

Rudinei Luiz Beltrame

**MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO:
SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM
DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES NO
PROCESSO DE APRENDIZAGEM E DE COMPORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marivete Gesser
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Vieira de Souza.

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Beltrame, Rudinei Luiz

Medicalização da Educação : Sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades no processo de aprendizagem e de comportamentos / Rudinei Luiz Beltrame ; orientador, Marivete Gesser, coorientador, Simone Vieira de Souza, 2019.
168 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Medicalização. 3. Educação. 4. Aprendizagem. 5. Queixa escolar. I. Gesser, Marivete. II. Souza, Simone Vieira de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Rudinei Luiz Beltrame


**MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: SENTIDOS PRODUZIDOS
POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A
DIFICULDADES NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM E DE
COMPORTAMENTO**


Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Fevereiro de 2019.


Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)


Dra. Marivete Gesser
(PPGP UFSC - Orientadora)


Dra. Simone Vieira de Souza
(CED UFSC - Coordenadora)


Dra. Andréa Vieira Zanella
(PPGP UFSC - Examinadora Interna)

Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/CFH-UFSC
Portaria nº 1403/2017/GR


Dra. Lygia de Sousa Viegas
(FACED UFBA - Examinadora Externa)

Dra. Raquel de Barros Pinto Miguel
(PPGP UFSC - Examinadora Suplente Interna)

Dra. Apoliana Regina Groff
(Depto de Psicologia UFSC - Examinadora Suplente Externa)

AGRADECIMENTOS

Não posso finalizar essa dissertação sem registrar o quanto foi difícil escrever no cenário político que se encontra o Brasil. Sou uma pessoa que já nasceu no estado democrático de direitos e que, portanto, não tive a experiência de uma ruptura com os direitos sociais, como no momento atual. Vindo de classes populares onde a expectativa de ingressar na universidade é um horizonte distante, concluir um mestrado acadêmico é um reflexo destas políticas de inclusão. Embora, poucos tenham sido, de fato, incluídos. Por isso, finalizar esta etapa da formação é mais um ato de resistência, quiçá, um ato de desobediência social das camadas mais pobres da sociedade de ter dignidade e sonhar com um futuro melhor. Não é fácil produzir uma dissertação em meio a tantas incertezas. Se foi possível trilhar este caminho, certamente, deve-se aos bons encontros e às trocas afetivas ao longo desta dissertação. O primeiro deles foi a oportunidade de produzir junto a duas pessoas as quais tenho profunda admiração e, por isso, registro aqui meu sincero agradecimento às minhas orientadoras Marivete Gesser e Simone Vieira de Souza.

Registro aqui um especial agradecimento à toda a equipe do Núcleo/HU, os quais me acolheram com fraternos laços de cuidado, profissionalismo que encorajaram a produzir este estudo. Agradeço por abrir as portas para realização da pesquisa e pelos momentos ricos de discussões.

Registro também um agradecimento especial às contribuições da banca de qualificação, composta pelas professoras Diana e Lygia e que agora se somam às professoras Andrea, Raquel e Apoliana na banca de defesa da dissertação.

Agradeço aos meus colegas de turma e amigos pelas trocas e experiências compartilhadas que agregaram no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e incentivo.

Por fim, agradeço a minha companheira Iramaia, por todo apoio, paciência, atenção, carinho e cuidado em todo este período de realização do mestrado.

*Feliz aquele que transfere o que sabe e
aprende o que ensina.*

Cora Coralina

RESUMO

Esta dissertação apresenta um estudo sobre os sentidos produzidos por estudantes diagnosticados com dificuldade no processo de aprendizagem no contexto escolar, tendo como referência a Psicologia sócio-histórica. Participaram do estudo três crianças/estudantes entre 10 e 12 anos, juntamente com os pais/responsáveis, encaminhadas para avaliação e atendimento em um Núcleo de Avaliação Interdisciplinar vinculado a um Hospital Universitário de uma Universidade Federal da Região Sul do Brasil, voltado exclusivamente para avaliar crianças e adolescentes que têm dificuldades na escola. Na busca pela escuta e apreensão do que o estudante tinha a dizer, foram utilizadas figuras que remetem a situações possíveis no contexto escolar, bem como um roteiro com perguntas semiestruturadas. Como desenho metodológico para melhor compreender e acessar as falas das crianças, foram criados espaços que pudessem garantir a escuta dos pais/responsáveis pelos estudantes que participaram da pesquisa. O foco da investigação foi o ponto de vista da criança sobre como ela se percebe no processo de escolarização, considerando as mediações vividas no espaço da escola, do serviço de saúde e da família. O estudo demonstra que a medicalização da educação tem produzido formas de humilhação e exclusão social. Também foi possível identificar práticas, tanto no contexto da clínica, como no contexto escolar, que são produtoras de sofrimentos e individualização da queixa, fatores estes que impulsionam a medicalização. Entretanto, também se identificou práticas potencializadoras que validam e acolhem as diferenças capazes de ressignificar o lugar da dificuldade, construindo novos sentidos a sua trajetória escolar. Por fim, se conclui que a medicalização não é um conceito afixado em um ou outro campo de atuação, mas sim, diz respeito às relações que se estabelecem entre o estudante, a escola, a família e o saber clínico. São as formas de intervenção que ocorrem nessas relações que podem apontar - ou não - para práticas de cuidado para com o outro, de forma a considerar sua subjetividade e as múltiplas facetas que a constituem.

Palavras-Chave: Medicalização, educação, queixa escolar.

ABSTRACT

This dissertation presents a study about the senses produced by students diagnosed with difficulty in the learning process in the school context, having as reference the socio-historical Psychology. Three children / students between 10 and 12 years of age, together with the parents / guardians, were sent to an Interdisciplinary Evaluation Center linked to a University Hospital of a Federal University of the Southern Region of Brazil, exclusively for evaluation children and adolescents who have difficulties in school. In the search for listening and apprehension of what the student had to say, we used figures that refer to possible situations in the school context, as well as a script with semi-structured questions. As a methodological design to better understand and access the children's speeches, spaces were created that could guarantee listening to the parents/guardians of the students who participated in the research. The focus of the research was on the child's point of view on how it is perceived in the schooling process, considering the mediations lived in the school space, the health service and the family. The study demonstrates that the medicalization of education has produced forms of humiliation and social exclusion. It was also possible to identify practices, both in the context of the clinic and in the school context that are producing suffering and individualization of the complaint, which are factors that drive the medicalization. However, potentializing practices have also been identified that validate and accommodate the differences capable of re-meaning the place of difficulties, building new meanings for their school trajectory. Finally, it is concluded that the medicalization is not a concept fixed in one or another field of activity, but rather, the relations that are established between the student, the school, the family and the clinical knowledge. It is the forms of intervention that occur in these relationships that can point - or not - to practices of care towards the other, in order to consider their subjectivity and the multiple facets that constitute it.

Key-words: Medicalization, education, school complaint.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação dos artigos por ano de publicação 2010 – 2016.	49
Quadro 2: Artigos selecionados para a revisão de literatura.	53
Quadro 3: Resenhas encontradas na revisão de literatura.	54
Quadro 4: Crianças atendidas no Núcleo/HU no ano de 2016 com algum desfecho clínico.	85
Quadro 5: Crianças atendidas no Núcleo/HU no ano de 2016 com algum desfecho clínico, separadas por idade.	87
Quadro 6: Diagnósticos realizados pelo Núcleo/Hu no ano de 2016, distribuído por idade.	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Crianças e adolescentes fora da escola conforme dados do IBGE/PNAD (2009).....	40
Figura 2 - Taxa de reprovação no 5º e 9º ano do ensino fundamental e na 3ª série do ensino médio	42
Figura 3 - Imagens selecionadas e utilizadas na atividade com o estudante	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CF - Constituição Federal
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID - A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRP/SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA – Estados Unidos da América
FEBEM - Fundação do Bem-Estar do Menor
HU – Hospital Universitário
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LETRA - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAM - Serviço de Atendimento ao Menor
SIC - assim estava escrito
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDHA - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF - United Nations International Child Emergency Fund
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1. A Construção Social da Infância	28
2.2. A história da criança como sujeito de direitos	30
2.3. Os direitos das crianças ainda são “letras morta” na lei.	33
2.4. A era da criança como sujeito de direitos	37
2.5. Psicologia escolar crítica e compromisso social	43
3. REVISÃO DE LITERATURA SOBRE MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO	46
3.1. Medicalização do fracasso escolar	54
3.2. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH ... 56	
3.3. Efeitos Psicossociais do Diagnóstico	58
3.4. Gestão da vida e dos riscos: biopolítica e controle dos corpos .	59
3.5. Conflitos e interesses da indústria farmacêutica	60
<i>3.5.1. A profissão médica e as condições de possibilidade para a deflagração de processos medicalizadores nas sociedades modernas.</i> ..	64
<i>3.5.2. Impactos da possibilidade de melhoramento genético na medicalização</i>	68
3.6. Práticas não medicalizantes	70
4. MÉTODO	72
4.1. Sobre o local da pesquisa	72
4.2. Procedimento de escolha dos participantes	74
4.3. Procedimentos e técnicas utilizadas para a entrevista com os participantes	76
4.4. Técnicas e procedimentos para análise e interpretação dos dados	79
4.5. Caracterização dos participantes da pesquisa	80
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	83

