler?
 — Sim.*

As respostas nos permitem observar que estes sujeitos demonstram ter expectativas positivas em relação à possibilidade de aprender. Estas expectativas representam aspectos importantes para a análise dos processos e o modo como se relacionam consigo mesmos e com a aprendizagem na escola. A constatação de que pode se apropriar do conhecimento indica a presença do sentimento de confiança de que pode superar as dificuldades com que se depara na sala de aula, em termos de conteúdos escolares e aprender.

Entretanto não podemos deixar de considerar que as dificuldades apontadas pelos alunos remetem a si mesmos e não ao modo como o professor trabalha o conteúdo em sala de aula. Ao que parece tomaram para si a responsabilidade por não aprender o que lhes é ensinado: “a dificuldade que eu tenho”; “Eu tenho preguiça”.

Ao pedirmos que nos contassem como achavam que eram vistos pelos adultos, a fala de A8 nos chamou a atenção pelo modo como significa os processos que favoreceram o seu encaminhamento para a APAE e sua permanência naquele contexto.

A8: [...] daí eu não era assim... eu era calmo daí... daí a professora...ninguém reclamava de mim... ficava falando que eu era bonzinho e não sei o que... daí entrou outra diretora lá... ela... eu nem fazia bagunça... daí ela falava assim que tinha que me mandar pra APAE, daí eu fui lá na APAE lá e daí eu fiquei um tempo lá e comecei ser assim...

Na fala de A8, os feedbacks das interrelações no contexto escolar parecem indicar a presença de marcas positivas na escola regular e negativas na escola especial, que refletiram o modo de inserir-se nos contextos e de se perceber como pessoa. Recorda que o tratamento em relação se modificou de um ambiente escolar para outro. Ele indica que a diretora anterior favorecia a relação com seus pares. As marcas positivas estão relacionadas ao modo como era percebido pelos adultos, naquele microssistema.

Ter a imagem associada a aluno 'bonzinho' parece significar que era bem visto e querido, pois não reclamavam a seu respeito. Contudo as marcas negativas podem ser decorrentes do processo de diagnóstico e encaminhamento para a APAE, bem como a experiência de ser excluído da escola regular sem que houvesse uma preocupação de fazê-lo entender as razões para isso.

O emprego de rótulos para definir a pessoa com diagnóstico de TDAH revela o resultado de um processo de estigmatização social: é agressivo, é agitado, é desatento, ou ainda quando é internalizado pelo aluno/paciente a ideia de incapacidade de mudança e controle do comportamento, 'eu sou assim mesmo, não tem como mudar', o que tão somente 'confirma' o discurso de que o transtorno corresponde a uma disfunção orgânica que exige o uso de medicamento.

Como mencionamos, a resiliência consiste no equilíbrio entre os mecanismos de risco e proteção. Contrapondo essa análise, em relação à pessoa com TDAH, percebemos a presença dos riscos decorrentes do modo como ela é significada por seus pares. As práticas reforçam e legitimam a condição de desviante e muitas vezes limitam as possibilidades de enfrentamento às adversidades do cotidiano e de relacionamento da pessoa. O uso do medicamento nos contextos pesquisados representa proteção aos seus pares e a si mesmo.

10.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NO ENCAMINHAMENTO DO ALUNO

De acordo com o aporte teórico adotado neste estudo, o processo corresponde ao mecanismo definidor do desenvolvimento humano, consideradas as interações progressivamente mais complexas ao longo do tempo com outras pessoas (família e escola), objetos (conhecimento) e símbolos (discursos) presentes no ambiente imediato, no caso o microssistema familiar e escolar

(BRONFENBRENNER, 2011). Os sentidos atribuídos a essas relações influenciam o modo como o aluno significa o seu mundo e o reestrutura à medida que se desenvolve.

Como discutido anteriormente, os processos proximais produzem efeitos de competência ou disfunções que se manifestam nas esferas cognitiva, social, afetiva e direcionam a qualidade das relações que a pessoa estabelece com seus pares.

Já foi mencionado que o processo diagnóstico ao qual o aluno com TDAH é submetido, geralmente decorre das tensões evidenciadas no relacionamento com seus pares (nos microsistemas familiar e escolar), as quais acarretam prejuízos às relações interpessoais e ao saber escolarizado.

As queixas da família e da escola, somadas à necessidade de buscar ajuda, resultam no encaminhamento do aluno para profissionais especializados. Todavia, esse percurso é influenciado por um conjunto de significados que os sujeitos envolvidos atribuem ao processo diagnóstico, os quais muitas vezes direcionam os modos de fazer e compreender esse processo.

Segundo o relato do grupo 'profissionais da Educação' o processo diagnóstico contempla 8 etapas que se complementam: 1. Escuta da queixa; 2. Produção de relatório pelo professor acerca das queixas; 3. Encaminhamento do aluno para a Coordenação pedagógica da escola; 4. Anamnese do aluno entrevistando a família; 5. Encaminhamento do relatório para os profissionais da equipe multidisciplinar da educação (psicólogo e fonoaudiólogo); 6. Psicólogo e fonoaudiólogo sugerem intervenções, destinadas à sala de aula regular ou encaminhamento para a Sala de Recursos Multifuncionais ou Classe Especial; 7. Nova avaliação do aluno (equipe multidisciplinar) em caso de permanência da queixa; 8. Encaminhamento para o neuropediatra - profissional autorizado a fechar o diagnóstico de TDAH e prescrever o medicamento caso seja necessário.

Posto isto, passamos a discorrer acerca dos significados produzidos pelos diferentes grupos de participantes (Profissionais da Educação, Saúde, Familiares e Alunos) em relação ao processo diagnóstico e os fatores de risco e proteção presentes nas interrelações que o constituem.

10.2.1 Significados produzidos acerca da rede de atendimento e encaminhamento

As significações dos 'profissionais da educação' anunciam a existência de uma rede de apoio e procuram assegurar que os encaminhamentos aos 'profissionais da saúde' só ocorrem após 'observarem bem' o processo de aprender do aluno na sala de aula e realização da anamnese com a família. Os protocolos de entrevistas abaixo evidenciam essa questão.

PE5: [...] a professora dentro de sala de aula ela vai conhecer os alunos, observando e anotando [...] Depois que ela observou bem o aluno e viu que tem muita dificuldade. Daí ela passa para o orientador, que sou eu. Eu chamo a mãe. Primeiro eu faço uma entrevista com a mãe, é uma anamnese [...] Nós encaminhamos só quando... depois de muita investigação, de muita observação, que a gente observa que o aluno não aprende, que o aluno não pára, daí que é encaminhado. No caso para psicóloga, fonoaudióloga e neuropediatra.

P6: Primeiro a gente vê a dificuldade de aprendizagem do aluno. Quando você vê que o aluno não teve resultado, você conversa com a coordenadora, [...] daí ela faz um relatório, chama os pais pra fazer uma anamnese. Daí encaminha então pra psicóloga. Aquele aluno que já foi com a psicóloga, ela já avaliou, fez uma avaliação mais profunda com ele, voltou pra sala, o aluno continua com aquela dificuldade de concentração, que o professor percebe uma distração. Aí você já sente a necessidade, né... a falta de medicamento, uma forma dele se concentrá.

A ação do professor somada à ação do pedagogo (anamnese junto à família) pode minimizar as possibilidades de um encaminhamento desnecessário para os profissionais da saúde. Consideramos que o processo de sondagem realizado por estes profissionais pode favorecer a localização de dificuldades que não tinham sido percebidas nas interações com o aluno no cotidiano ou confirmar a ideia de que ele realmente precisa de atendimento especializado, o que nos faz crer na possibilidade de que as ações destes profissionais constituem proteção.

De acordo com Poletto e Koller (2008) os fatores de proteção são relevantes ao processo, pois eles permitem contrabalançar o risco que a circunstância favorece, de modo que a trajetória da pessoa possa ser alterada e assim desenvolver condições de produzir uma experiência de cuidado e superação.

Em conversa com a psicóloga, ela nos relatou que a ênfase no atendimento está nas Dificuldades de Aprendizagem, pois as outras demandas que surgem são

repassadas para outros profissionais da psicologia que atendem no município:

PS: Bom o meu trabalho é direcionado para DA, né. Então, o maior número são, exclusivamente, dificuldade de aprendizagem. Quando surge uma DA (dificuldade de aprendizagem) é encaminhada a criança. Eu faço uma avaliação para desenvolver o diagnóstico e fazer os encaminhamentos necessários.

De acordo com este profissional seu trabalho consiste em avaliar o aluno e realizar o “[...] aconselhamento aos pais, de professores, acompanhamento acadêmico, é dessa forma” (PS). Verifica-se que assim como os profissionais da escola, PS tem o cuidado de investigar o que pode estar acontecendo no processo de aprendizagem vivenciado pela criança no ambiente escolar e às mãos do neuropediatra, chegam as hipóteses diagnósticas descritas nos relatórios dos profissionais da escola, da psicóloga e da entrevista com a família.

O neuropediatra comenta que no atendimento que realiza, geralmente tem o cuidado de conversar com o paciente, para que o sentimento negativo que geralmente é associado à consulta médica possa ser amenizado. Relata também que se dirige à mãe para que ela explique o que acontece com a criança nas relações que estabelece com seus pares – família e escola.

NP: Primeira coisa, a criança fica acuada, porque não gosta de vir no médico, né. Tem muito aquela visão de que vai ser picada, que vai ser maltratada, né. Então eu tenho o hábito sempre de cumprimentar os pacientes pequenos, a partir daí eles relaxam. Segundo, a mãe me conta tudo, mãe, pai ou cuidador que mais fica com a criança, ou os profissionais que muitas vezes vem junto com os pais, mas na consulta neuropediátrica quem fala mais são os adultos, né, que é quem tem maturidade pra falar alguma coisa, também.

Diante da narrativa de NP, parece ser importante que a relação médico-paciente seja constituída na confiança e segurança, visto como uma condição ao sucesso no tratamento. Nesse sentido o cuidado do profissional em afirmar que procura estabelecer vínculo com seus pacientes (crianças e adolescentes), pode ser considerado fator de proteção.

No entanto, é preciso considerar de algum modo, os sentimentos e impressões que a própria criança e o adolescente têm daquilo que vivem, para que não se percebam a margem de um processo de acompanhamento e de intervenção que lhes diz respeito diretamente. O processo de reconhecimento do sintoma na

maioria das vezes 'precisa' ser rápido e a busca por formas diferenciadas de atendimento demandam mais tempo de consulta ou até mesmo mais de uma consulta.

Contudo durante nossas conversas com os alunos, eles evidenciaram habilidade de comunicação, espontaneidade e entrosamento, características que podem facilitar a sua interação junto a outras pessoas e favorecer os processos proximais.

Seria igualmente um equívoco de nossa parte desconsiderar que a 'urgência de atendimento', a quantidade de atendimento diário deste profissional (neuropediatra) e o tempo da consulta constituem entraves à mudança no modo como os atendimentos geralmente acontecem e pode constituir risco.

Ainda em relação ao atendimento NP acrescenta que realiza aconselhamento aos pais e orientação à escola sobre como proceder em favor do tratamento.

NP: Sim, não é só aconselhamento. Então o que eu faço? Eu faço orientação de como lidar com as crianças, com essas crianças. Oriento a escola como lidar, como direcionar a parte pedagógica, tudo bem que esse não é bem o meu papel, mas acaba sendo porque a escola não sabe o que fazer. Na maioria das vezes então, eu tenho que dar as orientações. Passo sites, livros, links que pode entrar pra aumentar o seu nível de conhecimento.

A fala do participante revela o tom de compromisso com o paciente, que está em tratamento, ao relatar que orienta a escola sobre como direcionar as questões pedagógicas do professor. Podemos considerar que a atitude de NP em relação a prestar atendimento aos profissionais da educação constitui um fator de proteção, pois reconhece que de posse de conhecimentos científicos acerca do TDAH possam realizar um trabalho melhor.