5.1. Caracterização do contexto da pesquisa	83
5.2. O estudante objetivado no discurso de criança problema.....	87
5.2.1. <i>Implicações da patologização das aprendizagens na relação com os colegas.....</i>	99
5.2.2. <i>Queixa escolar e humilhação social</i>	103
5.3. A participação do sistema educacional nos processos de medicalização da educação.....	110
5.3.1. <i>Se tiver uma criança com dificuldade para aprender, do outro lado tem um professor que tem dificuldade para ensinar.....</i>	110
5.3.2. <i>Afetividade e aprendizagem.....</i>	115
5.3.3. <i>Educação para o trabalho ou educar pelo trabalho?.....</i>	117
5.4. A participação dos serviços de saúde nos processos de medicalização da educação.....	122
5.4.1. <i>Tu tens que ir lá pra ver se melhora... ..</i>	122
5.4.2. <i>O papel dos serviços de saúde na promoção de práticas não medicalizantes.....</i>	126
5.4.3. <i>Da crítica à medicalização: recomendações de práticas não medicalizantes.....</i>	134
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O ESTUDANTE -	161
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS	162
APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	163
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	165
APÊNDICE 5 – INFORMAÇÕES SOBRE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.....	168

1. INTRODUÇÃO

As heranças do movimento higienista no Brasil, marcado pela intervenção de setores da saúde sobre os processos de escolarização, tem como desdobramento na atualidade um sobressalto de diagnósticos de crianças e adolescentes em período escolar. Visando problematizar este fenômeno crescente, tem-se utilizado o termo medicalização, em cujo cerne sustenta-se a ideia de uma apropriação, por parte das ciências médicas, das condutas desviantes a uma norma hegemônica, classificando-as como doenças que precisam ser tratadas e curadas (Barbiani, Junges, Asquidamine & Sugizaki, 2014; Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014; Gaudenzi & Ortega, 2012). Isso, além de provocar uma mudança paradigmática na forma de compreender os processos de saúde e doença, provoca uma abrupta transformação de fenômenos sociais e políticos, bem como características singulares em sintomas que passam a ser explicados pelo discurso científico, principalmente o biomédico.

Essa transição faz aumentar a crença de que comportamentos e sentimentos podem ter causas e origens físicas e orgânicas e, portanto, poderiam ser tratados e curados. Partindo da perspectiva da Psicologia sócio-histórica, podemos definir a medicalização como o processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano das pessoas, transformando fenômenos de origem social e política em questões biológicas, próprias de cada indivíduo (Meira, 2012). A Psicologia sócio-histórica compreende que o biológico é uma condição imanente à humanidade. Entretanto, a humanização ocorre por meio da apropriação da experiência acumulada na relação com outras pessoas, mediada semioticamente. Para Meira (2012), o social não apenas “interage” com o biológico, ele é capaz de criar novos sistemas funcionais que engendram novas formas superiores de atividade consciente. Nessa perspectiva crítica, considerar à aprendizagem como fenômeno estritamente biológico é reduzir a complexidade do vir a ser humano num mero corpo biológico, destituído de atividade humana.

O conceito de medicalização não foi elaborado pela Psicologia, no entanto, muitos dos pressupostos “bebem” dessa fonte. O conceito de medicalização é utilizado de forma recorrente e com grande diversidade de compreensões. Assim, para adentrar nesse debate, é importante compreender o percurso histórico e as metamorfoses desse conceito, que

teve origem no final da década de 1960, referindo-se à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Todavia, pode-se afirmar que muito antes, no século XVIII, esse conceito já reverberava, com o nascimento da medicina moderna e do movimento higienista. Ao final do século XX, nota-se que já não se restringe ao campo da medicina, em consequência da difusão da medicalização por atores não médicos (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014; Gaudenzi & Ortega, 2012). O conceito medicalização foi amplamente debatido por diversos autores, com destaque para Ivan Illich, Thomas Szas, Irving Zola, Peter Conrad, gerando compreensões que, apesar de complementares, possuem suas singularidades.

Antes, contudo, de tratar desses autores, deve-se destacar Michel Foucault, importante referência no diálogo sobre o assunto. Os processos aos quais Foucault se dedica analisar, dizem respeito ao contexto europeu do fim do século XVIII e início do XIX, retratando uma medicina que, valendo-se do poder do discurso, empregava tecnologias com o objetivo de higienização e disciplinarização dos corpos. Ou seja, a medicina passava a estabelecer diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando o exercício cada vez mais refinado do poder sobre a vida (Gaudenzi & Ortega, 2012). Isso colocava em questão outra forma de se operar sobre os corpos, gerindo a vida e os modos de existência: o biopoder (Decotelli *et al.* 2013; Canesqui, 2015; Nórtte, 2015).

Conforme Gaudenzi e Ortega, (2012); Decotelli *et al.* (2013); Sanches e Amarante, (2014), na perspectiva foucaultiana, o conceito de biopoder se configura de duas formas: uma orientada pela disciplina, ou seja, caracterizam-se pelas instituições, como escolas, hospitais, fábricas, onde se efetua na docilização e disciplinarização do corpo, a otimização anátomo-política. A outra é a biopolítica, que não incide diretamente sobre o corpo do indivíduo, mas no corpo-espécie, sobre a população como espécie humana, suporte de processos biológicos, não só na proliferação, nos nascimentos e na mortalidade, mas também no nível de saúde.

É importante fazer um recorte, visto que Foucault descreve um período anterior ao que outros autores mais contemporâneos se dedicam. Num cenário mais recente, um dos principais interlocutores a desenvolver uma teoria sobre a medicalização é o austríaco Ivan Illich, o qual acreditava na valorização e na autonomia do sujeito na forma de lidar com suas doenças. Entretanto, com o advento da medicina

moderna, o sofrimento, a dor e a morte passaram para o domínio daquela, que passou a empreender esforços para erradicá-las, interferindo, radicalmente, na forma de as pessoas compreenderem seu processo de saúde/doença. Para Illich, uma das maiores epidemias do nosso tempo é causada pela iatrogenia médica, ou seja, pelos exageros de atuação da medicina, resultante dos efeitos adversos, consequentes de tratamentos médicos e de ações dos profissionais de saúde. Na concepção do autor, a medicina impõe a medicalização para a sociedade, que, por sua vez, perde seu poder de escolha perante o saber técnico/médico (Sanches & Amarante, 2014; Gaudenzi & Ortega, 2012).

Com essa transformação, as pessoas se tornaram consumidoras, diminuindo a capacidade de buscar autonomia para sua saúde. Illich defende que a medicalização faz parte da cultura popular, à medida que o indivíduo aceita, como natural, o fato de depender de cuidados médicos ao longo da sua vida, submetendo-se às prescrições de pedagogos, pediatras, psiquiatras, geriatras, entre outros especialistas de saúde, permitindo que gerem seus passos e sua vida, domesticando-o, fazendo-o pertencer, ao longo de sua existência, a alcovas específicas e especializadas (Baroni, Vargas & Caponi, 2010; Lima & Caponi, 2010; Gaudenzi & Ortega, 2012; Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014; Sanches & Amarante, 2014; Barbiani *et al.*, 2014; Carvalho, Rodrigues, Costa & Andrade, 2015).

Na mesma direção de Illich, Thomas Szasz usa o conceito de medicalização para explicar que a medicina se apropria dos comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes, para tratá-los como transtornos de ordem médica. O autor problematiza a produção social da doença, destacando que a redefinição de todo tipo de problema da vida como um transtorno psiquiátrico constitui uma territorialização, uma expansão e institucionalização da *expertise* psiquiátrica (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014). Corroborando essa afirmativa, a partir da análise da constituição da psiquiatria em um hospital brasileiro, no século XIX, Peres, Barreira, Santos, Almeida Filho e Oliveira (2011) concluíram que o aparato institucional contribui para a produção social das doenças, e, consequentemente, o avanço da medicalização do espaço psiquiátrico.

Outro autor que se debruçou sobre o conceito de medicalização foi Irving Zola, propondo que a medicina tem adquirido a função de regulação social antes atribuída à religião e à lei, configurando um novo repositório da verdade. Para ele, a medicina conseguiu ocupar um espaço que leva a sociedade a acreditar que, realmente, as pessoas podem se tornar melhores quando assumem o compromisso de encontrar

uma série de comportamentos saudáveis. Isto é, a competência médica está amplamente relacionada ao desejo de indivíduos e grupos de que a medicina faça uso do seu poder (Zorzanelli, *et al.*, 2014).

Muito próximo do pensamento de Zola, Peter Conrad, mais ao fim do século XX, destaca-se por ampliar o conceito de medicalização para outras esferas, por exemplo, a grupos específicos que colaboram com o processo de medicalização. Esse é o caso do alcoolismo, ao assumir *status* de doença, reivindicado pelos próprios movimentos e grupos de alcoolistas, corroborando e promovendo a aceitação como doença (Baroni, Vargas & Caponi, 2010). Para Peter Conrad, o imperialismo médico não é suficiente para explicar a medicalização. Ou seja, não é unidirecional. Há uma interação social complexa, que envolve múltiplos atores, em que o medicalizado é ativo.

Desde a década de 1970, os estudos sobre medicalização têm sido objeto de análise de cientistas sociais e outros pesquisadores. Enquanto os primeiros críticos da medicalização focalizavam na produção social da doença e a sua apropriação pela psiquiatria (Thomas Szasz) ou na noção do imperialismo médico (Illich, 1975), os sociólogos passaram a examinar os processos de medicalização e a expansão do campo da medicina. A partir destes estudos, tornou-se claro que medicalização foi além da psiquiatria e nem sempre foi o produto do imperialismo médico, mas de complexas forças sociais. A maioria dos estudos sociológicos logo tomou uma aderência social ao investigar a ascensão da medicalização.