Sobre essa questão, é possível às discussões de Arroyo (1985) e Gatti (2010) que alertam para um processo excludente que impede que os professores e demais profissionais da educação tenham acesso à capacitação, material de qualidade, direito de discutir criticamente o sistema, suas práticas e procedimentos políticos no interior das escolas.

Outro aspecto a ser destacado é o fato de que oferecer uma indicação bibliográfica, emprestar um material, abre espaço para que médico e professor,

médico e pedagogo estabeleçam uma via de discussão que por certo favorece o atendimento ao aluno e à família.

Indagamos os ‘profissionais da saúde’ acerca da frequência dos atendimentos aos alunos que apresentam queixas relacionadas à aprendizagem e, suas falas nos indicaram que ele é esporádico. De acordo com a psicóloga, são condicionados pela necessidade de atendimento que se manifestam no cotidiano escolar.

PS: Eu faço acompanhamento com as crianças, a medida em que... não existe um tempo, mas a medida que é necessário, que a professora, a diretora percebe que existe alguma intercorrência e que é preciso então retornar. Eles retornam. Eu não faço atendimento clínico. Eu faço o atendimento de acompanhamento da dificuldade de aprendizagem, orientação aos professores com respeito às crianças, diagnóstico.

NP: Em média de dois a quatro meses de retorno, depende de cada caso, se tem que vir logo, vem logo, se tem que vir mais pra frente, vem mais pra frente. Peço que a criança volte com relatório escolar, se ela estiver sendo acompanhada por algum profissional – relatório psicológico, fonoaudiológico, etc. pra eu ver a evolução, pra ver se o meu tratamento tá trazendo efeitos positivos, benéficos, ou se eu tenho que fazer alguma modificação na dosagem, ou eu tenho que buscar um outro caminho.

Para PS, o fato de não clinicar e realizar “aconselhamento aos pais e professores” parece dispensar a necessidade de realizar atendimento sistematizado, pois sua função é focar no diagnóstico e oferecer suporte aos professores cujos alunos apresentam queixas referentes ao não aprender.

Em relação ao acompanhamento NP declara que inicialmente as consultas possuem intervalos regulares que variam entre dois e quatro meses e passam a ficar mais espaçadas, a depender das demandas apresentadas pelo aluno. Apresenta uma possibilidade de rever a dosagem, de verificar a evolução do tratamento ofertado ao aluno.

Essa postura merece destaque, pois ainda que o tratamento não ocorra de forma contínua, com acompanhamento semanal, com trocas contínuas entre os profissionais envolvidos, a família e o aluno revelam uma preocupação de continuidade, de verificação da evolução do tratamento. Essa postura proativa em direção a um atendimento multidisciplinar pode desencadear ações que constituam fatores de proteção nesse contexto.

De acordo com a perspectiva bioecológica, as intervenções supõem atividades regulares que devem acontecer em períodos prolongados de tempo, para que seja possível pensar o desenvolvimento humano. Quando as atividades são irregulares e descontinuadas, elas inviabilizam a formação de vínculos entre as pessoas e a promoção do desenvolvimento pode ser comprometida (YUNES; JULIANO, 2010).

Nesse sentido, as ações descontinuadas de acompanhamento do aluno por parte do psicólogo e do neuropediatra podem ser associadas a fatores de risco, impedindo que os avanços e conquistas do paciente, sejam conhecidos. É por essa razão que Bronfenbrenner faz alusão ao exo e macrosistema indicando que as políticas públicas devem ser favorecedoras da formação de redes de apoio. No caso deste estudo, as ações dos profissionais da saúde e da educação são norteadas por políticas que não favorecem constituição de redes, embora haja vários profissionais envolvidos no atendimento. Por exemplo, a fala de PS evidenciou que é a única profissional que atende casos relacionados à aprendizagem, assim como um único neuropediatra para atender a vários municípios. Em nossa conversa este profissional relatou que recebe alunos em quatro consultórios localizados em diferentes cidades, o que sinaliza a sua demanda de atendimento.

A estratégia de convênio foi o meio encontrado pela Secretaria de Educação, do município em que realizamos a pesquisa, para que pudesse atender pelo menos os casos mais urgentes, visto que o município não possui um profissional da neuropediatria para atender os casos que chegam das escolas.

Esse processo colabora para que o acompanhamento seja percebido como esporádico. Se por um lado a falta de profissionais da medicina (neuropediatra) contratados constitui-se como representativo de risco ao processo, por outro a iniciativa do município em aderir ao convênio intermunicipal constitui-se como fator de proteção ao processo, mesmo que a demanda de atendimento do neuropediatra seja expressiva e torne as consultas e retornos dos alunos/pacientes espaçadas.

Questionamos os participantes acerca das trocas de informações com a família e com os profissionais da saúde envolvidos no processo diagnóstico, além do professor. Alguns entrevistados declararam que há familiares que estão preocupados com o filho, ao passo que outros não percebem essa necessidade.

PE2: Da família não, igual eu falei pra você são aqueles alunos que a

família é desestruturada, né. Já não está nem aí com o filho, é naquela família desestruturada que acontece isso, eu não vejo no aluno que tenha uma família normal – pai e mãe, uma família bem estruturada que tenha esses casos, ou então esse comportamento do aluno é familiar, né.

PE3: Alguns pais vêm e falam que depois do uso do medicamento melhorou, pois os outros são mais alheios assim. Isso vai muito de classe também, as daqui desta escola, geralmente os pais percebem e vem conversar com a gente, quando é de uma escola mais carente, os pais nem fazem muita questão.

P4: Nas reuniões quando tem ele vem. Mas quando eu chamo também ele vem. Mas de vez em quando ele vem também, sabê... Então, ele é um pai preocupado, bem presente.

P6: [...] sempre eles estão me mantendo informada das alterações, o que acontece em casa, pra mim ter noção do que acontece na escola, pra ver se o comportamento é parecido, ou se teve alguma alteração, alguma mudança. A gente tá sempre mantendo contato, sim. [...] De um aluno pelo menos, né - eu posso te dizer assim, a mãe é bem participativa. Às vezes ela até me encontra na rua e fala: "Oh professora, tá assim, assim sabe... ta funcionando assim". A gente tá sempre... em todas as reuniões que é feito na escola ela vem. Ela não falta, sabe. Sempre que precisa a gente liga pra ela, chama, ela vem na escola. É uma mãe bem presente bem participativa nesta parte.

Para os participantes, a troca de informações com a família a respeito do aluno com TDAH nem sempre acontece, devido à sua configuração e condições objetivas. A crença arraigada nos pólos 'família estruturada: pai, mãe e filhos X família desestruturada: outros arranjos familiares' é a explicação dada pelos professores para a inexistência de um processo coeso no acompanhamento do aluno. De acordo com PE2, o problema de 'comportamento do aluno' é familiar, ou seja, o TDAH lhe parece relacionado a um estado de coisas que favorece o mau comportamento, decorrente dos conflitos que ele vivencia nesse contexto. Patto (1992) faz referência a esta questão, ao denunciar o discurso da carência cultural.

Esta representação pejorativa dos pobres, gerada do lugar social da classe dominante e em consonância com seus interesses, foi encampada pela Psicologia e pode ser encontrada na teoria da carência cultural quando ela afirma que o ambiente familiar na pobreza é deficiente de estímulos sensoriais, de intervenções verbais, de contatos afetivos entre pais e filhos, de interesse dos adultos pelo destino das crianças, num visível desconhecimento da complexidade e das nuances da vida que se desenrola nas casas

dos bairros mais pobres. (PATTO, 1992, p. 111)

Neste fragmento a autora chama a atenção para o fato de que, à medida que esse discurso ganha espaço e se fortalece, ele também evidencia o quanto a escola como instituição educativa se desresponsabiliza pelo processo de escolarização. Tais formas de pensar sinalizam risco ao processo de aprender, pois é naturalizada a ideia de que 'não dá certo' e que investir esforços nesse sentido é em vão, dadas as características tipificadoras que a família possui: desestruturada e carente economicamente.

Ao contrário dos pedagogos, os professores percebem a família como parceira no processo de troca de informações acerca do aluno com TDAH. P4 coloca que os comparecimentos do pai do seu aluno não se resumem às solicitações da escola, e assim o caracteriza como um pai presente e preocupado. P6 lembra que as trocas acontecem até mesmo fora do espaço escolar e também associa a família ao tipo presente e participativo. Essa forma de perceber a família ajuda a desconstruir a ideia que a deprecia e a desqualifica.

No que tange à comunicação entre os profissionais envolvidos no processo diagnóstico, os pedagogos declararam que, no caso do professor, elas acontecem a partir do repasse de informações (reuniões), com o psicólogo tanto pessoalmente, a partir de visitas à Secretaria Municipal de Educação, como por meio de relatório, reuniões e recados e com o neuropediatra pela via de relatório. Os professores confirmaram estas informações em relação ao psicólogo e em relação ao neuropediatra destacaram que ela fica restrita àquilo que o relatório permite 'conhecer', cujo conteúdo é repassado pelo psicólogo (P5).

PE4: [...] a gente sempre tá em contato com a família, com a psicóloga e com o neuro fazendo relatórios, marcando consulta, sabendo como que tá na casa. [...] Tá tomando o medicamento certinho? É... tá havendo melhora na parte do comportamento? Então a gente tem essa troca, com a família a gente conversa mesmo né... com a psicóloga eu converso e envio os relatórios e com o neuropediatra é relatório.

P4: Nós fizemos um parecer nosso, mas dizer assim que eu li um do psicólogo ou do neuropediatra que atendeu ele e mandou pra nós, não, nunca li.

P5: Olha pra ser sincera eu não tenho muito contato com a psicóloga

não. Mas como que é o meu contato com a psicóloga? Eu mando um relatório pra PS1, sobre aquela criança. Já o neuro das minhas crianças sinceramente eu vô falá pra você eu não sei quem é. [...] quando eles vão eu tenho que fazê um relatório pro neuro: 'A partir de que o aluno começou a usar o remédio como que eles estão em sala de aula'. [...] Então, o contato que eu tenho é esse.

Como mencionado por PE4, P4 e P5 o relatório constitui o instrumento que sustenta a relação entre os 'profissionais da educação' e 'profissionais da saúde', visto que nem todos conversam e se encontram face a face. Os dados evidenciam que a comunicação existente (via relatórios) não é suficiente, e que fica claro o descontentamento sobre essa forma de comunicação.

Esse instrumento utilizado pelos profissionais permite apresentar as percepções dos profissionais acerca do aluno avaliado e descrever a intervenção necessária sem que as informações se percam. No entanto, o conteúdo das trocas parece girar sobre a melhoria do comportamento do aluno e o uso do medicamento, como se o aprendizado fosse consequência apenas do bom comportamento em sala.

Entendemos que o relatório tem muitos pontos positivos quando ele favorece o planejamento do trabalho, ao apresentar o que já foi feito, as intencionalidades de intervenção e as demandas e nortear as discussões conjuntas. Entretanto, não substitui as trocas interpessoais, o contato entre os profissionais em nome de uma compreensão mais ampla do sujeito. Em outros termos, ele vai nortear as ações e aliar-se ao processo de avaliação, mas é preciso não perder de vista o que são registrados:

[...] em uma folha de papel comportamentos e desempenhos individuais por meio de palavras que não são da criança e com o objetivo de que ela seja avaliada. Retratadas em um documento, as crianças podem ser diagnosticadas, vigiadas e controladas não só por professores e pais, mas principalmente por profissionais de saúde [...] (BARBARINI, 2011a, p. 110).

Nessa perspectiva, esse instrumento, apesar de encurtar a distância entre os profissionais, assume o sentido de controle sobre o comportamento da criança e reduz a necessidade de que ela tenha voz no processo diagnóstico, o que favorece a anulação do sujeito (BARBARINI, 2011). A observação da pesquisadora nos ajuda a pensar no fato de que nem sempre o relatório é utilizado em favor do

desenvolvimento da pessoa, no caso, quando assume a função de controle do corpo.

É importante também considerar que as críticas indicadas por P5 e P4 em relação às trocas existentes entre estes profissionais evidenciam o modo que os professores participantes significam essa relação, o que nos parece uma forma de rejeição à conformação hierárquica, descrita por Barbarini (2011a, p. 94).

As hierarquias entre profissionais e - profissionais e leigos remetem a relações desiguais de poder em termos de conhecimento legítimo e a uma autoridade médica. Entretanto, para que o saber, o discurso e a autoridade do psiquiatra se estabeleçam efetivamente, passa-se por um processo de consentimento: outros profissionais de saúde e os leigos devem aceitar que o psiquiatra é o profissional possuidor de um saber mais adequado do que qualquer outro para diagnosticar e tratar o TDAH.

Apesar de a autora mencionar o médico psiquiatra, podemos associar ao caso do neuropediatra, visto que a ideia de afastamento parece ser a mesma, principalmente quando se considera que todos podem ter acesso ao relatório do professor, enquanto o professor não tem acesso direto ao relatório do psicólogo e do neuropediatra. Entendemos que essa relação vai além de uma questão hierárquica e de poder, pois ela pode constituir um entrave e impactar o processo de desenvolvimento do aluno.

O modo como são significadas as trocas que acontecem entre os profissionais que compõem a rede de atendimento faz despontar tanto fatores de risco como de proteção.

O risco aparece na relação verticalizada que define a comunicação entre os envolvidos no processo diagnóstico, que não passa despercebida aos participantes (professores), pelo fato das informações resumirem-se àquelas registradas em relatório e ficarem restritas a alguns profissionais. Essa relação verticalizada é problemática, pois expressa ideia de hierarquia, o que se distancia da ideia de rede, além de fazer com que os sujeitos não se reconheçam como pertencentes ao processo. Assim fica subentendida a necessidade de rever as práticas que são traduzidas no trabalho da rede, a fim de que ela possa ser fortalecida e todos os participantes possam realizar trabalho eficaz.

Em relação às trocas existentes entre as pessoas envolvidas no processo diagnóstico, NP argumenta:

NP: *Eu já sei as perguntas que eu tenho que fazer, eu tenho as perguntas direcionadas e a família ajuda. Alguns casos de pais separados, ou de criança que tá meio abandonada ou institucionalizada ou vive com parentes ou pais muito ignorantes, que tem um nível sociocultural muito baixo, esses vão ter dificuldade de dar um direcionamento. Então o grande problema é o nível cultural das pessoas, é o que mais atrapalha nesse processo todo, como é que você vai explicar como usar um remédio pra uma mãe que é analfabeta? Como é que você vai orientar a forma como é que ela vai lidar com aquilo no cotidiano se falta comida em casa e ela não tem o que por na mesa, ou quando tem, tá tudo bem financeiramente, mas a mãe é tão ignorante que ela não sabe criar filho. Como é que você espera que ela vai seguir suas orientações?*

___ *E falas como: 'Ah ele melhorou em termos de comportamento... chega pra você essas informações?*

___ *Chega, mas a melhor devolutiva deveria, deve ser da escola, porque a mãe não vai saber me passar detalhes e fazer a análise pedagógica, por exemplo, detalhes de rendimento, isso aí era professor que deveria estar apto.*

A fala do participante indica que o nível sociocultural das famílias constitui entrave para que o tratamento do paciente seja de sucesso. Para NP as famílias que tem esse perfil não possuem condição de entender o que ele, como médico, precisa explicar acerca do transtorno e do tratamento: “a mãe é tão ignorante que ela não sabe criar o filho” (NP). Sua fala nos permite inferir que a barreira linguística existente entre ele e a família só podem ser rompidas mediante a intervenção da escola, que ele define como apta a apreender as informações que ele considera importante e repassá-las para a família.

Esse modo de significar as relações junto à família nos remete ao que Bourdieu (1983) denomina de competência linguística e que traduz a relação de força entre os grupos sociais e seus capitais (cultural, linguístico e simbólico). É a competência linguística que determina quem pode falar, ouvir e ser ouvido.

Em outros termos, a linguagem falada escapa à função social da comunicação e do conhecimento e passa a constituir um instrumento de poder que deixa subentendido o reconhecimento social e o respeito: “os que falam consideram os que escutam dignos de escutar e os que escutam consideram os que falam dignos de falar” (BOURDIEU, 1983. p. 6). A concepção desqualificadora da família e a atribuição à escola como mediadora da relação exemplificam essa questão.

A pesquisa de Lahire (1997) analisa os modos como diferentes estilos de família significam a escola. A reflexão provocada pelo sociólogo francês é pertinente

para contrapormos a ideia recorrente de que a família é desqualificada e desinteressada no bem-estar e no sucesso acadêmico dos alunos.

No caso dos dados da presente pesquisa, o depoimento do neuropediatra remete a essa discussão por sugerir que a escola assuma uma função que não lhe cabe pedagogicamente de 'transmitir' à família, tida como ignorante, as informações sobre o diagnóstico médico, o remédio, sua posologia, possíveis reações fisiológicas e demais aspectos relativos ao uso da medicação, além da devolutiva sobre o rendimento escolar da criança com o uso da medicação.

Os qualificativos atribuídos pelo profissional da saúde à criança e aos seus familiares indicam a inexistência da comunicação entre médico e família, médico e escola, médico e paciente: "filhos de pais separados, abandonados, institucionalizados, pobres, ignorantes, de baixo nível sociocultural". O médico sentencia: "*esses vão ter dificuldade de dar um direcionamento*".

Diante das considerações do neuropediatra nos parece risco o modo como ele significa sua relação com os participantes do processo, no caso da família que é desqualificada no processo diagnóstico, quando interpretada como desprovida dos quesitos que a coloca em condições de trazer informações que contribuam com o tratamento do paciente.

Em meio aos encaminhamentos e atendimentos ao aluno encontra-se a família que procura formas de lidar com as solicitações dos profissionais da escola e da saúde. A fala de F1 anuncia algumas formas de resistência em aceitar o encaminhamento do aluno:

F1: Tomô os trinta dias. Fiquei com medo. Fui dano só meio, quase o mês intero dei só meio. Então não tava resolveno nada. Tanto que a professora (risos) pegô e fez outro relatório, né pro retorno falando tudinho que... daí que ele falô que:

__ Não! Tá tudo errado. Tem que sê um de manhã e um depois do almoço.

__ Mais me fiz de desentendida porque eu fiquei preocupada, né.

Admitir que protelou por três meses o agendamento da consulta com o neuropediatra, que recusou pagar por consulta, que aceitou provisoriamente o tratamento, e que fez-se de desentendida em relação à forma de administrar o medicamento, nos parece formas de resistir a ideia do encaminhamento. Embora a atitude da mãe possa ter sido na intenção de proteger o filho de um

encaminhamento desnecessário, ao processo poderia se tornar risco, em razão de o filho realmente precisar do medicamento.

Se por um lado algumas famílias mostram-se receosas e inseguras em aderir aos encaminhamentos mencionados, há também famílias que se sentem lesadas no direito de atendimento ao filho, quando a escola não faz os encaminhamentos que a família entende como necessários:

F4: A partir do 2º ano, por constatação da família, não da escola, que houve negligência e omissão por parte de avaliadores e pedagogos da escola. E isso aí foi feito, eu encaminhei, consegui encaminhamento para psicólogos e o neuropediatra em Jacarezinho. Não houve apoio da escola. A professora se recusou e alegou que ele não tinha nada. Mas realmente ele tinha problema.

Em diversos momentos de sua fala, F4 procurou assegurar o seu sentimento de indignação em relação à escola, pois, se não fosse por sua insistência como pai, até o momento da entrevista o filho estaria sem tratamento. Identificamos nesse processo risco e proteção se contrapondo, pois a negligência da escola pode ser representativa de risco, quando de fato o aluno precisa de atendimento, mas também pode ser risco quando a busca pelo diagnóstico torna-se uma constante entre as famílias que afirmam não dar conta do filho.

O encaminhamento para o especialista da neuropediatria representa para algumas famílias o apoio e a ajuda para que possam melhorar as relações com suas crianças/adolescentes, por isso assume o sentido de proteção. Para outras, esse encaminhamento pode soar como ameaça. Ressaltamos que apesar das estratégias de resistências mencionadas evidenciarem que a busca por diagnóstico não é uma regra entre as famílias, com filhos que apresentam 'características clínicas' de TDAH ela é uma realidade representativa de risco.

Em nosso modo de compreender, embora o encaminhamento do aluno seja facilitado pela rede de atendimento, ele pode representar risco devido à forma como é percebido pelos envolvidos, pois, muitas vezes, em lugar de ampliar o universo de informações acerca do que tem desencadeado os sintomas de TDAH, ele amplia as possibilidades de fechar o diagnóstico.

Consideramos como proteção, o suporte que é dado aos professores pelos pedagogos e pela Secretaria Municipal de Educação que disponibiliza o profissional da psicologia e recorre ao convênio intermunicipal para que os alunos possam ser

atendidos pelo neuropediatra. Tais questões podem ser igualmente observadas nas falas daqueles familiares que se sentem assistidos e amparadas a partir da ajuda dos profissionais que constituem a rede, principalmente, quando já não visualizavam alternativas de lidar com o problema no microssistema familiar.

Em relação à frequência das consultas com a psicóloga e com o neuropediatra encontramos nas significações dos 'alunos' participantes.

A2: *__ Duas veiz.
 __ Você lembra quando?
 __ Rapaiz do céu... não lembro hein...e a segunda tamém não.
 __ Mas foi esse ano?
 __ Foi... em novembro agora.*

A3: *__ Não sei... esse aí eu não sei... não lembro.
 __ Não lembra?
 __ Faz muito tempo vixi...
 __ Mais de um ano?
 __ Acho que é... EU ACHO né... Quem sabe é a tia, ela que guarda as coisa do meu exame.*

Os alunos relatam que não se recordam da quantidade de vezes que compareceram às consultas com o médico neuropediatra, o que nos dá indícios acerca do intervalo existente entre elas. Esta informação pode ser confirmada, por alguns professores participantes deste estudo, bem como pelo psicólogo e pelo próprio neuropediatra, quando mencionaram que os encontros com o paciente dependem das intercorrências e das necessidades apontadas pela escola.

Risco e proteção são encontrados neste contexto de diagnóstico e de encaminhamento. As ações dos envolvidos revelam nuances da formação que possuem, da visão acerca do TDAH, da aprendizagem, dos familiares, mas também revelam especificidades da formação que receberam. Tudo isso se alia às políticas públicas norteadoras do funcionamento da rede nesses espaços de atendimento e constitui o contexto no qual os sentidos são produzidos e passam a garantir as ações nesses espaços. É nesse contexto diagnóstico que o medicamento assume lugar, assunto que passamos a discorrer.

10.2.2 Uso do medicamento: relação com a aprendizagem

No que tange ao uso de medicamento (Cloridrato de metilfenidato) pelos

alunos da escola, todos os participantes do grupo 'profissionais da educação' afirmaram que há melhoria na aprendizagem dos alunos que fazem uso do medicamento e anunciam: "começou a despertar"; "facilidade de concentrar"; "agora está aprendendo"; "pegou interesse"; "quer aprender"; "perdia a memória muito rápido"; "faz com que o aluno pare"; "estão mais calmos"; "tranquilinho"; "não atrapalha ninguém"; "realiza as atividades propostas pelo professor", "presta atenção no professor", "socialização".