Nas décadas de 1970 e 1980 vários fatores sociais predominavam na compreensão da medicalização. Conforme Conrad (2005), três fatores são centrais. O primeiro trata-se de uma colonização médica, ou seja, uma expansão do escopo de competências da medicina sobre a intervenção na vida humana. Neste momento a figura do médico é central devido ao poder da autoridade em termos de domínio de um campo profissional. Para o autor, a profissão médica e a expansão de sua competência foi um primeiro movimento para a medicalização.

O segundo fenômeno ocorreu através dos movimentos sociais e grupos interessados em uma definição médica para um problema ou para promover uma veracidade de um diagnóstico médico. Diz respeito aos esforços empregados para reconhecer um determinado comportamento ou uma anomalia como um problema médico, a exemplo do alcoolismo, da doença de Alzheimer, do transtorno do estresse pós-traumático, entre outros. Embora alguns esforços tenham sido menos exitosos, em geral,

estas reivindicações foram uma das bases que promoveram a medicalização.

Em terceiro lugar, houve o direcionamento de atividades profissionais que, aos poucos, foram levando ao desaparecimento de atividades tradicionais na cultura. Um exemplo é a profissão de obstetra e o desaparecimento das parteiras, ou a ascensão da pediatria no controle médico das doenças da infância. Arelado a estes três fatores, já estavam implicadas nas análises as inovações da indústria farmacêutica e o marketing direcionado à venda de medicamentos. No entanto, em praticamente todos os estudos onde eles foram considerados, os aspectos corporativos da medicalização foram secundários. Em geral, a indústria farmacêutica e as operadoras de planos de saúde não eram centrais para as análises.

Entretanto, esse cenário passa a mudar radicalmente a partir de 1980, com uma nova racionalidade para a gestão do cuidado em saúde e com os interesses em expansão da indústria farmacêutica. Peter Conrad (2005) adverte que as alterações na medicina nas últimas décadas estão alterando os processos de medicalização. Com o surgimento de operadoras de planos de saúde, cada cidadão passa a ser um consumidor em potencial. Em contrapartida, um número significativo de pacientes começou a agir como consumidores, seja na escolha de seus planos de saúde, pela procura de serviços médicos ou pela intolerância a sintomas que, por vezes, não correspondem a uma norma social.

No bojo dessas transformações, a automedicalização tem se tornado cada vez mais comum, com pessoas que buscam auxílio médico e muitas vezes já direcionam suas queixas para um problema visando uma solução específica. Podemos atribuir à internet parte da responsabilidade pela difusão de informações por meio de associações, grupos de debate de pessoas com os mesmos sintomas. Não é estranho que *sites* sejam patrocinados por fabricantes de medicamentos. Esses *sites* geralmente ajudam os sujeitos a decidir se eles podem ter uma determinada patologia ou se beneficiar de um tratamento médico. Certamente, o médico se mantém como a porta de entrada para medicalização, mas com essas transformações, a própria profissão acaba assumindo o papel subordinado na expansão da medicalização. As organizações que gerenciam o cuidado em saúde, a indústria farmacêutica com novas drogas revolucionárias e alguns tipos de médicos (por exemplo, cirurgias plásticas) cada vez mais perceberam os pacientes como consumidores de seus produtos.

O conceito de medicalização, oriundo da década de 1960, se difundiu e ampliou o seu escopo, atingindo uma série de fenômenos

medicalizáveis, como: infância, senilidade, comportamentos desviantes, gravidez, timidez, sexualidade, masculinidade, sobrepeso, memória, tristeza, amor, angústia e outros sentimentos. Para cada um desses fenômenos, surgem, potencialmente, novas condições médicas que ditam padrões de normalidade, novos transtornos e novas capturas com uma suposta legitimidade científica (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014).

Ainda se destaca a relação da medicalização com os marcadores sociais das diferenças. Isso significa dizer que a medicalização também atinge grupos de formas diversas, considerando o gênero (homens e mulheres, travestis e transexuais), a sexualidade (hétero e homossexuais, gays, bissexuais), a etnia (negro, asiático, branco), a classe social (ricos e pobres, profissionais liberais, pessoas em situação de rua), a geração (jovens e idosos, adultos e adolescentes e crianças), entre outros. Como exemplo, uma pesquisa realizada por Santos & Vasconcelos (2010) sobre a prevalência do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) revela uma prevalência de 9:1 de meninos para meninas em amostras clínicas e uma proporção de 3:1 em amostras populacionais em geral.

Já adentrando no campo da educação e dos processos de ensino e aprendizagem, podemos afirmar que o fenômeno da medicalização está muito presente no contexto da escola. Fazendo uma retrospectiva, nunca antes as escolas encaminharam tantos estudantes com queixa escolar para centros de atendimento, tais como serviços escolas de cursos de Psicologia e consultórios médicos e psicológicos (Collares & Moyses, 2010; Decotelli, Bohre, & Bicalho, 2013). Por meio desses encaminhamentos é possível perceber uma lógica em resolver problemas do contexto escolar fora do âmbito da escola. Ou seja, quem não consegue acompanhar as aulas, não se apropriando dos conteúdos ensinados e mantendo um comportamento fora do esperado, pode acabar sendo caracterizado como portador de supostos transtornos¹, cada vez

¹ Optou-se por usar o termo “supostos transtornos” para marcar um posicionamento crítico, considerando que muitos transtornos que hoje são classificados como doença, tem seus critérios questionados do ponto de vista científico, inclusive no âmbito da própria medicina. Um exemplo é o diagnóstico de TDAH que já mudou sua classificação mais de 10 vezes desde sua primeira descrição. Suas hipóteses diagnósticas não foram comprovadas cientificamente, com rigor metodológico, ético. Sua descrição é um consenso de

mais e em maior número, objeto dos manuais de psiquiatria. Isso leva a pensar que o processo de escolarização vem sendo, frequentemente, justificados por supostas doenças da aprendizagem. Dificuldades escolares que poderiam ser resolvidos com intervenções pedagógicas são caracterizados como transtornos neurológicos que precisam de intervenção médica e medicamentosa (Santos & Vasconcelos, 2010).

As vicissitudes do processo de aprendizagem de crianças e adolescentes têm colocado diversos supostos transtornos como destaque no cenário atual. Com frequência, dislexia, TDAH, disartria, discalculia, dislalia, ecolalia, agrafia vêm sendo utilizadas como justificativas para o fracasso escolar, no processo de escolarização. A transformação das dificuldades no processo de ensinar e aprender em transtornos é permeada por pressupostos organicistas, que tentam localizar no indivíduo a não aprendizagem da criança, reproduzindo formas de exclusão e silenciamentos, negligenciando a complexidade intrínseca aos processos de escolarização (Collares & Moyses, 1996, 2010; Lima & Caponi, 2011; Decotelli *et al.*, 2013; Figueira & Caliman, 2014).

O processo de medicalização é uma tentativa de homogeneizar padrões comportamentais. Cada vez mais, há um processo social e político de homogeneização da diversidade humana. Esse processo é estabelecido com base em normas sociais as quais definem o que é considerado adequado no que se refere a comportamentos e modos de aprender. Quando o sujeito não se adequa a essas normas, ele é considerado desviante (Toassa, 2012; Machado & Lessa, 2012; Lemos, 2014).

A transformação das dificuldades de ensinar e aprender em problemas do indivíduo produz a isenção da responsabilidade de todas as outras instâncias nele implicadas. Além disso, pode gerar um retorno à culpabilização do estudante, frente às expectativas dos adultos e da escola, quando seu comportamento não está adequado aos padrões exigidos. Quando se encontra um culpado, inocentam-se as demais instâncias envolvidas, dificultando uma compreensão abrangente das relações que propiciam e mantém o diagnóstico (Collares & Moisés, 2010; Crochik & Crochik, 2010; Eidt & Tuleski, 2007).

O contexto social, cultural e político tende a ser negligenciado em prol da homogeneização da diversidade humana. Ou seja, existe uma tendência normalizante, com comportamentos e condutas considerados adequados para cada contexto. Porém, aquele que está fora deste padrão

especialistas, em especial, norte americanos que não deixam evidentes seus conflitos e interesses com a indústria farmacêutica.

se torna estigmatizado, marginalizado e, muitas vezes, passa a fazer uso de medicamentos prescritos por um especialista, na tentativa de “eliminar o problema” (Collares & Moysés, 1996; Souza, 2010; Eidt & Tuleski, 2007).

À medida que se trata apenas o sujeito, estamos afirmando que o problema existe somente nele, eximindo todo o contexto social e político em que se constituem as legitimações e controvérsias a respeito desses supostos transtornos. A compreensão de fatores macroestruturais é fundamental para entendermos a complexidade das múltiplas determinações deste fenômeno. Um dos aspectos importantes para compreender este fenômeno é destacado por Eidt e Tuleski (2007). As autoras problematizam a medicalização da sociedade, levando em consideração as transformações sociais, os novos meios de produção da sociedade neoliberal e as novas organizações sociais decorrentes deste processo histórico.

O estudo das autoras acima parte do pressuposto marxista que o ser humano se torna ser humano a partir de sua inserção na sociedade. Portanto, é indispensável compreender o mesmo no contexto histórico e cultural que o tange. Considerando que o indivíduo se constitui em um contexto, refletir sobre os sentidos e significados produzidos pelo estudante, a partir de um processo de diagnóstico, nos fornece elementos para pensar as formas de inclusão e exclusão no sistema de ensino de forma multifacetada (Eidt & Tuleski, 2007).