A opinião dos participantes valoriza os benefícios proporcionados à aprendizagem, decorrentes do uso de medicamento. Os comentários de PE2, PE5, P1 e P9 ilustram essa questão.

PE2: Eu vejo benefícios. Porque ela se concentra, ela faz as atividades, aprende, né. Ela não é para o caso daquele aluno com D. A. [dificuldade de aprendizagem], a Ritalina não vai resolver não, ela vai resolver daquele aluno que tem problema de comportamento, a Ritalina eu acho que resolve o comportamento, a concentração.

PE5: Se ele não tomar a Ritalina, ele é prejudicado e com a Ritalina ele vai aprender, ele vai se concentrar, ele vai entender o processo da leitura, o som, a letra, ele vai entender, ele vai compreender. Ele vai tentar, ele vai se concentrar, ele vai parar.

P1: Ah com medicamento esse aluno mesmo ele se destaca, agora ele termina a tarefa primeiro, ele consegue ficar concentrado, ele não atrapalha ninguém, ele realiza todas as atividades dele. Ele... fica tranquilo, assim - você não tem mais problema. Ele não anda, ele não tem necessidade de chamar atenção.

P9: Melhora bastante, melhora. Ele vê a escola, os amigos de outra forma. Ele procura mais você, quer aprender, quer adquirir conhecimento, mas também não é 100% não viu. Na sala de aula eles não dão 100% dele. Eles chegam, eles fazem, mas vai passando o tempo assim eles vão cansando. A Ritalina ajuda bastante, porque a ritalina acalma ele né, deixa mais calmo. Só que acalma até demais porque ficam cansados, com sono, é um calmante, né. Acalma.

Após o uso do medicamento, as representações dos pedagogos e professores, acerca do aluno, expressam os efeitos de competência, os quais favorecem o engajamento do aluno na realização de atividades em sala de aula, visto que ele passou a ser considerado como mais calmo, atento, socializável, interessado, organizado e disciplinado. Nesse sentido o medicamento pode ser

representativo de proteção ao processo de aprendizagem do aluno, visto que por meio dele, o aluno passa a ter algumas condições de aprender, melhoradas.

Na concepção dos pedagogos o medicamento favorece a aprendizagem, o que o associa a um garantidor da aprendizagem, porque modifica o comportamento do aluno para aquele que é esperado pela escola. O medicamento parece assumir dois sentidos: determinista e 'messiânico', frente ao aprender. Essa leitura elimina a complexidade que o processo de aprendizagem envolve. Na condição de que o aluno esteja 'saudável', tudo é possível, pois são suas forças internas que ditam a possibilidade de aprendizagem (ASBHAR, 2013).

O significado enaltecedor, atribuído por P1 ao medicamento, coincide com a expectativa de pais e professores, pois anuncia a transformação do filho/aluno em outra pessoa. O aluno idealizado agora faz parte da realidade da sala de aula e da vida do professor e a aprendizagem parece estar garantida. A atenção passa a ser controlada via medicamento, o processo de autonomia do aluno é desconsiderado, pois o medicamento 'vai dizer' como agir e se comportar.

No entanto quando o medicamento é tomado como um garantidor da aprendizagem pode se constituir risco, pois conforme já elencamos o processo de aprender demanda um conjunto de aspectos e não apenas o biológico em condições 'saudáveis'.

Quando indagados acerca de serem ou não favoráveis ao uso de medicamento, as opiniões variaram.

PE1: Sou a favor, sim. Só em casos mesmo que a gente vê que deixa a criança muito apática, que a Ritalina vem muito intensa, que deixa a criança assim, meio sem ação, eu acho que nesse caso é uma judiação, porque existem dosagem e dosagens da Ritalina.

P5: Eu sou favorável, o que eu falei pra você é o seguinte, eu não sei até que idade eles devem ficar tomando, sabe. Mas agora, na idade que eles estão, eu acho fundamental o uso do remédio. [...] A minha ajuda mesmo é esse remédio, porque se eu não tivesse, sinceramente... tô sendo sincera eu não sei como, de que forma, porque eu já tinha usado todos os meus métodos possíveis.

P6: Eu acho que sim, se é pro bem dele, se é pra ajudar na aprendizagem, se é ajudar na concentração, não tem porque dizer que não. A gente vê o medicamento como uma forma de auxílio, que o aluno está precisando - uma forma de ajuda.

De acordo com as significações de P5, fica claro o desconhecimento em relação à informação que o medicamento opera no SNC da criança, e que o seu uso prolongado pode acarretar prejuízos para o aluno, visto ainda encontrar-se em processo de desenvolvimento (ITABORAY, 2009). A ideia de que o medicamento é significado como um “recurso pedagógico” que estava faltando na sala de aula é confirmado por P6, segundo a crença de que ele ajuda a aprender e P4 faz o exercício de se colocar no lugar da família do aluno diagnosticado com TDAH

Luengo (2009) confirma essa questão, no trecho que segue:

[...] representa hoje um auxiliar pedagógico e antes de se pensar em métodos mais específicos que venham a corresponder os ideais da criança, pensa-se em controlar o seu comportamento, tirando-lhe o direito de expressar-se e fazer suas próprias escolhas. (LUENGO, 2009, p. 82)

A pesquisadora nos instiga a refletir acerca da problemática apontada por P5: “já tinha usado todos os meus métodos possíveis”, as possibilidades de intervenção pedagógica e que frente ao insucesso é preciso apelar pelo controle do comportamento de modo induzido e não voluntário. Embora o controle do comportamento seja importante, fazê-lo unicamente à custa de medicamento, nos parece que é expropriar ao aluno o direito de aprender a desenvolver a autonomia e ao mesmo tempo um fator de risco, pois pode impactar a qualidade das relações que ele estabelece.

Em relação ao modo como o uso do medicamento é percebido pelos participantes, as respostas apontam para muitos benefícios conforme evidenciam os fragmentos das falas dos sujeitos PE4, P1 e P3.

PE4: Muitos, agora as crianças estão mais calmas, se concentra, estão aprendendo. Então o desenvolvimento delas não é aquela coisa que se diga: “Nossa que maravilha”! Mas ele é gradativo a gente percebe que há uma melhora bem significativa, tanto na parte pedagógica, né quanto no comportamento – os dois tá fazendo efeito, pelo menos pras nossas crianças aqui.

P1: [...] do mesmo jeito que ele traz um benefício ele certamente deve trazer alguma coisa, né. Agora, o quê? Eu não sei. Mais eu acredito que o benefício vale o risco que ele corre, se você por na balança. É porque todas as pessoas que estão em volta dele sofrem, porque não é só ele que acaba sofrendo, é todo mundo.

P3: Ah o rendimento é excelente. Tem dia que parece que eu tô

dando aula só pra ele. Deixa concentrado, tá com uma letra excelente, sabe. Tá bem dedicado, tá uma belezinha, só ponto positivo.

Para estes profissionais o medicamento tem sentido positivo, pois afirmam que os resultados do medicamento para a aprendizagem são excelentes. A fala de P3 nos faz pensar no aluno ideal e reforça a ideia de que o possível risco do medicamento é compensado pelo benefício imediato da quietude e concentração. O risco é do aluno e os benefícios da escola, do professor e da sala de aula?

Ao questionarmos aos 'profissionais da educação' se notam diferença no aluno que chega à escola sem o uso de medicamento, todos afirmaram que era perceptível, segundo mostram os protocolos de entrevista a seguir:

PE4: Percebe, agitação. O dia que a criança chega agitada aqui eu já chamo, converso um pouquinho, brinco um pouquinho e falo: "E o seu remedinho"? [ALUNO]: 'Ah! Acabô'. "Acabô? A mãe comprou outro"? [ALUNO]: 'Não, a mãe falô que acabô tudo, tem que levá no médico'. Aí eu ligo de novo pra psicóloga e falo: "Escuta acabo o medicamento da criança, a criança tá agitada de novo e só tem consulta quando? Ah vai ficá sem remédio uma semana?"

P2: [...] Não, não é que ele fique violento, não, isso não graças a Deus. Mas ele não consegue terminar toda a tarefa, sabe. [...] é horrível você falá isso, né, mas ela controla eles mesmo, ela deixa eles mais calmos. Mas sabe por que eu falo pra você que é horrível? Porque você precisá de um remédio pra você pará quieto, pra você consegui aprendê, é duro, né?

É relevante atentar para o modo como estes participantes significam a ausência do medicamento em horário escolar pelo aluno. Há clara atribuição de que sem o medicamento o comportamento provável do aluno seria agitação e desrespeito às regras. PE4 relata que suas suspeitas de que o aluno não fez uso de medicamento leva-o a adotar estratégias que possam confirmá-las e, assim, tomar providências para que o 'problema' seja solucionado, no caso a aquisição de nova 'receita amarela', dessa forma é possível resguardar o contexto de prejuízos advindos do comportamento indesejado.

A alteração no comportamento é evidente a ponto de P2 expressar sua preocupação acerca do efeito controlador que o medicamento acarreta o que lhe parece 'horrível', pois o medicamento 'não pode' ser retirado, por conta de ser o condicionante da aprendizagem. Ao ser tomado como condicionante do aprender, o

medicamento é ‘empoderado’ e visualizamos a possibilidade de risco ao processo, sustentado na crença de que sem ele o aprender pode ser inviabilizado.

Assim, as ‘receitas amarelas’ ficam retidas na sala do Pedagogo, que comumente fica incumbido de administrar o remédio ao aluno:

PE2: [...] ele chega na escola e diz: ‘Não tomei’. Então a gente já tem na escola a Ritalina, já sabe a quantidade que vai dar e é dado pra ele na escola, aí já melhora.

PE4: Agora tem criança que toma meio de manhã e meio na hora do almoço, aí a mãe fala: ‘Posso deixá aqui na escola? Porque é integral professora’. Tá, deixa comigo. Na hora do almoço eu dô e falo assim: “Fulano, você bebeu? Você engoliu”?

Nesses contextos o uso do medicamento parece ser representativo de ‘um bem maior’ e a ‘interrupção’ do tratamento parece assumir sentido de ameaça. Portanto, certificar-se de que o aluno realmente engoliu o medicamento, constitui uma forma de controle.

No entanto nos perguntamos: e se o medicamento estivesse em falta no mercado farmacêutico, o que seria destas relações? O aluno seria impedido de permanecer na escola? Afinal, aos olhos dos participantes – profissionais da educação, já ficou confirmado que o medicamento assume o sentido de garantidor da aprendizagem.

Passamos a considerar a perspectiva dos ‘profissionais da saúde’ em relação ao uso do medicamento. No início de conversa, a psicóloga lembra que muitas queixas vindas dos professores em relação aos seus alunos são referentes à aprendizagem e ao comportamento. Assim perguntamos se PS atendia crianças que faziam uso de medicamento, ao que responde: “Muitas, atendo muitas”. Acrescenta que, de acordo com um levantamento que realizou, no ano de 2014, 62 crianças que frequentavam o Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) estavam fazendo uso de medicamento. Para a participante, esse número lhe parece pouco expressivo, já que não alcança 2% dos alunos desse nível de escolarização:

PS: A Secretaria Municipal de educação atende 3.500 crianças aproximadamente, e a gente já fez o levantamento de quantas crianças fazem uso da Ritalina e deu um número de 62 crianças, até o presente momento. Eu não acho um número exagerado, né. E a gente tem um diagnóstico, um sistema de diagnóstico, encaminha

pro neuropediatra então a gente tem acompanhado 62 crianças. Mas esse número vai aumentar, pois já realizamos novos encaminhamentos para o próximo mês

Em suma, o que mais nos chama a atenção, para além do número de crianças que adotam a medicação, é o percurso realizado pelos integrantes da rede de atendimento, visto que na maioria das vezes é pela via da escola que os encaminhamentos acontecem. A escola exige que a família leve o aluno ao neuropediatra e no retorno, voltam à escola com a receita de Ritalina.