Parte-se do pressuposto de que os diagnósticos oferecem sentido à existência dos estudantes, assim como das suas famílias, que passam a percebê-los como uma verdade. Dessa forma, eles produzem processos de subjetivação marcados pela normalização, patologização e medicalização da diversidade de modos de aprender e estar na escola. Diante do exposto, emergem as seguintes questões de pesquisa: Qual a relação que o estudante estabelece com diagnóstico de dificuldades de aprendizagem e comportamento? Como esses sentidos marcam suas trajetórias de vida escolar e constituem suas relações com a escola?

O presente estudo tem como objetivo geral compreender como o estudante subjetiva o diagnóstico relacionado a supostos transtornos de dificuldades de aprendizagem e comportamento, e as implicações deste diagnóstico nas suas trajetórias escolares. Para responder a este objetivo, foram levantados os seguintes objetivos específicos: (i) identificar os sentidos produzidos por estudantes decorrentes do diagnóstico relacionado a supostos transtornos de aprendizagem e comportamento;

(ii) analisar os efeitos do diagnóstico nos processos de escolarização; e (iii) identificar, a partir da perspectiva dos estudantes entrevistados, possíveis implicações do diagnóstico nas relações afetivas, nas relações sociais e no processo de aprendizagem do estudante. Assim, a pesquisa mostra-se relevante como uma forma de abrir um espaço para escuta de estudantes que, cada vez mais, têm sido silenciados por meio da contenção química dos seus corpos.

O estudo espera identificar como o diagnóstico se relaciona com a transformação da vida do estudante, de sua família, de suas relações sociais, produzindo um tipo de reflexão que se pauta no que era e o que passou a ser depois desse evento. Ele acompanha o fluxo da produção de conhecimento que têm constituído o cenário dos estudos sobre medicalização da educação e da sociedade. Pretende-se contribuir com as discussões elencadas, com o processo de divulgação junto à comunidade científica, oferecendo visibilidade às implicações que o diagnóstico traz para os processos de aprendizagem e relações sociais. Desta forma, compreender a relação que o estudante estabelece com o diagnóstico poderá servir de subsídio para ampliar o olhar sobre a patologização das aprendizagens e do comportamento.

Frente a estas questões, é urgente pensar em estratégias de pesquisa que considerem a complexidade de elementos constituintes das dificuldades escolares de aprendizagem e de comportamento, ou seja, que abranjam os estudantes, a escola, os pais e os profissionais. Um olhar ampliado sobre as implicações da patologização e medicalização das dificuldades escolares para os estudantes, suas famílias e demais pessoas com as quais eles se relacionam possibilitará a criação de subsídios teórico-metodológicos voltados ao desenvolvimento de práticas psicológicas na escola que levem em conta o acolhimento das diferenças.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os objetivos e metas delimitadas estão em consonância com o intuito de compreender processos de produção de subjetividade no mundo contemporâneo. Partimos do pressuposto de que estudantes - crianças e adolescentes - constituem sua subjetividade a partir dos processos de apropriação do contexto histórico e cultural. Portanto, concebido por uma demarcação histórica e de características peculiares, conforme seu contexto. Ou seja, intrinsecamente relacionada às condições sociais, econômicas e de escolarização, além de aspectos culturais, biológicos, entre tantos outros. Entender a dinâmica em que ocorrem esses processos de subjetivação do diagnóstico e suas implicações propicia definir parâmetros que anunciam um fenômeno que é multideterminado.

Para avançar nesta problemática, a presente pesquisa se fundamenta nos pressupostos da Psicologia sócio-histórica. Essa abordagem compreende que o sujeito se constitui a partir de sua interação social com os demais seres da espécie dentro de um contexto e de um percurso histórico. Ao mesmo tempo em que se constitui, também constitui essas relações. Nesse processo de constituição de sujeito, a apropriação é um conceito fundamental para Vigotski. Consiste na reconstrução interna de uma ação externa ao homem, partindo do nível interpsicológico para o intrapsicológico, tendo como base as mediações semióticas (Vigotski, 2001).

Os signos são instrumentos psicológicos que atuam como mediadores da transformação de relações sociais em funções mentais. O contato com o mundo exterior, também consigo mesmo e com sua própria consciência, ocorre por meio dos signos. O significado é um traço constitutivo da palavra, pois sem ele, seria apenas um som. O significado da palavra é o conjunto da unidade/unificação do pensamento e da palavra. As palavras tentam trazer um pensamento, mas ele sempre escapa delas, pois não consegue exaurir, ou melhor, objetivar todo o pensamento. O significado, portanto, é um fenômeno do pensamento e da linguagem. Do ponto de vista psicológico, toda palavra é uma generalização ou um conceito. Toda formação de conceito é um ato do pensamento. Apreender o significado da palavra é uma tentativa

de apreender o movimento do pensamento (Vigotski, 2001; Aguiar & Ozella, 2006).

Pensamento e linguagem não são sinônimos. A linguagem é uma objetivação transformada do pensamento. Transformada porque nunca é possível objetivar totalmente o pensamento. A relação entre o pensamento e a palavra é um processo. Nesse movimento, vou tentando encontrar palavras para que consiga objetivar para o outro o que o meu pensamento flui. O pensamento culmina na palavra e envolve um processo bastante complexo, é um desafio explicar para o outro o meu pensamento (Vygotski, 1992).

Nessa mesma direção, palavra não é a mesma coisa que linguagem. A palavra é uma forma de linguagem, porém, o processo de apropriação para expressar um pensamento se usa mais do que a palavra, usa-se imagens, movimentos, sons, entre outras diferentes linguagens que são atravessadas pelo raciocínio. Apesar dos diferentes tipos de linguagem, se aprende a falar a partir das palavras, por esse motivo, podemos dizer que essa forma de comunicação é um privilégio da humanidade.

Todas as atividades humanas são constituídas de significado. Na obra de Vygotski, a criação e o uso de signos são a atividade mais geral e fundamental do ser humano. Ela afeta e transforma os sujeitos, transformando-os de seres biológicos para seres constituídos pelo simbólico. Aquilo que se produziu nas relações, se estabilizou, foi acordado entre as pessoas e se convencionou. Portanto, os significados são produções históricas e sociais que permitem a comunicação e a apropriação das nossas experiências. Referem-se aos conteúdos instituídos, mais fixos, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades (Vygotski, 1992).

Se o significado da palavra é um fenômeno do pensamento, a transição do pensamento para a palavra perpassa o significado e o sentido. Portanto, a relação entre pensamento/linguagem perpassa as categorias de significado e sentido. Antes de prosseguir, vale destacar que sentido e significado são categorias diferentes, porém não podem ser compreendidas deslocadas uma da outra (Aguiar & Ozella, 2006). Os significados são apropriações pelos sujeitos, de forma singular, tornando em sentidos. Estes, por sua vez, sempre têm um pensamento que os sustentam. Um sentido sempre está ligado a uma afetação e a uma intenção. Conhecer o sentido é encontrar o pensamento e a base afetivo-volitiva.

Nesse emaranhado de significados, procura-se o sentido, pois esse está ligado a um pensamento que tem como base uma afetividade.

Uma intenção que tem como base necessidades, interesses, impulsos, afetos, emoções. É no sentido que se encontra o que sustenta a palavra. Para Vigotski, a constituição de sujeito acontece por meio da apropriação singular que se configura no processo histórico de construção da consciência humana. Há um contexto social tão indiferenciado que precisa ser individualizado. Ou seja, vamos nos tornando singulares a partir da apropriação da cultura.

Diante do exposto, podemos compreender que a Psicologia sócio-histórica fundamenta seus escritos com base no materialismo histórico-dialético. Tendo em vista que este estudo tem o propósito de dialogar sobre o papel da educação na constituição do sujeito da contemporaneidade, a partir desse marco conceitual, cabe enfatizar sobre os fenômenos cuja investigação se ocupa, assim como as articulações e conexões a ele relacionadas. Com base na perspectiva epistemológica utilizada nesta pesquisa, destaca-se que é necessário compreender os mais variados elementos que envolvem a prática educativa para o entendimento dos fenômenos nela reproduzidos. Por isso, no próximo subcapítulo abordaremos marcos importantes sobre a constituição histórica da infância, pois não é possível pensar os processos que permeiam o contexto escolar sem levar em consideração o percurso histórico que torna crianças e adolescentes sujeitos de direitos. Nesse aspecto, o pensamento marxista nos fornece uma pista essencial, ao passo que propõe um método de compreensão sobre como o ser humano se relaciona com as coisas, com a natureza e com a vida.

2.1. A Construção Social da Infância

Embora a infância tenha existido desde os primórdios, ela passa a ser percebida como uma categoria de construção social a partir do século XVII e XVIII. Segundo Ariès, (1981), com base em estudos de fotos, obras de arte, músicas, iconografia religiosa e leiga da idade média, entre os séculos XII e XVII, a infância não era representada na vida familiar. Nesse período, a criança não era vista como um ser em desenvolvimento, mas sim como um adulto em tamanho reduzido. Ela era vista como um ser utilitário para sociedade. A partir dos sete anos, já integrava a vida produtiva familiar e lhe eram atribuídas

responsabilidades de cumprir seus ofícios, realizando tarefas e imitando seus pais.

De acordo com Ariès (1981), a infância foi uma invenção da modernidade. Para o autor, a noção de infância surgiu apenas no século XVII, junto com as transformações que começaram a se processar na transição para a sociedade moderna. Até então, as crianças ocupavam o lugar de anonimato, mesmo quando sobreviviam os primeiros anos de vida na idade média. De acordo com o autor, a infância era apenas uma fase sem importância, que não se fazia sentido fixar lembranças. Além disso, era comum muitas crianças perecerem cedo das diversas mazelas, fato este, trazia no imaginário da época que “essa coisinha desaparecida tão cedo fosse digna de lembrança” (p.21).

Este segundo aspecto apontado pelo autor refere-se aos altos índices de mortalidade infantil desta época. As condições sanitárias propiciaram a proliferação de enfermidades e os recursos tecnológicos para tratar as enfermidades eram escassos. Nesse sentido, a mortalidade era aceita com bastante naturalidade. As crianças que sobreviviam logo se mesclavam aos adultos e eram percebidas pelo viés utilitário perante a coletividade, dificultando que prosperasse um sentimento de amor materno e afeição pela infância. As crianças que pereciam eram substituídas por outras mais fortes que correspondiam às expectativas. Também era comum nessa época entregar os filhos para outras famílias criar e educar. Por volta dos sete anos, se sobrevivessem, as crianças eram devolvidas para as famílias e estavam prontas para serem inseridas no trabalho (Ariès, 1981).

Uma mudança para com o cuidado em relação às crianças só passa a existir a partir do século XVII, com a interferência da igreja e do poder público, originando as primeiras escolas preocupadas, principalmente, em salvar as crianças de posturas perversas e imorais. A igreja também estava preocupada em preservar as virtudes da infância e a “inocência original”, associando sua imagem ao sagrado, angelical. Inicia-se, então, as primeiras cerimônias dedicadas à infância, como a primeira comunhão. Este ritual irá mudar o lugar da criança na sociedade. As condições de higiene passam a ser melhoradas, atrelando o cuidado das mães, amas e parteiras que passam a ser vistas como as protetoras dos bebês, criando uma nova concepção sobre a saúde da criança (Ariès, 1981).

Essa mudança cultural, influenciada pelo movimento religioso cristão, pelas mudanças políticas e econômicas, provoca transformações nas relações entre pais e filhos. De acordo com Ariès (1981), é a partir deste período que se marca o surgimento de um sentimento da infância

como uma construção social. Com o advento da modernidade, a família passa a ter uma função moral e espiritual para com as crianças. O surgimento das escolas, influenciadas pela igreja e pelo Estado, passa ter a função de preparar os filhos para a vida adulta, disciplinando-os tal qual era feito com os loucos, bêbados, pobres, prostitutas, entre outros considerados desviantes da moralidade hegemônica.

2.2. A história da criança como sujeito de direitos

O reconhecimento da criança como sujeito de direitos é fato recente na história brasileira e em outros países do mundo. De acordo com Andrade (2010), até o século XVI não havia o reconhecimento dos direitos e das necessidades das crianças, pois estas eram subjugadas pelo poder sem limites dos pais, estando em condições de ser ignoradas, abandonadas, abusadas, vendidas ou até mesmo mutiladas. É somente a partir do século XVI que a condição da criança na sociedade passa a ser modificada, criando um espaço social para as crianças, no qual é possível salvaguardar algumas de suas necessidades.

A origem dos direitos da criança está pautada na história dos direitos do homem, com a formulação dos Direitos Naturais do Homem e do Cidadão (1789), que se propagaram com os ideais burgueses da revolução francesa, pautada nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Vale ressaltar que esse momento é marcado por muitas tensões e rupturas, provocando principalmente mudanças nos modos de produção. Tal contexto faz com que a educação seja uma preocupação do Estado e da sociedade em garantir indivíduos ativos. Assim, este período histórico é marcado por época dos direitos, do seu reconhecimento teórico e da sua afirmação prática (Gonçalves, 2015).

Portanto, este pensamento nos leva a compreender que a infância passa a adquirir um novo significado, em que a proteção e o cuidado dependeria o futuro da sociedade. Apesar desses avanços, é somente durante a primeira guerra mundial que as crianças adquirem visibilidade, pela precariedade que estavam vivendo. Um dos primeiros expoentes na defesa do reconhecimento dos direitos da infância foi Eglantine Jebb (1914), responsável pela fundação de um movimento internacional de discussão das repercussões das guerras na vida das crianças, o *Save the*

children Fund International Union, o qual se tornou base para que, em 1923, fosse promulgada a Primeira Declaração dos Direitos da Criança, conhecida como Declaração de Genebra (Andrade, 2010).

O texto da Declaração ressalta um discurso da proteção e auxílio à infância, desde a preocupação com seu desenvolvimento até a necessidade de cuidados básicos como: alimentação, saúde, proteção e educação. De acordo com Gonçalves (2015), são princípios básicos estabelecidos na Declaração de Genebra (1924):

1. a criança tem o direito de se desenvolver de maneira normal, material e espiritualmente;
2. a criança que tem fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser tratada; a criança retardada deve ser encorajada;
3. o órfão e o abandonado devem ser abrigados e protegidos;
4. a criança deve ser preparada para ganhar sua vida e deve ser protegida contra todo tipo de exploração;
5. a criança deve ser educada dentro do sentimento de que suas melhores qualidades devem ser postas a serviço de seus irmãos.

Neste contexto, outra iniciativa destacada por Gonçalves (2015) se refere aos trabalhos de Janusz Korczak (1878-1942), um dos precursores do direito da criança e do reconhecimento da total igualdade de direitos frente aos adultos. Korczak fundou o orfanato Dom Sierot (A Casa dos Órfãos), em Varsóvia, destinado a atender crianças judias com idade de sete a 14 anos. Na direção do orfanato, ele implementou práticas pedagógicas inovadoras, pautadas na autogestão, com regras próprias, tais como um parlamento, um tribunal, um jornal, um sistema de horas de serviço, entre outras.

Sob uma conjuntura profundamente adversa, Korczak ousou afirmar que a criança tem o direito de ser o que ela é, e que o seu indiscutível e primeiro direito é aquele que permite que expresse suas ideias livremente. Para ele, o princípio norteador era de que os adultos não deveriam se sobressair em relação às crianças, e sim sempre levar muito a sério suas opiniões, sugestões e seu ponto de vista. As ideias de Korczak também serviram de inspiração para a Declaração dos Direitos das Crianças de Genebra (1924) que, por sua vez, serviu de base à Declaração dos Direitos das Crianças, de 1959.

Embora a criança tenha ganhado visibilidade pelo sistema jurídico, na prática, a infância continuava necessitada de assistência e proteção, pois estas declarações não obtiveram o resultado esperado.

Possivelmente, um dos motivos esteja atrelado ao próprio contexto social da época, emerso a duas grandes guerras mundiais (1914-1918/1939-1945). As guerras deixaram um grande número de crianças órfãs, abandonadas, sem condições básicas de subsistência, violando os próprios princípios da Declaração de Genebra. Nessa conjuntura adversa, no ano de 1946, como resultado da necessidade de assistência às crianças órfãs da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o *United Nations International Child Emergency Fund* (Unicef). Em 1953, o Unicef tornou-se um órgão permanente da ONU e, em 1958, seus investimentos passaram a incorporar os serviços sociais para a criança e suas famílias, abrangendo também os serviços de educação e a luta pela promoção da defesa dos direitos das crianças (Andrade, 2010; Gonçalves, 2015).

A condição da criança, como prioridade absoluta e sujeito de direitos, é proclamada com a Declaração Universal dos Direitos da Criança, em 1959. Ela amplia o número de premissas existentes na Declaração de Genebra, sendo composta por dez princípios básicos que afirmam, em síntese:

... o direito da criança: à proteção especial; a um nome e uma nacionalidade desde o nascimento; de brincar e se divertir; de proteção e desenvolvimento em condições de liberdade e dignidade; de utilizar os benefícios relativos à seguridade social, incluindo adequada nutrição, moradia, recreação e serviços médicos; à educação e a ser protegida contra todas as formas de negligência, crueldade e exploração (Gonçalves, 2015, p. 31).

A Declaração Universal dos Direitos da Criança configura como o primeiro instrumento internacional específico, se constituindo um marco na luta dos direitos das crianças e no reconhecimento da criança enquanto sujeito detentor destes direitos. Vinte anos mais tarde, em comemoração à promulgação da Declaração dos Direitos das Crianças, foi então declarada, em 1979, o Ano Internacional da Criança, conferindo visibilidade à infância na sociedade. Diversos estudos começaram a ganhar espaço nos debates sociais, intensificando as discussões para que os direitos das crianças, até então proclamados, tivessem respaldo na lei internacional. Isso faz com que os Estados

constituam um elenco de obrigações mais específicas de proteção da infância, o que contribuiria para a formulação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, proclamada em 1989, constituindo-se em um tratado inovador, internacional e dotado de caráter universal, visto ser ratificado por 192 países, entre eles o Brasil.

A convenção originará no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que compreenderá por criança pessoas até 12 anos, e adolescente dos doze a 18 anos. Embora o ECA seja um instrumento garantidor de direitos, a história que o precede mostra que as condições das crianças não são animadoras. A história da infância no Brasil é uma história de abandono. Desde o período do Brasil Colônia até metade do século XX não houve uma preocupação legítima do Estado com a proteção de milhares de crianças e adolescentes que viviam em condição de abandono, assim como não houve neste período uma política social que fosse capaz de atender as famílias e retirá-las da extrema pobreza.