Esse procedimento, ainda que indique a preocupação da escola com o processo de aprendizagem do aluno, expressa o empoderamento da questão diagnóstica. Os movimentos de descaracterização do sujeito e dos processos de aprendizagem constituem risco, mais do que a quantidade de alunos que tem feito uso do medicamento. Soma-se a isso a 'certeza do aumento' do uso do remédio, como algo que qualifica e bonifica o município em relação ao atendimento e encaminhamento de outras crianças, como se sinalizassem eficiência na desburocratização do processo.

Em relação ao modo como acontece à prescrição de medicamento para os alunos, PS relatou: *"A gente encaminha pro neuro, é ele que faz a prescrição do medicamento - é assim que fazemos. A criança passa a fazer o uso só depois dessa prescrição do médico"*. (PS)

Assim, compete ao médico, a solução do problema, a partir da prescrição de medicamento. O neuropediatra parece corresponder à peça-chave do processo diagnóstico, sem o qual todos os caminhos percorridos parecem invalidados. Em relação à prescrição de medicamentos (Cloridrato de metilfenidato), o participante NP informou que a condição inicial para que ela seja realizada é a suspeita de que a criança apresente o transtorno.

NP: Sim. Então, a primeira coisa sobre a questão da prescrição é a seguinte, primeiro eu tenho que ter uma suspeita de que a criança tem TDAH. Vem o relatório da escola, tem o relato dos pais, muitas vezes ela já vem com avaliação psicológica e fonoaudiológica e eu vou avaliar tudo isso à luz das características clínicas do TDAH. [...] Então pra fazer diagnóstico de TDAH, eu tenho que conhecer muito profundamente o que é o TDAH. Então eu não vou pensar em medicar para melhorar a vida do professor, vou medicar para melhorar os sintomas do TDAH que a criança tá tendo, que tá levando a uma lista de prejuízos visíveis tanto na escola, quanto fora da escola. [...] Eu sempre falo que o remédio é o primeiro passo, o

segundo passo são as intervenções multidisciplinares, a participação da família e a aplicação de processos psicoeducativos e psicopedagógicos dentro na escola. Eu dou o remédio pra quem? Pra qualquer um que chegar aqui e não vai bem na escola? Não. Eu dou Ritalina pra quem eu fecho o diagnóstico de TDAH.

A necessidade de tratar os sintomas presentes no paciente é reforçada pelos prejuízos que a falta do tratamento traz às relações que ele estabelece nos contextos aos quais pertence. Acrescenta que o tratamento não se esgota na prescrição do uso de medicamento, mas requer a intervenção da rede de atendimento e acrescenta que nem todos os alunos encaminhados vão fazer uso de medicamento, somente aqueles cujo diagnóstico de TDAH é fechado. Embora a ideia de equipe multidisciplinar seja defendida, se observa que o trabalho de diagnóstico e de acompanhamento não são integrados como uma rede de apoio supõe.

No que refere ao tempo médio de uso do medicamento pelos pacientes, o neuropediatra afirma que alguns farão uso de medicamento por toda a vida.

NP: ___ Então vamo lá, o TDAH - pra isso eu tenho que falar sobre o transtorno. TDAH 80% das crianças com TDAH chegam na adolescência com TDAH, dos adolescentes que permanecem com TDAH 50% continua sendo TDAH adulto. Respondi a pergunta?

___ Com certeza.

___ Então depende de cada caso. Então você está me perguntando quanto tempo... depende se ela vai tá no grupo dos 80% pra cá, ou se ela vai tá no grupo dos 50%, ela vai continuar usando talvez pro resto da vida.

Para o participante, as respostas do corpo do paciente vão ditar a continuidade do tratamento, que poderá estabilizar-se ou deixar de existir. Para NP é esse tempo que vai dizer se o uso do medicamento será continuado ou não. Segundo o dado que apresenta 20% das crianças diagnosticadas chegarão à adolescência sem o transtorno, pois deixarão de tomar o medicamento, mas os adultos que estiverem contemplados nos 50% terão que viver em função dele.

Ao serem questionados acerca da relação do medicamento com a aprendizagem, PS apontou elementos que vão além do sucesso acadêmico, pois alcançam a construção da identidade do aluno. NP indica a atenção como a principal beneficiada, por conta de impactar positivamente o desenvolvimento do aluno/paciente. De acordo com NP, uma lista de melhorias podem ser observadas a

partir da otimização da atenção, tais como: memória; persistência; percepção; coordenação motora; ritmo; irritabilidade; paciência; impulsividade; capacidade interpretativa. Os protocolos de entrevista abaixo apontam estas questões.

PS: [...] à medida em que é feito o uso da Ritalina percebe-se que a criança foca a atenção, melhora a sua autoestima, melhora a relação interpessoal e ela passa então a responder de forma mais adequada aos anseios acadêmicos [...] eu vejo um desenvolvimento substancial da criança após o uso da medicação, quando realmente o diagnóstico é correto, lógico.

NP: Ela melhora a atenção e quando você melhora a atenção de uma criança com TDAH, você melhora o quê? A memória porque ela passa a se concentrar, então ela passa a guardar coisas melhor, então aquele esquecimento da criança: 'eu me perco, eu não termino, eu não vou até o fim'. Então você melhora a persistência para atividades longas ou que exigem mais esforço mental, ou atividades que exigem a alta percepção de detalhes. O que que é ler e escrever? Tá certo? Então no fim das contas eu melhoro o quê? Leitura e escrita. Mas é só isso? Não. Melhora a coordenação motora, 80% das crianças com TDAH têm problemas de coordenação, espaçamento, na hora de fazer atividades que exigem intervalos, dificuldades relacionadas a ritmo e persistência motora das atividades. Então você melhora a coordenação motora dessas crianças. Como você melhora a concentração essa criança também vai ter mais paciência de fazer atividades que exigem tempo. Reduz a irritabilidade, passa a ter paciência pra esperar as coisas que são importantes e que têm que esperar, senão faz direito, reduz a impulsividade [...] isso leva também a melhoras na compreensão da linguagem utilizada pra aprender a ler e escrever também. Tanto que 40 % das crianças que tem TDAH têm problema fonológicos, se atrapalham com o som de letra, vai ser alguma coisa não entende, não pega o âmago do texto, não consegue discernir o que é importante e o que não é, não faz análise, síntese, tá. Então o remédio ajuda a tudo isso - isso é importante você saber. Que mais que o remédio ajuda? Ajuda a criança a perceber mais as coisas socialmente, ela passa a melhorar aquela capacidade que nós temos de fazer interpretações do que a gente pensa, vê, ouve - que outra o desatento não presta atenção em quase nada, então ele vai ter problemas de percepção social - [...] com isso nós vamos ter uma criança que vai ter condições de mais atenta acompanhar o ritmo da turma, então ela não vai ficar com Lacunas de conteúdo, em matemática, português.

De acordo com PS, o medicamento impacta positivamente o desenvolvimento do aluno desde o modo como lida com o conhecimento, com seus pares e como se percebe nos contextos. As trocas que estabelece com os pais parecem confirmar essa hipótese, pois fazem crer no sucesso das ações, “melhora a atenção, melhora o relacionamento interpessoal, melhora a aprendizagem, enfim é bastante

significativo” (PS). Isso porque elas remetem às questões que a participante entende como impactante direta e positiva na escolarização do aluno.

A descrição de NP nos reporta a promessas que beneficiam o processo de aprendizagem, como se ela fosse garantida mediante o uso do medicamento. Isso porque tudo quanto é apontado pelo participante como ‘melhorado’ caracteriza um atributo do indivíduo, e que compete somente a ele desenvolver, senão sozinho, sob o auxílio do medicamento.

No que tange à avaliação do medicamento os profissionais da psicologia e da medicina elencaram vários benefícios. PS assinala que tais benefícios decorrem da necessidade real do medicamento e do uso responsável. NP menciona que estes benefícios vão além do contexto escolar, o que é denominado por ele como melhora da qualidade de vida.

PS: Então, eu vejo muitos benefícios, muitos, quando adequadamente utilizado e que realmente existe a necessidade do uso, não vejo nenhuma contraindicação. Eu não percebo nenhuma contraindicação, vejo como um medicamento que tem sido utilizado de uma forma muito adequada.

NP: [...] não é só dentro da escola, né, isso é muito importante. Então o que eu vejo com o remédio? Uma melhora nítida na qualidade de vida da criança, da escola, e dos pais - qualidade de vida. Aí você pega a definição o que é qualidade de vida? Melhora tudo isso. E a aprendizagem? Ir bem na escola? É um item de qualidade de vida, se a criança vai mal na escola, como é que fica a qualidade de vida dela, da escola, dos pais? Totalmente comprometida.

Ao medicamento, mais uma vez, parece ser conferido o *status* “messiânico” das relações interpares, no que diz respeito à falta de concentração e inquietude do aluno, prejudicando a si mesmo e àqueles com os quais convive.

Indagamos os ‘familiares’ acerca do tempo que o medicamento está sendo usado pela criança e por quanto tempo ele foi indicado. As respostas demonstraram a variação do tempo do uso, pois algumas crianças passaram pela primeira consulta com o neuropediatra há mais tempo que outras.

*F2: __ Tá com um mês e poquim que ele começôusá.
__ E por quanto tempo que foi indicado?
__ Oh não tem tempo definido não...*

F4: __ Ta usando há um ano e meio.

__ *É? E por quanto tempo que foi indicado?*
 __ *Até o período em que o neurologista achar que é conveniente.*

F9: *Disse que era pro meu menino tomá enquanto tivesse na escola.*

F10: __ *Quatro anos.*
 __ *Tem um tempo indicado para ele usar o medicamento?*
 __ *Não foi falado nada. Vai tomando, acho que a hora que melhora, suspende.*

Assim como os profissionais da educação e da saúde, a maioria dos familiares declara que o remédio interfere positivamente na aprendizagem, pois melhora a atenção, e por consequência a melhoria da aprendizagem. No entanto a fala de F4 nos faz refletir acerca das consequências da retirada do medicamento.

F4: Esse eu não vô saber tê dizer porque eu não fiz o teste nele... vo ter uma hora que chega e ver se aprendeu alguma coisa fora do remédio, quero saber o que que ele aprendeu no momento que ele tava concentrado lá, se ele conseguiu absorver ou não. Porque todas as provas dele e coisa da escola é feito com remédio também. (F4)

F9: Eu acho. Se ele largá...Eu penso comigo... De vez em quando ele fala pra mim: 'Mãe eu vô pará de tomá esse remédio'. Eu falo: "Não pode, só com orientação do médico pra você pará de tomá". Porque se ele não tomá o remédio, eu penso comigo... aí ele não vai fazê nada mais na escola. Porque ele não fazia nada antes, primera e segunda séri repetiu. Acho que uns dois ano, sabe. Daí começôtomá o remédio. Daí foi tudo certim. Passa de ano bunitinho, sabe. Num fica mais de recuperação, sabe. Então eu acho que se ele pará de tomá o remédio... daí é capaz dele nem querêestudá.

Para o participante F4, fica a dúvida sobre a possibilidade de o filho apresentar bom rendimento sem o uso de medicamento e indica a necessidade de 'testar' para saber se o remédio de fato faz diferença. F9 chama a atenção para o fato de que sem o uso do medicamento o filho pode retroceder em relação aos estudos, entende que sem orientação médica a administração do medicamento não pode ser interrompida.

Entendemos que a atitude de F9 de respeitar a orientação médica seja protetiva, pois se ele fez a indicação da necessidade do medicamento, sem avaliação médica, a suspensão do medicamento pode acarretar novos problemas. Por outro lado a possibilidade de ter que fazer uso para o resto da vida também parece gerar angústia, aos pais, visto que o remédio parece ser a única forma de

aprender que é anunciada pelos profissionais da escola e da saúde.