2.3. Os direitos das crianças ainda são “letras morta” na lei.

A construção dos direitos das crianças percorre uma trajetória marcada por lutas, avanços e desafios, para que os dispositivos previstos nas legislações internacionais sejam incorporados nos territórios de cada nação. O Brasil, e demais países colonizados para fins de exploração de recursos, têm outros agravantes, pois a economia fica à mercê das políticas do mercado mundial, conseqüentemente, agravando as condições de vida da população. Além da economia, outros fatores como as heranças do passado escravista, as ideias burguesas assistencialistas e a acentuação da desigualdade social provocada pelas grandes concentrações de renda afetam diretamente os princípios democráticos e, conseqüentemente, no desenvolvimento de políticas públicas para a infância e juventude. Destacamos que a democracia é um construto burguês. Trata-se de uma ideologia de universalidade, mas na realidade, só o discurso é universal. Na prática, a cidadania não é para todos. Caso contrário, teríamos um Estado com políticas públicas para todos. Existe uma correlação de forças entre classes e os direitos precisam ser conquistados com luta e resistência. A classe trabalhadora brasileira, há anos, vem lutando para conquistar direitos e condições igualitárias.

A trajetória da criança e adolescente no Brasil evidencia diversos problemas, tais como maus tratos, abusos sexuais, mortalidade infantil, miséria, fome, crianças sem teto, sem família e escrava do trabalho, isso tudo sendo causado por negligência do Estado, da família e da sociedade em geral. De acordo com Del Priori, (2013), os primeiros modelos de educação e cuidado para com a infância foram trazidos pelos jesuítas, no período colonial. Para eles, a puberdade era o período perigoso onde ocorria a passagem de uma “inocência original” atribuída à criança para adotar comportamentos do adulto. Frente a isso, existia a preocupação em catequizar, disseminando a fé cristã para discernimento entre o bem e o mal. Conforme destaca a autora,

desde o início da colonização, as escolas jesuítas eram poucas e, sobretudo, para poucos. Se as crianças indígenas tiveram acesso a elas, o mesmo não podemos dizer das crianças negras, embora saibamos que alguns escravos aprendiam a ler e escrever com os padres. O ensino público só foi instalado, e ainda assim, mesmo de forma precária, durante o governo do marquês de Pombal, na segunda metade do século XVIII (Del Priori, 2012).

No século XIX, o cenário não se mostrava diferente, mesmo com as transformações decorrentes da vinda da realeza para o Brasil. De acordo com Del Priori (2012), a saída para os filhos dos pobres não seria a educação, mas a sua transformação em cidadãos úteis e produtivos na lavoura, enquanto os filhos de uma pequena elite eram ensinados por professores particulares. Aos pobres, provavelmente negros, o espaço era reservado apenas quando se tratavam daqueles que demonstravam “acentuada distinção e capacidade”. A desigualdade social, portanto, inscrevia-se desde as origens do ensino público, que não atendia os interesses de todos. Restava, no máximo, para as crianças libertas, a perspectiva do ensino profissionalizante, oferecido por instituições privadas que recolhiam crianças pobres e davam-lhes um mínimo de preparo prático para ofícios manuais (Del Priori, 2012). De acordo com a autora,

(...) instituições como o Asilo de Meninos Desvalidos, no Rio de Janeiro, visavam não

apenas atender os meninos que vagavam pelas ruas das cidades, mas também encontrar soluções para disciplinar os libertos. Muitos proprietários de escravos solicitaram, de fato, matrículas de “ingênuos” no Asilo, como forma de indenização pelos gastos com alimentação e cuidados com as crianças libertas pela lei (2012, p. 237).

A história da assistência à infância no Brasil é demarcada justamente pelo abandono, negligência e pela ausência de direitos da classe trabalhadora. Um exemplo do modelo de assistência, que representou forte controle social exercido para as crianças ditas “menores”, foi o sistema da roda dos expostos. As rodas dos expostos eram constituídas basicamente por um cilindro de madeira disposto em conventos e casas de misericórdias, nos quais eram colocadas pelo lado de fora as crianças abandonadas por suas famílias e que, depois de giradas para o interior da instituição, eram recolhidas sem conhecer quem as tinham abandonado. Este modelo só passou a ser extinto, gradativamente, com o movimento higienista do século XIX e XX e com um arranjo de políticas sociais específicas para atendimento das crianças abandonadas.

Vale ressaltar que as constituições brasileiras que precedem o século XX, a de 1824, outorgada no período imperial, e a de 1891, a primeira Constituição Republicana, nada mencionam a respeito da infância. Somente no início da década de 1920 foram criadas medidas legais de prevenção, proteção e assistência às crianças abandonadas. Na realidade, as medidas legais estavam preocupadas a com presença crescente de crianças nas ruas - as negras eram maiorias - exigindo solução para estancar a circulação destes “desgraçados, sem teto, sem lar, sem educação, sem instrução e sem ordem” (Del Priori, 2012).

Em decorrência de uma época de inconstância política, alguns setores da sociedade faziam pressão para construção de leis mais rígidas às crianças. Alguns se empenham em defender o encarceramento precoce de adolescentes, outros, por sua vez, a necessidade de assistência aos mesmos. A questão da criminalidade associada aos menores incomodava as autoridades e uma política criada para a infância foi o Código de Menores (1927), posteriormente revogado pelo Código de Menores de 1979. A promulgação do Código de Menores é um marco na política pública de proteção, assistência e vigilância à criança, entretanto, o que se reveste em forma de lei é a criminalização das crianças e jovens. Conforme Gonçalves,

as crianças eram referendadas apenas como menor, sendo punidas por estarem em situação “irregular”, ou seja, em situação de risco, sendo que esta condição advinda do resultado da condição social de suas famílias e ausência radical de políticas públicas. A denominação “menor” diferenciava as crianças oriundas da classe trabalhadora das crianças burguesas, automaticamente, o direito de uns era diferente do direito de outros (2015, p. 39).

Vale ressaltar que o termo menor foi uma categoria utilizada para distinguir o filho do pobre, da classe trabalhadora, das crianças da classe abastada. De acordo com Gonçalves (2015), denotava uma concepção discriminatória e repressiva do sujeito criança, pois o “menor”, ou “filho do pobre” que provocara possíveis desordens sociais, era aquele que estava em “estado de mendicância ou libertinagem”, sendo necessário tomar medidas preventivas e de controle social.

Nas constituições que sucederam, de acordo com Andrade (2010), a de 1937 assinala enquanto responsabilidade do Estado providenciar cuidados especiais à infância, cabendo ao Estado Novo o “cuidado e o amparo”, em vez do “dever e do direito”. Já na Constituição de 1946, promulgada no clima de pós-guerra mundial, encontram-se os termos amparo e assistência. A mesma defende a educação como direito de todos e preceitua a descentralização no formato administrativo e pedagógico do sistema educacional brasileiro, culminando na aprovação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a Lei n. 4.024/1961.

Embora a Constituição preconizasse a educação como direitos de todos, a criança e a juventude continuavam à margem da sociedade. Alguns eram criminalizados por novos dispositivos de repressão da pobreza, a exemplo do Serviço de Atendimento ao Menor (SAM), sistema que ajudou a criminalizar definitivamente o menor de rua. Outros eram excluídos pelas tecnologias escolares de exames que rotulavam a criança, seja pelas ideias da “família desestruturada”, seja pela teoria da “carência cultural”. Conforme Del Priore,

... no primeiro quartel do século XX, a população de crianças carentes tinha que se defrontar com

um binômio imposto pela sociedade burguesa: lazer versus trabalho e honestidade versus crime. Normalmente foram associadas ao trabalho e, na ausência deste crime. Os rostos de crianças negras são os mais frequentes nas imagens mostradas sobre a FEBEM (2012, p. 238).

Percebe-se que a política de proteção e assistência às crianças pobres, obviamente, se dava no sentido da punição e não exatamente no sentido da proteção. A resposta do aparelho estatal diante da condição da infância empobrecida, abandonada e marginalizada foi criar mecanismos de controle judicial para as crianças na rua em situação de abandono, principalmente nas grandes cidades. Desde o século XX, o Estado brasileiro atenta-se para a assistência e proteção. Mas esta proteção é de controle, de encarceramento é de punição.

Apenas em 1989 a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a convenção sobre os direitos das crianças. E esse se tornou o documento de direitos humanos mais aceito na história da infância. A criança passou a ser considerada criança de direito. Portanto, titular e destinatário dos direitos fundamentais e inalienáveis da pessoa humana. O documento foi assinado por 193 países e traduzido para várias línguas. Não houve ratificação apenas em dois países (Somália e EUA). A convenção dos direitos da criança de 1989 leva a criação de uma nova doutrina, outro jeito de olhar a criança.

O Congresso Nacional Brasileiro ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), promulgada pelo Decreto 99.710/1990, no qual a criança passou a ser considerada como sujeito de direitos. Somente após a Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que a criança passa ter o *status* de sujeito de direito, em detrimento às outras nomenclaturas estabelecidas nos códigos anteriores. O reconhecimento da criança como sujeito de direitos é um fato recente na história mundial e local. Por isso, precisamos ressaltar a importância histórica dessa luta social e política para entender os entraves da dificuldade de sua realização.