Isso posto interessa nos conhecer como o grupo de participantes de ‘alunos’ percebe o impacto do processo diagnóstico sobre o aprender escolarizado. Perguntamos aos alunos se faziam uso de medicamento, qual era o nome dele e o motivo. Todos os participantes afirmaram que usavam e souberam nomeá-lo, mas nem todos souberam relatar o motivo de ter que utilizá-lo, como no caso de A4: “(Encolheu e soltou os ombros). Eu só sei que eu tenho que tomá”. Temos aqui a possibilidade de que ele de fato desconhece o motivo, pois não recorda a fala do médico ou por não ter sido explicado:

A2: __ O médico não explicô muito bem não, mais ele falô que eu tenho que toma pro resto da minha vida. Vinte, trinta, quarenta, sessenta ano.

Os alunos que disseram conhecer o motivo de ter que usar medicamento afirmaram que era devido às bagunças na sala de aula; por não parar quieto; não realizar tarefas; não prestar atenção às explicações do professor; agredir colegas e professor e estragar o material dos colegas da sala de aula.

Considerando que a faixa etária dos alunos que tomam o medicamento está entre seis e treze anos de idade, o fato de tratar-se de um medicamento de uso contínuo que perpassa o processo de desenvolvimento desses sujeitos, precisa ser questionado, principalmente em razão dos possíveis efeitos fisiológicos acarretados pelo uso continuado da medicação.

Esse questionamento torna-se importante para que discursos como: “o benefício vale o risco que ele (aluno) corre” sejam repensados. Vitimizar a pessoa sem considerar as relações, pouco resolve, mas anular o sujeito no processo favorecendo os demais envolvidos na questão parece ceder lugar aos padrões de normalidade.

Nesse sentido identificar os fatores de risco e proteção, constitui tarefa importante para compreender como se encontra ‘organizada’ as relações que permeiam o processo diagnóstico e permite evidenciar a resiliência em contexto, pois:

[...] processo interativo e dinâmico entre fatores de risco e proteção, internos e externos ao indivíduo, e que age na regulação dos efeitos de eventos adversos da vida – não sendo estanque, nem linear, uma

vez que há possibilidade de se encontrar várias respostas da mesma pessoa em diferentes momentos de sua existência (BENETTI; CREPALDI, 2012, p. 15).

Essa informação nos faz pensar a resiliência como um processo elaborado a partir da relação risco-proteção que não se excluem, mas favorecem o movimento de reconstrução de um dado evento. O equilíbrio de forças se manifesta conforme as significações dos participantes permitiram observar, visto que cada deles ao seu modo tem se mostrado ocupado e preocupado em fazer o melhor para que o aluno possa se desenvolver e inserir-se da melhor forma nos contextos, mesmo diante das limitações presentes no processo diagnóstico que nos foi relatado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que pudéssemos apreender o fenômeno da resiliência no contexto de alunos diagnosticados com TDAH, fez-se necessário conhecer os significados produzidos por diferentes sujeitos que vivenciam o processo de medicalização da aprendizagem em um contexto escolar específico. Destes significados procuramos identificar os fatores de risco e proteção, pois segundo o referencial teórico adotado eles coexistem, impactando a trajetória de vida da pessoa tanto para um modo negativo como para um modo positivo (POLETTI; KOLLER, 2008).

Procuramos realizar este percurso em nossa pesquisa, pois o modo como o grupo de participantes percebe o aluno com diagnóstico de TDAH e o processo diagnóstico ao qual ele é submetido pode favorecer ou dificultar o processo de desenvolvimento e de aprendizagem desse aluno.

No que tange ao modo como o aluno com diagnóstico de TDAH é significado pelos sujeitos da pesquisa, os resultados apontaram para a necessidade de repensar as práticas rotuladoras e o modo determinista presente nos sentidos atribuídos a esse aluno, visto que podem comprometer a sua relação com os pares e com o saber e assim se constituir risco.

Entendemos que o modo determinista representa risco ao processo de desenvolvimento do aluno no contexto desta pesquisa visto que os aspectos negativos relativos ao seu comportamento são anunciados no primeiro plano das falas dos participantes. Todavia na medida em que provocamos a reflexividade dos mesmos outras questões começam a despontar, as quais possibilitam compreender que aquela ideia inicial não representa a totalidade do sujeito e pode ser superada mesmo com as condições precárias que as falas anunciam.

Cabe ressaltar que as práticas de contenção do aluno adotadas pelo professor no âmbito escolar, decorrentes de indisciplina, também podem ser associadas a risco ao processo de aprender. No entanto a essas questões de risco presentes no processo, somam-se a elas condições objetivas de trabalho e formativas do professor que podem impactar negativamente o processo de ensinar e aprender na sala de aula.

Entendemos que na escola risco e proteção materializam-se nas práticas dos profissionais da escola, pela via das ações pedagógicas e incluímos aqui

relações interpessoais, pois o aluno vivencia nesse contexto outros papéis que participam de seu desenvolvimento. As práticas e interações por sua vez são decorrentes das significações em relação ao TDAH, em relação ao aluno e inclusive em relação à ideia que se tem da família desse aluno.

Consideramos que tais significações na escola podem ser promotoras da resiliência do aluno com TDAH, pois as significações constituídas sobre tudo o que envolve esse aluno decorrerá em sentidos sobre risco e proteção, bem como sobre todo o valor que interage nesse contexto e que delineiam a energia afetiva que moverá o sujeito aos caminhos que percorrerá rumo ao aprender ou ainda a economia desse processo.

A perspectiva multidisciplinar que os profissionais da educação e saúde declaram como marca do trabalho que realizam assume sentido de risco e de proteção neste contexto. Risco porque como descrito pelos sujeitos, o modo como desempenham suas atividades que denominam de integradas, parece estar distante dessa ideia. Por outra via consideramos que ela se constitui proteção, pelo fato de existir um atendimento especializado, ainda que mínimo, mas que está direcionado ao atendimento das demandas de professores, pais e alunos.

O “check list” de sintomas presente no DSM IV também nos parece risco na medida em que pode padronizar comportamentos de diferentes sujeitos. Isto porque a depender da maneira como os profissionais realizam a avaliação dos aspectos relativos às singularidades dos sujeitos, vivências e modos de enfrentamento aos desafios são desconsiderados no contexto.

A percepção da família acerca do sujeito diagnosticado com TDAH possibilitou identificar aspectos positivos e negativos na relação com o filho em casa, assim, no entendimento deste estudo, o mesmo constitui proteção, pois permite que o aluno se vincule positivamente, estabeleça relações de confiança com os familiares e construa estratégias positivas de inserção nos contextos aos quais pertence. Entretanto o modo negativista de perceber a criança com diagnóstico de TDAH também se manifesta no universo de interação familiar, podendo produzir efeitos negativos nas relações que são estabelecidas nesse contexto.

No que diz respeito ao processo diagnóstico, observamos que o modo como ele se desdobra pode constituir risco ao aprender. Dentre os fatores observados destacam-se a escassez de profissionais habilitados para atuar no processo diagnóstico de TDAH e a alta demanda do município.

A questão anterior nos remete à formação dos profissionais da saúde, o que pressupõe a necessidade de ser revista, de modo que eles passem a compreender melhor a constituição do sujeito e seu processo de desenvolvimento humano. Isto porque ele precisa dessas referências para que não seja mais um a reproduzir o discurso de que “aquela criança é...”, “aquela criança não consegue...”. Nessas condições podemos esperar que o discurso acerca do que falta no paciente seja superado.

Tais mudanças advindas do processo de formação acadêmica poderão refletir sobre o modo como o “chek list” é percebido no processo diagnóstico. Isto porque a medida que é realizada uma leitura crítica acerca deste instrumento de avaliação, os modos de orientar os profissionais da escola sobre como proceder nas interações com o aluno com diagnóstico de TDAH podem ser alterados. Por consequência um novo fator de proteção ao processo de aprender pode se manifestar a partir do processo diagnóstico.

Esse mecanismo favorece a descontinuidade dos atendimentos nas ações da rede. Posto isto, podemos observar que o encadeamento de problemáticas se constitui risco ao processo, pois ultrapassam a ação circunscrita dos profissionais ou familiares envolvidos. Há fatores de ampla esfera que não podem ser ignorados, atuando na dinâmica do atendimento ao TDAH nas escolas e nas famílias (microssistemas onde o sujeito está inserido).

De acordo com o relato dos pedagogos e neuropediatra acerca da comunicação que estabelecem com os familiares, percebemos que nem sempre representa risco ao processo. Os dados mostraram diferentes modos de significar a participação da família, a depender do grupo de participantes. Por exemplo, para os profissionais da saúde, predominou a compreensão de que a troca de informações é precarizada em razão da família se constituir desestruturada e pobre. No entanto para os professores predominaram atribuições positivas, indicando a instituição familiar como uma parceira atenta às necessidades do aluno.

O processo de encaminhamento da criança segundo o relato dos familiares permite identificar simultaneamente risco e proteção. Risco em razão do alto valor atribuído ao laudo de um profissional. A dependência do laudo torna muitas vezes o sujeito e suas necessidades secundarizados e faz com que os familiares se lancem em uma busca intensa por ele, em detrimento de outras questões relevantes ao desenvolvimento do aluno.

Por outro lado constituem proteção quando a família consegue o apoio que ela precisava e se sente assistida. Identificamos como fator protetivo a estratégia adotada por alguns pais e quando resisti ao encaminhamento do filho, com a intenção de protegê-lo do uso indiscriminado da medicação.

A proteção pode ser identificada no fato dos professores também se sentirem respaldados em suas ações em sala de aula, a partir do atendimento especializado que alcança a escola. Assim, podemos perceber que em determinados momentos a rede é proteção e em outros não, pois ela não se encontra consolidada efetivamente.

Os resultados de nosso estudo nos levam a compreender que o uso de medicação por alunos nem sempre constitui risco ao processo de aprendizagem. O questionamento se volta àquelas questões onde o uso de medicamentos representa a condição de acesso e permanência do aluno na escola, onde as estratégias de abordagem à família são coercitivas e levam-na a acreditar que o medicamento consiste na única estratégia favorecedora do sucesso escolar do seu filho. Isto porque essa concepção muitas vezes anuncia o empoderamento do diagnóstico e do remédio em relação ao paciente.

Entretanto também percebemos que em alguns casos relatados pelos profissionais da educação, da saúde e pelos familiares, o medicamento torna-se um importante aliado ao processo de aprendizagem. Os benefícios têm sido observados por estes sujeitos nas interações que ocorrem nos microsistemas escolar e familiar. Mais preocupante que a quantidade de crianças que tem feito uso de medicamento nas escolas em que realizamos nosso estudo, foi perceber a existência de um encadeamento de ações que favorecem um procedimento para garantir o controle do corpo e a promoção da disciplina na sala de aula.

Tais questões passam a ser sobrepostas ao sujeito, à aprendizagem desse sujeito, às relações familiares, às interações escolares e a produção desse procedimento é desconsiderada no contexto social.

Em nosso estudo também foi possível perceber que apesar do processo diagnóstico ser relatado pelos participantes da pesquisa como multidisciplinar, evidenciou-se nas falas que muitas vezes ele encontra-se a serviço da ratificação de uma queixa inicial, de uma questão que o professor ou a família identificou pautada no comportamento que não se adequa ao padrão que é estabelecido socialmente.

Evidencia-se a necessidade de pensar que o processo de medicalização muitas vezes permite o ocultamento de uma série de outras dimensões do desenvolvimento humano, o que inclui o fazer pedagógico.

Apesar de inferirmos que o tempo de uso do medicamento pelo aluno tenha uma possível relação com o seu encaminhamento para as Salas de Recursos Multifuncionais e Classes Especiais, em nossa análise não foi possível contemplar tal relação por falta de alcance de dados. Todavia consideramos que essa relação é relevante e pode ser explorada em pesquisas futuras.