2.4. A era da criança como sujeito de direitos

A Constituição Federal de 1988 representou grandes avanços no que se refere aos direitos sociais e às possibilidades de concretização do

Estado do Bem-Estar Social. Ela reconhece a necessidade de proteção à infância e assinala, no seu Art. 227, que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Todos estes direitos foram ratificados no ECA, Lei 8.069/1990, o qual expressa:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Do ponto de vista da legalidade e do avanço dos direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 e o ECA representam um divisor e marcam o reconhecimento da criança como sujeito de direitos. Entretanto, na prática, o que se observa é uma divergência entre o discurso e a realidade social.

Ao se passar quase 30 anos, a efetivação da Constituição Federal de 1988 e do ECA ainda está distante do esperado pelos movimentos

sociais e movimentos de defesa dos direitos humanos. Como bem destaca Gonçalves (2015), somente em 2014 foi aprovada a Lei 13.010/2014, denominada de *Lei do Menino Bernardo*, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente ao estabelecer no art. 18 que:

A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los. Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se: I - castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em: a) sofrimento físico; ou b) lesão; II - tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que: a) humilhe; ou b) ameace gravemente; ou c) ridicularize (Brasil, 2014).

Além disso, adentrando ao campo em relação à qualidade da educação básica vamos ver que o cenário não muda muito. Atualmente, o Brasil é um dos cinco maiores países do mundo, e encontra-se entre as 10 maiores economias mundiais. Por outro lado, é um dos países mais desiguais do planeta. De acordo com o índice de Gini – a medida mais usada de concentração de renda – é de 0,515 em 2017, sendo o máximo 1 e o mínimo 0. Embora este índice tivesse uma melhora nos últimos anos, continuamos como uma das maiores nações em termos de desigualdade. Apesar desses avanços, de acordo com o Unicef (2012), 20,2% dos brasileiros têm ao menos uma grave privação em educação, 5,2% em saúde e 2,8% em padrão de vida. Além disso, 5,2% vivem com menos de US\$ 1,25 por dia.

Ainda de acordo com o Unicef (2012)², o número de crianças brasileiras fora da escola na faixa de sete a 14 anos de idade é

² Para saber mais, a UNICEF disponibiliza, por meio do site: <http://www.foradaescolanaopode.org.br/>, os dados detalhados por município

considerado pequeno: 2%. No entanto, em números absolutos, são 534.872 crianças que não têm garantido o seu direito de aprender. Do total, 329.571 são negras, o equivalente a 61,6%. Em relação aos adolescentes de com idade entre 15 e 17 anos, o número aumenta para 1.539.811 fora da escola (14,8% dessa população). Diante do exposto, primeiro precisamos admitir que existem muitas crianças e adolescentes sem ter este direito constitucional garantido.

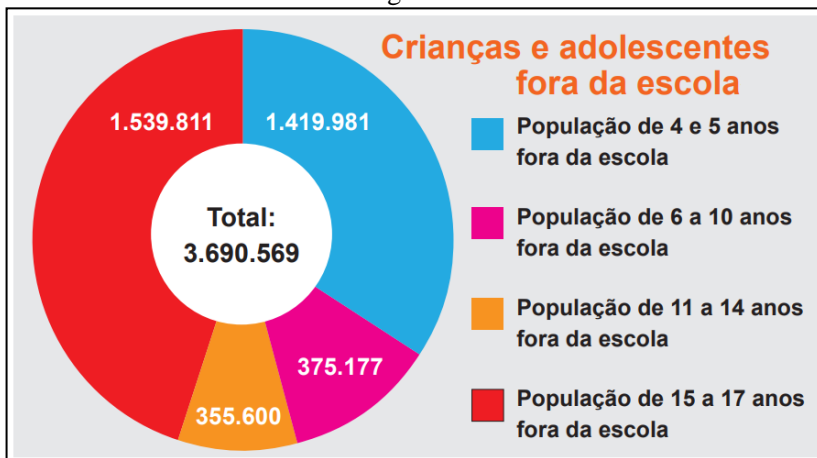


Figura 1: Crianças e adolescentes fora da escola conforme dados do IBGE/PNAD (2009)
Fonte: UNICEF (2012)

Quando as crianças não fazem parte desta estatística e conseguem acessar a escola, outros problemas se apresentam, como as elevadas taxas de repetência e o abandono da escola antes mesmo de concluir a educação básica. Conforme podemos observar no quadro abaixo, a dificuldade de progressão é um problema histórico do ensino brasileiro. Evidentemente, os problemas por reprovação não podem ser atribuídos somente aos estudantes que reprovam. O fracasso escolar precisa ser analisado por diferentes ângulos, para observar os marcadores sociais relacionados direta ou indiretamente com o sucesso ou fracasso na escola. Talvez, o mais evidente e mais fácil de argumentar esteja relacionado às barreiras econômicas. A pobreza é o maior desafio a ser

sobre o quantitativo de criança fora da escola, por idade, cor/ raça, renda familiar.

vencido pelas crianças e pelos adolescentes brasileiros para ter acesso a uma educação de qualidade. De acordo com o Unicef (2012), os indicadores revelam que os grupos mais pobres da população são os que apresentam as menores taxas de frequência à escola e os maiores índices de repetência e abandono.

Também neste grupo, a população negra se encontra em situação menos favorável que a branca. A discriminação racial é uma das principais barreiras que as crianças e os adolescentes brasileiros enfrentam para ter garantido seu direito à educação. Do total de excluídos da escola, a maioria é negra e parda: na faixa de quatro a seis anos, 19,9% estão fora da escola. A discriminação não se manifesta apenas na dificuldade de acesso, mas também na continuidade da vida escolar. A média de anos de estudo da população negra é de 6,7 anos, ante 8,4 da branca. Essa diferença indica que as taxas de repetência e abandono escolar entre crianças e adolescentes negros são maiores que entre os brancos (Unicef, 2012).

Estes são apenas dois exemplos de marcadores sociais que interferem diretamente no acesso e permanência na escola. Há certamente diversos, como as condições trabalhistas dos profissionais da educação, baixos salários, exposição a jornadas de trabalho exaustiva, excesso de estudantes em sala de aula, didáticas inadequadas, condições estruturais das escolas, muitas entregues ao abandono do Estado, entre diversas outras. Logo, a reprovação e a desistência do estudante são reflexos das más condições do sistema de ensino brasileiro.

Ao analisar o quadro abaixo, podemos perceber uma melhora nos índices de reprovação. Ela é mais alta no 9º ano do ensino fundamental, tendo caído de 10,9% para 8,9% entre 2005 e 2013. No 5º ano, ela passou de 10,4% para 7,3%, no mesmo período. Ela é mais baixa no ensino médio, tendo oscilado de 7,9%, em 2005, para 8,8%, em 2007, caindo para 6,4, em 2013.

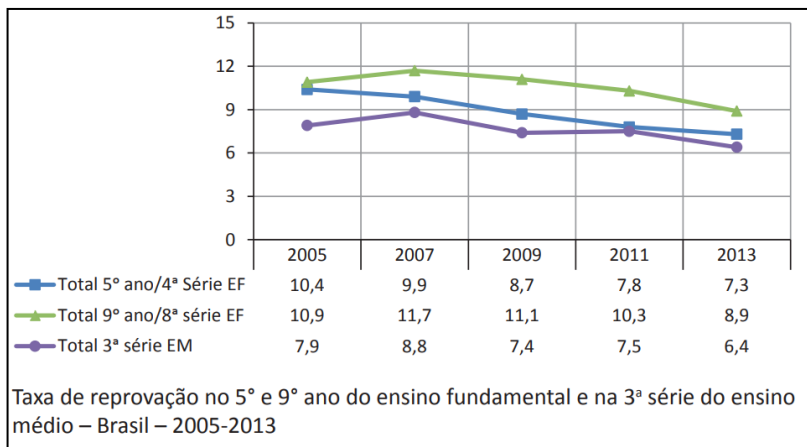


Figura 2: Taxa de reprovação no 5º e 9º ano do ensino fundamental e na 3ª série do ensino médio

Fonte: INEP (2018) - Relatório Saeb (Aneb e Anresc) 2005-2015: panorama da década

Em relação à melhora nos índices de reprovação, é necessário fazer um adendo, pois não significa exatamente uma melhora no sistema de ensino. Considerando que uma parcela de estudantes desiste do ensino médio por repetência, baixo desempenho e desinteresse em relação aos conteúdos oferecidos, o governo tem implantado um sistema de correção do fluxo escolar como estratégia para adequar a série à idade dos alunos no Ensino Fundamental. Esta aceleração permite que o estudante possa cursar mais de uma série em um único ano. Outra estratégia apresentada é a progressão continuada que permite que a maioria das crianças progrida continuamente pelos anos escolares, produzindo baixíssimos índices de reprovação. Entretanto, concretamente, estudos têm revelado que as crianças do ensino fundamental continuam com dificuldades importantes de leitura, escrita e domínio da matemática, advindas de um processo de escolarização precário. Assim, explicita-se que a progressão continuada não superou o fracasso escolar, ao contrário, a exclusão e da seletividade do sistema ainda persiste (Freitas, 2002; Viegas & Souza, 2006; Viegas, 2015).

Diante deste cenário, podemos observar que ainda existem crianças sem infâncias. Pessoas que ainda vivem em situações de violências, exclusão social, ausência de expectativas, preconceito

constituindo sobre esse ser humano que desde cedo se depara com a falta de políticas públicas para garantir seus direitos já garantidos nos dispositivos legais.