Nosso estudo permitiu a partir do referencial teórico adotado, rever alguns conceitos acerca do processo de aprender e não aprender. Isto por conta dos equívocos que comumente cometemos, ao realizar uma leitura superficializada, que muitas vezes vitimiza o aluno e culpabiliza ora os pais, ora os professores, ou os profissionais da saúde, pelas adversidades que permeiam o processo de aprender. E paralela a estas questões os processos que constituem as interrelações em contexto são ignorados como se não produzissem qualquer efeito sobre o processo de aprender na sala de aula.

Em nosso estudo foi possível compreender que o processo de medicalização da sociedade é de fato, um grande problema na medida em que as questões de ordem social, política e econômica são subsumidas como individuais.

Entretanto opor-se à necessidade de tratamento medicamentoso a todos os sujeitos, nos parece igualmente prejudicial. Escapar a essa lógica torna-se possível quando consideramos os fatores de risco e proteção presentes em processo, os quais nos ajudam a pensar as expressões de resiliência em contexto e as possibilidades de enfrentamento.

É importante chamarmos a atenção para a questão do produtivismo que permeia as interações que acontecem nos diferentes contextos em que os profissionais da escola e da saúde estão inseridos, cujos processos alcançam o aluno e sua família. Isto porque todos os sujeitos estão submetidos a uma necessidade e a uma produção, que não são idênticas. O produtivismo está relacionado à condição de produção dos sujeitos e suas nuances perpassam as relações que os sujeitos estabelecem, o que compreende a rigidez das metas de produtividade, orientada pela obrigatoriedade de apresentar retorno imediato. Diante disso o produtivismo passa a constituir risco ao processo por favorecer a alienação em contextos de trabalho, de atendimento clínico e demandas desse atendimento. E

assim coisificar pessoas sob a justificativa de aumentar os indicadores de aprovação, não chega a ser um mal.

A mudança de pensamento e a revisão das nossas práticas passam a ser constantes e merecem atenção, pois muitas vezes refletem conceitos estereotipados e preconceituosos que em lugar de ajudar o aluno a se desenvolver, depreciam e o desqualificam como pessoa em desenvolvimento. Exercitar o olhar para aspectos saudáveis e de sucesso podem ajudar a pensar a resiliência como processo, além de escapar às classificações e/ou rotulações que são determinadas ideologicamente.

Do ponto de vista pessoal, a realização deste estudo permitiu enquanto pesquisadora uma aprendizagem relevante à formação pessoal e profissional, no que diz respeito à necessidade de ampliar o olhar para a multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento humano, em vez de apontar vítimas e algozes, polarizando as explicações para fenômenos complexos que se desdobram nos contextos escolar e familiar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Paola Bisoli. **Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua**: as contribuições da teoria dos sistemas ecológicos. 2002. 110 fls. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2554/000372073.pdf?sequence=1>>. Acesso em 6 maio 2015.
- ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253-260, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3252&dd99=view>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- ANTONI, C. de. Vulnerabilidade e resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas. 2000. 179f. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2116/000269011.pdf?sequence=1>>. Acesso em 05 abr. 2013.
- AQUINO, Julio Groppa. O mal-estar na escola contemporânea: erro e fracasso em questão. In: **Erro e fracasso na escola**: alternativas teóricas e práticas. AQUINO, Julio Groppa. (Org). São Paulo: Summus, 1997.
- ARROYO, Miguel González Quem de-forma o profissional do ensino In: VIELLA, Maria dos Anjos Lopes (Org.) **Tempos e Espaços de Formação**. Chapecó: Argos, 2003.
- ASBAHR, Flávia da S. F.; NASCIMENTO, Carolina P. Criança não é manga, não amadurece: conceito de maturação na teoria histórico-cultural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 414-427, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200012>>. Acesso em: 21 ago. 2013.
- BARBARINI, Tatiana de Andrade. A medicalização da vida e os mecanismos de controle: reflexões sobre o Tdah. **Plural**, p. 93-115, 2011b. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/ds/plural/edicoes/18_1/v18n1_04.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013.
- _____. **O controle da infância**: caminhos da medicalização. 2011a. 192 fls. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, São Paulo. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000827353>>. Acesso em: 31 mar. 2013.
- BAZONI, Jane Ester da Silva. **O significado do não aprender na sala de apoio à aprendizagem**: a voz dos protagonistas famílias e escola como possibilidade de pensar a resiliência. Londrina, 2014. 190 fls. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

BENASAYAG, León. ¿Medicina e Marketing ó Marketing em Medicina? In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSES, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2013. p. 149–168.

BENETTI, Idonézia Collodel; CREPALDI, Maria Aparecida. Resiliência revisitada: uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. In: **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, 7, Enero, 2012, p. 7-30. Disponível em: <<http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n7/REID7art1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque. **Problemas de atenção**: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica. 253fls. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2013. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/SITE%20PPE%202010/teses/2013%20-%20Rosana.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas linguísticas. In: Ortiz, R. (org.) **Bourdieu** – Sociologia. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1983. Disponível em: <<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/12933/11099/AEconomiasdasTroc asLingsitcasPierreBourdieu.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

BRANDÃO, Juliana Mendanha. **Resiliência: de que se trata?** O conceito e suas implicações. 2009. 136fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp107792.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.

BRASIL. Lei n. 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.1, de 15 de maio de 2006. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 92, seção 1, p. 11-12, 16 de maio de 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf> Acesso em: 2 jul. 2015.

_____. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando seres humanos mais humanos (BARRETO, A. C. Trad.) Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados (VERONESE, M. A. V. Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CARVALHO, Luciana Ramos Rodrigues de. **Oficinas com o jogo Set na sala de apoio à aprendizagem como espaço para pensar a resiliência**. Londrina, 2013. 186 fls. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/dissertacoes/2013/2013_-_CARVALHO_Luciana.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

CARVALHO, José Sérgio Fonseca de. As noções de erro e fracasso no contexto escolar: algumas considerações preliminares. In: **Erro e fracasso na escola**: alternativas teóricas e práticas. AQUINO, Julio Groppa. (Org). São Paulo: Summus, 1997.

CASSOL, Luciana; DE ANTONI, Clarissa. Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva. In: DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Silvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar (org.). **Resiliência e Psicologia Positiva**: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do psicólogo: 2011. p. 173-201.

CECCONELLO, Alessandra Marques; KOLLER, Silvia Helena. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. In: KOLLER, Silvia Helena (org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 267-292.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima. O cotidiano escolar patologizado: espaço de preconceito e práticas cristalizadas. 1995. 193 fls. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Campinas, SP, 1995.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (org.) **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011. p. 193 - 213.

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2013.

COPETTI, Fernando; KREBS, Ruy Jornada. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, Silvia Helena (org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 67-90.

CYRULNIK, B. **Resiliência**: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Ed. Instituto Piaget, 2001.

DAMÁSIO, António R. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. 2ª ed. Trad. Dora Vicente & Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DANTAS, Jurema Barros. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Curitiba, Paraná: CRV, 2014.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A Droga da obediência: Medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 2, p. 446–459, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mar. 2014.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. da C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, 2007, 17(36), p. 21-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

EIDT, Nádia Mara. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**: diagnóstico ou rotulação? 2004. 216 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar.

EIDT, Nádia Mara; TULESKI, Silvana Calvo. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Psicologia Histórico-Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121-146, jan./abr. 2010.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da; ROGONE, Heloiza Maria Heradão. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n.1, p. 36-44, 2010. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/109/205>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

FRANCHINI, A. S.; SEGANFREDO, Carmen. **As 100 melhores histórias da mitologia**: deuses, heróis, monstros e guerras da tradição greco-romana. 9. ed. Porto Alegre: L&PM, 2007. Disponível em: <http://www.miniweb.com.br/literatura/Artigos/100_melhores_mitologia.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2015.

GATTI, Bernardete A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1355-1379, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v31n113/16.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ITABORAHY, Cláudia. **A Ritalina no Brasil**: Uma década de produção, divulgação e consumo. 2009. 126 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. JERUSALINSKY, Alfredo. (org.) In: **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011.

LAGE, Maria Campos. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **ETD – Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 42-58, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/25605/ssoar-etd-2011-2-lage-os_softwares_tipo_caqdas_e.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 jul. 2015.

LAHIRE, Bernard. As Origens da Desigualdade Escolar. In: MARCHESI, Álvaro; GIL, Carlos Hernández. (Orgs). **Fracasso escolar: uma perspectiva multicultural**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Sucesso escolar nos meios populares: as razões do improvável**. São Paulo: Ática, 1997.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

LEHER, Roberto. Medicalização de políticas públicas, a avaliação e metas de desempenho. In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2013. p. 271–291.

LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; CASTRO, Bernardo Monteiro de; COELHO, Angela Elisabeth Lapa. Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. In: DELL’AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Sílvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar (org.). **Resiliência e Psicologia positiva: interfaces do risco à proteção**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2011. p. 89-115.

LOCKMANN, Kamila; CAETANO, Letícia Farias de. Medicalização da anormalidade: formas de conduzir a conduta dos sujeitos na contemporaneidade. Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. **Anais do III Seminário Internacional “Educação Medicalizada: Reconhecer e acolher as diferenças”**, 10 a 13 de julho de 2013 [recurso eletrônico]. Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro – 5ª região. São Paulo: FAGED/UFBA, 2013. p. 116-122.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. 2009. 120 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis - SP, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97572/luengo_fc_me_assis.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 abr. 2014.

MAYER, Lísia Ramos. Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica. 2002. 116 fls. Tese (Doutorado

em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2002.

MELHORANCE, Flávia. A perigosa indústria das doenças mentais. **O GLOBO**, 17 out. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/a-perigosa-industria-das-doencas-mentais-14276925>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAIS, Normanda Araujo de; KOLLER, Silvia Helena. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, Psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER, Silvia Helena. (Org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 95-111.

MORIBE, Vera Lúcia. **(Re)significações do fracasso escolar na educação de jovens e adultos: o que indicam as pesquisas recentes?** 2014. 64 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Departamento de Educação, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A ritalina e os riscos de um 'genocídio do futuro'**. 2013. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>. Acessado em: 09 set. 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (org.) **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011. p. 71-110.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, Silvia Helena. O modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. In: KOLLER, Silvia Helena (org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-65.

OLIVEIRA, Francismara Neves de; MACEDO, Lino de. Resiliência e insucesso escolar: uma reflexão sobre as salas de apoio à aprendizagem. **VIII Anped Sul. Formação, Ética e Políticas: Qual Pesquisa, Qual Educação?** Jul. 2010. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Psicologia_da_Educacao/Trabalho/07_12_30_RESILIENCIA_E_INSUCESSO_ESCOLAR_UMA_REFLEXAO_SOBRE_AS_SALAS_DE_APOIO_A_APRENDIZAGEM.PDF>. Acesso em: ago. 2014.

_____. Resiliência e insucesso escolar: uma reflexão sobre as salas de apoio à aprendizagem. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, vol11, n.3, pp.983-1004, 2011. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a15.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PALUDO, Simone; KOLLER, Silvia Helena. Psicologia positiva, emoções e resiliência. In: DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Silvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar (org.). **Resiliência e Psicologia positiva: interfaces do risco à proteção**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2011. p. 69-86.

PARANÁ. Superintendência da Educação. Secretaria de Estado da Educação. **Instrução n.º 03/04, de 07 de maio de 2004**. Estabelece critérios para o funcionamento da CLASSE ESPECIAL de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental, na área da Deficiência Mental. Documentos oficiais, Curitiba, 07 de maio de 2004. Disponível em: <<http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/instrucoes/Instrucao032004CESIDI.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. **Deliberação nº 02/03 de 02 de junho de 2003**. Institui as Normas para a Educação Especial, modalidade da Educação Básica para alunos com necessidades educacionais especiais no Sistema de Ensino do Estado do Paraná. Conselho Estadual de Educação. Curitiba, PR, 2003.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 100-104, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf>>. Acessado em: 1 fev. 2014.

PATTO, Maria Helena Souza. Para uma crítica da razão psicométrica. In: **Mutações no cativeiro: escritos de psicologia e política**. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000.

_____. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 107-121, 1992. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/download/34463/37201>> Acesso em: 29 jun. 2014.

PERALTA, Tania de Paula. Significações das práticas medicalizantes no âmbito escolar: o que pensam neuropediatras? In: BIANCHINI, Luciane Guimarães Batistela [et. al.] (Org.) **Psicopedagogia: reflexões sobre família e escola**. Curitiba, PR: CRV, 2015.

POLETTO, Michele; KOLLER, Silvia Helena. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Silvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar (org.). **Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 19-44.

_____. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. In: **Estudos de Psicologia**, Campinas, jul./set., p. 405-416, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2014.

PRATI, Laíssa Eschiletti. et al. Revisando a Inserção Ecológica: uma proposta de sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21 (L), p. 160-169, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a20v21n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

RIBEIRO, Maria Izabel Souza. A crítica à medicalização do TDAH. Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. **Anais do III Seminário Internacional "Educação Medicalizada: Reconhecer e acolher as diferenças"**, 10 a 13 de julho de 2013 [recurso eletrônico]. Conselho Regional de Psicologia Rio de Janeiro – 5ª região. São Paulo: FACED/UFBA, 2013.

SANTANA, Juliana Prates; KOLLER, Silvia Helena. Introdução à Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano. In: KOLLER, Silvia Helena (org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 109-119.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Tudo menos homem: Retrato do preconceito segundo Jean-Paul Sartre. In: CROCHIK, Jose Leon. **Perspectivas teóricas acerca do preconceito**. SP: Casa do psicólogo, 2008.

SILVA, Ana Carolina Pereira da; LUZIO, Cristina Amélia; SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos [et all.]. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 12 nov. 2012. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/174/298>>. Acessado em: 31 jan. 2014.

SILVA, Eduardo Jorge Custódio da. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. **Adolescência e Saúde**, p. 25-29, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=171>. Acesso em: 1 fev. 2014.

SOUSA, Márcia de Fátima Barbosa de. **A superação do dualismo cartesiano em António Damásio e sua contribuição para as concepções e práticas médicas ocidentais**. 2007. 90 fls. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Disponível em: <<http://criticanarede.com/docs/damasio.pdf>>. Acesso em 07 jan. 2016.

SOUZA, Beatriz de Paula. Orientação à queixa escolar: na contramão da medicalização da educação e da vida. **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014. p. 69-89.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: **REUNIÃO ANUAL da ANPEd**, 31, Caxambu, MG., 2008. Disponível em: <http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebello%20de%20souza%20-%20participante.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2013.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da Psicologia. **Rev. ciênc. hum**, Taubaté, v. 12, n. 2, p. 21-29, jun./dez. 2006. Disponível em:

<<http://www.unitau.br/scripts/prppg/humanas/download/Humanas%202006%202/Pdf/2%BA%20art..pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

SZYMANSKI, H. **A relação família/escola**: desafios e perspectivas. Brasília: Liber Livro, 2007.

UNTOIGLICH, Gisela. Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar pra o sofrimento psíquico na infância? In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2013. p. 119–131.

VERBI, **MAXQDA**, Introducción. Marburg, Germany: Consult. Sozialforschung. GmbH. 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/36226933/Tutorial-MAXQDA#scribd>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; KOLLER, Silvia Helena; YUNES, Maria Angela Mattar (org.). **Resiliência e Psicologia Positiva**: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do psicólogo: 2011. p. 45-68.

_____. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

YUNES, Maria Angela Mattar; JULIANO, Maria Cristina. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas interfaces com educação ambiental. **Cadernos de Educação**, FaE/PPGE/UFPel, Pelotas, n.37, p. 347-379, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/viewFile/1591/1477>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

YUNES, Maria Angela Mattar; MIRANDA, Angela Torma; CUELLO, Sandra Eliane Sena. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: KOLLER, Silvia Helena. (Org). **Ecologia do Desenvolvimento Humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 201-222.

YUNES, Maria Angela Mattar; SZYMANSKI, Heloísa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações práticas. In: **Resiliência e educação**. TAVARES, José Pereira da Costa. 3ª ed. São Paulo: Cortez: 2002. p. 13-42.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos profissionais da educação

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS PEDAGOGOS E PROFESSORES

IDENTIFICAÇÃO

Trajetória de formação profissional

– Graduação:

– Pós-graduação:

Profissão e Área de atuação

Tempo de exercício da função

ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS ESCOLARES

1. Quais as queixas mais comuns relativas às crianças e adolescentes que tem dificuldades de acompanhamento e baixo rendimento escolar?
2. Quais os procedimentos adotados pela escola em relação a estes alunos? São feitos encaminhamentos a outros profissionais? Quais?
3. Quais os principais motivos para encaminhamento dos alunos à psicóloga?
4. Quais os principais motivos para encaminhamento dos alunos ao neurologista?
5. Você tem na escola crianças que usam medicação (Cloridrato de Metilfenidato)?
6. Que características essas crianças apresentam?
7. Que dificuldades escolares os alunos que usam medicamento possuem?
8. Qual a relação da Ritalina com a aprendizagem escolar?
9. Considerando as crianças que usam medicamento na sua escola (ou na sua sala de aula) que avaliação você faz do uso do medicamento para a aprendizagem delas na escola? Há benefícios? Quais?
10. Você é favorável ou não ao uso do metilfenidato por crianças e adolescentes?
11. Você percebe diferenças se a criança não fizer uso do medicamento? Quais? Que alterações são perceptíveis quando ele usa continuamente o medicamento?
12. Você acha que existem riscos com o uso do medicamento? Quais?
13. Você recebe alguma devolutiva da família ou dos profissionais (psicólogo ou neurologista) sobre alterações no comportamento dessas crianças que usam medicação? Quais?

APÊNDICE B - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos profissionais da saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO PSICÓLOGO / NEUROLOGISTA

IDENTIFICAÇÃO

Trajetória de formação profissional

– Graduação:

– Pós-graduação:

Profissão e Área de atuação

Tempo de exercício da função

ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS ESCOLARES

1. Quais as queixas mais comuns em seu consultório relativas às crianças e adolescentes?
2. E quanto à queixa escolar? Quais os principais motivos para encaminhamento?
3. De quanto em quanto tempo esta criança retorna ao consultório? Que tipo de atendimento você desenvolve com ela? Psicoterapia? Aconselhamento aos pais?...
4. Você atende crianças que usam medicação (metilfenidato)? Quem prescreveu a medicação? Quem a indicou, foi você como psicóloga ou a criança veio encaminhada a você, com uso da medicação?
5. Que características essas crianças apresentam?
6. Qual a relação da ritalina/concerta com a aprendizagem escolar?
7. Considerando as crianças que você atende em seu consultório, que avaliação faz do uso do medicamento para a aprendizagem delas na escola? Há benefícios? Quais?
8. Por quanto tempo em média, as crianças que tiveram a prescrição do Cloridrato de Metilfenidato farão uso do remédio?
9. Quais são os riscos de uso do medicamento? Você percebe “efeitos colaterais” nessas crianças? Quais?
10. Você recebe alguma devolutiva da escola ou da família sobre alterações no comportamento e na atenção de crianças e adolescentes para os quais indicou a medicação? Qual?

APÊNDICE C - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos familiares

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS FAMILIARES

IDENTIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome da criança:

Idade e posição na ordem de nascimento na família (filho mais velho, 5º filho, caçula)

Naturalidade da criança e dos pais:

Nome dos pais e idade atual, sexo e estado civil

Profissão dos pais

Instrução dos pais

Local de trabalho

QUEIXA OU MOTIVO PELO QUAL A CRIANÇA USA A MEDICAÇÃO

1. Fato importante que os pais queiram relatar sobre o nascimento/ desenvolvimento da criança.
2. Descreva as características da criança e a idade em que o problema foi constatado. O que perceberam na criança que indicava a necessidade de procurar ajuda?
3. Que providências foram tomadas?
4. Descreva a criança (nome do filho) em casa. Quais as principais coisas que ele costuma fazer hoje? O que ele fazia antes da medicação?
5. Quais as principais dificuldades do seu filho em casa?
6. Em sua casa, que atividades seu filho sabe fazer bem feito?
7. Quais as razões pelas quais você mais chama a atenção dele?
8. E na escola? O que falam dele pra você? Como ele é na escola?
9. Ele faz as tarefas sozinho ou você precisa ajudá-lo? Conta pra mim como é o momento da tarefa na sua casa...
10. Quais as principais dificuldades que ele tem na escola?

SOBRE A MEDICAÇÃO

1. Qual (ais) o (s) medicamento(s) usados pela criança? Há quanto tempo ele usa o (s) medicamento (s)? Por quanto tempo está indicado o uso?
2. Quem indicou o uso dessa medicação? (A escola? A psicóloga? O médico?)
3. Qual a justificativa do profissional para que seu filho use a medicação? O que ele explicou a você?
4. Conta um pouco pra mim como foi esse processo para que a criança começasse a usar o medicamento. Como ele reagiu/reage a isso?
5. Você acha que seu filho melhorou com o uso do remédio? Em caso de resposta afirmativa: em que?
6. Você acha que o remédio interfere na aprendizagem do seu filho? Como?
7. Que estratégias você considera mais adequadas para enfrentar a dificuldade que seu filho apresenta? Como seu filho enfrenta as dificuldades escolares?
8. Tem algum efeito do remédio em outros aspectos do desenvolvimento dele, ou só na aprendizagem? Esse remédio tem efeitos colaterais (explica)? Quais?

APÊNDICE D - Roteiro de questões das entrevistas dirigidas aos alunos

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS ALUNOS

IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Ano escolar:

SOBRE COMO SE RECONHECE E É RECONHECIDO

1. Queria que você me falasse do que você gosta e do que você não gosta na escola, ou que você contasse alguma história que aconteceu com você aqui na escola ou na sua casa.
2. Você tem amigos na escola? Em que eles se parecem com você? Em que você é diferente deles?
3. Conta pra mim como você é como aluno?
4. Você acha que tem algum problema para aprender?
5. Você já ouviu falar sobre TDAH? E sobre hiperatividade e falta de atenção? Alguém já te falou que você tem e que é hiperativo e / ou falta de atenção? Quem? E você entende o que isso quer dizer? Então explica pra mim o que é.
6. As pessoas em sua família e na escola te tratam de um jeito diferente? Você pode contar uma história, se você quiser. (explorar escola e família nessa questão)
7. Você entende o que é explicado na escola?
8. Sua professora te acha um bom aluno? Como você sabe disso?
9. Os adultos falam coisas para as crianças, não falam? Eles falam o que pra você?
10. E seus colegas de sala de aula, gostam de você? Você acha que atrapalha eles na sala de aula?
11. Na sua família acham que você é um bom aluno? E uma boa criança? O que eles acham de você?

SOBRE O USO DO MEDICAMENTO

11. Você toma algum tipo de remédio? Você sabe o nome? Você sabe para que serve esse remédio? Aconteceu alguma coisa para você precisar tomar o remédio?
12. Quem disse que você precisava do remédio? Qual médico? Você sempre vai ao médico ou só foi uma vez? Ele te explicou porque você tinha que tomar remédio?

13. Quem te dá o remédio (casa ou escola)? Que horas você toma, todos os dias? O que acontece se você não tomar?
14. Você acha que está aprendendo mais depois que começou a tomar o medicamento?
15. Como você se sente por ter que tomar remédio para aprender?