Frente ao exposto, trazendo o debate para o campo da Psicologia, é possível perceber que esta ciência tem um papel importante de assegurar a garantia dos direitos. Ao passo que avançamos em alguns marcos legais em relação ao direito à infância, diferentes saberes oferecem soluções para essa proteção - algumas, por vezes, controversas, como pode ser o caso da medicalização. Logo, a Psicologia escolar crítica precisou reinventar suas práticas para produzir espaços de cuidado com a infância, com um foco específico nos processos de escolarização e seus desdobramentos, conforme abordado no subcapítulo seguinte.

2.5. Psicologia escolar crítica e compromisso social

As contribuições da Psicologia ao contexto escolar já são realidade desde os meados do século passado. Essa área de produção de conhecimento e atuação profissional foi uma forte aliada à educação na perspectiva do ajustamento do indivíduo. Ou seja, atuava no processo de identificação de distúrbios de conduta ou de aprendizagem, visando o tratamento, a correção ou a prevenção (Patto, 2010; Souza, 2010; Zanella, 2008).

Entretanto, esta forma de explicar o “não aprender” se mostrava totalmente individualista, pois visava encontrar, no sujeito ou na família, problemas psicológicos, orgânicos, biológicos e culturais como forma de justificar o fracasso escolar. Nos anos 1980 do século passado, junto com o movimento de redemocratização, a Psicologia passou a repensar sua relação com a educação. Principalmente com os estudos de Maria Helena de Souza Patto, surgiram discussões e críticas no interior da Psicologia que passaram a nortear a ação da(o) psicóloga(o)³ no cotidiano escolar (Patto, 2010; Souza, 2010).

³ Utilizo a escrita gendrada para designar a profissional psicóloga. A forma como se convencionou a gramática para designar esta profissão é marcada por uma arbitrariedade, pois quando se utiliza o masculino das palavras para fazer referência a todos os gêneros, tem-se como consequências a invisibilidade do feminino, bem como a reiteração de práticas hierárquicas do masculino em relação ao feminino, em especial, numa profissão majoritariamente feminina.

Juntamente com outros campos da Psicologia, abre-se as portas para compreender o indivíduo no seu contexto histórico e cultural. Segundo Bock (1999), a Psicologia não pode pensar o indivíduo isolado do seu contexto social, político, econômico e cultural que o circunda. Diante do contexto de nosso país, a mesma autora enfatiza a necessidade de o trabalho da(o) psicóloga(o) apontar para a transformação social, para a mudança das condições de vida da população brasileira.

Neste sentido, o aspecto central da atuação da(o) psicóloga(o) é proporcionar a autonomia dos sujeitos implicados diante das suas problemáticas. Bock (2009) destaca que é dessa forma que construímos uma Psicologia comprometida com a sociedade, que promove a transformação de uma realidade, sendo os sujeitos protagonistas dessa mudança.

Partindo desse pressuposto, a atuação das(os) psicólogas(os) no contexto escolar deve se constituir como a de trabalhadoras(es) sociais comprometidas(os) com o processo de mudança, na indignação de qualquer forma de violência e exclusão social. A atuação da(o) psicóloga(o) caracteriza-se como uma ação voltada para a cidadania. Deve ter como norte o compromisso com uma sociedade não excludente, onde direitos civis, políticos e sociais possam ser efetivamente uma prerrogativa de todo cidadão (Zanella, 2008).

Segundo Zanella (2003), um dos comprometimentos da prática profissional de Psicologia é o da emancipação humana, superando as desigualdades sociais, e na produção de uma sociedade rica não só economicamente, mas também culturalmente. Nesta perspectiva, para as políticas públicas na educação é almejado

um projeto educacional que vise coletivizar práticas de formação e qualidade para todos; que lute pela valorização do professor e constitua relações escolares democráticas, que enfrente os processos de medicalização, patologização e judicialização da vida de educadores e estudantes; que lute por políticas públicas que possibilitem o desenvolvimento de todos e todas, trabalhando na direção da superação dos processos de exclusão e estigmatização social (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 33).

Portanto, o compromisso social da(o) psicóloga(o) é o de estar voltado para uma intervenção crítica da realidade, que estranhe, inquiete-se, problematize e não reduza a uma lógica patologizante das diferenças ou de homogeneização de comportamentos. Uma intervenção que instigue o protagonismo e, principalmente, prime pelo desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo. Enfim, uma intervenção que defenda a igualdade de direitos, que possibilite romper com as desigualdades presentes em nossa sociedade.

3. REVISÃO DE LITERATURA SOBRE MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO

Para validar a relevância deste estudo para a comunidade científica, foi realizada uma revisão de literatura em junho de 2016, na base de dados *Scientific Electronic Library Online – Scielo*. Para selecionar os trabalhos foram usados os seguintes descritores: medicalização; aprendizagem; ensino; escola; infância; e patologização. Com o descritor patologização como assunto foram encontrados nove. Com o descritor “medicalização” foram encontrados 60; “medicalização” combinado com: “aprendizagem” foram encontrados nove; com “infância”, 15; com “escola”, 19; com “ensino”, quatro; com “educação”, 18 trabalhos.

A partir do número total de trabalhos encontrados, foi realizada uma seleção através da leitura dos títulos e resumos onde se identificou 67 trabalhos relacionados especificamente como o tema dessa pesquisa. Após esta seleção, observou-se que a grande produção de artigos era datada de 2010 a 2016. Propositalmente, este período coincide com um marcador: o lançamento do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade realizado durante o I Seminário Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos, realizado em 2010, na UNIP em São Paulo. Frente a esses dados, optou-se por fazer o recorte dos artigos e resenhas publicadas no período mencionado acima, totalizando 44 trabalhos (40 artigos e quatro resenhas). Abaixo segue a classificação dos trabalhos por ano de publicação.

<i>Ano</i>	Quantidade de publicações
<i>2010</i>	3
<i>2011</i>	4
<i>2012</i>	5
<i>2013</i>	6
<i>2014</i>	11
<i>2015</i>	11
<i>Junho de 2016</i>	4

Quadro 1: Classificação dos artigos por ano de publicação 2010 – 2016.

Fonte: Elaboração dos autores

Em relação aos periódicos que mais publicaram trabalhos referente a temática medicalização, podemos destacar: Interface (Botucatu), 6; Psicologia Ciência e Profissão, 6; Psicologia Escolar e Educacional, 6; Psicologia e Sociedade, 4; Physis, 4; e Ciência e Saúde coletiva, 3 trabalhos publicados. Os periódicos Revista de Psicologia e Saúde e Sociedade tiveram dois artigos publicados no período. Outras 11 revistas tiveram um artigo publicado, são elas: Cadernos de Saúde Pública; Educação & Realidade; Educação & Sociedade; Estudos de Psicologia (Campinas); História, Ciências, Saúde-Manguinhos; Revista Brasileira de Linguística Aplicada; Revista Paulista de Pediatria; Saúde Debate; Texto Contexto Enfermagem; e Tempo Sociedade.

Artigo	Autores	Revista
Diagnóstico como nome próprio	Daiana Paula Milani Baroni, Rômulo Fabiano Silva Vargas e Sandra Noemi Caponi	Psicologia e Sociedade, 2010, 22 (1).
Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil	Fabíola Stolf Brzozowski, Jerzy André Brzozowski e Sandra Caponi	Interface (Botucatu), dez. 2010, 14 (35).
A força tarefa da psiquiatria do desenvolvimento.	Ana Cristina Costa Lima e Sandra Noemi Caponi	Physis, 2011, 21 (4).
Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais.	Ana Paula Serrata Malfitano, Rubens de Camargo Ferreira Adorno e Roseli Esquerdo Lopes	Interface (Botucatu), 2011, 1.15(38).
Para uma crítica da medicalização na educação.	Marisa Eugênia Melillo Meira	Psicologia Escolar e Educacional, 2012, 16 (1).
A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida.	Ana Lucia Coelho Heckert e Marisa Lopes da Rocha	Psicologia e Sociedade, 2012, 24 (no.spe).
O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização.	Paula Gaudenzi e Francisco Ortega	Interface (Botucatu), 2012, 16 (40).

Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos	Alexandre Palma e Murilo Mariano Vilaça	História, ciência e Saúde-Manguinhos, 2012, 19 (3).
A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política	Kely Magalhães Decotelli, Luiz Carlos Teixeira Bohre e Pedro Paulo Gastalho de Bicalho	Psicologia Ciência e Profissão, 2013, 33 (2).
Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi.	Marina Maria Beltrame e Maria Lúcia Boarini	Psicologia Ciência e Profissão, 2013, 33 (2).
Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos	Fabíola Stolf Brzozowski e Sandra Noemi Caponi	Psicologia Ciência e Profissão, 2013, 33 (1).
Sobre algumas (im)precisões de uma crítica fundamental à medicalização	Murilo Mariano Vilaça e Alexandre Palma	Interface (Botucatu), 2013, 17 (45).
Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: uma análise histórica e social.	Rita Signor	Revista brasileira de linguística aplicada, 2013, 13 (4).
Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do Psicólogo.	Marivete Gesser	Psicologia Ciência e Profissão, 2013, 33 (no.spe).
Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	Cadernos de Saúde Pública, 2013, 29 (5).
Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização	Dolores Galindo, Flávia Cristina Silveira Lemos, Henrique de Oliveira Lee e Renata Vilela Rodrigues	Psicologia Ciência e Profissão, 2014, 34 (4).

A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança.	Flávia Cristina Silveira Lemos	Psicologia Escolar e Educacional, 2014, 18 (3).
TDA/H – Análise documental sobre a produção do conceito	Ieda Maria Munhós Benedetti e Alexandra Ayach Anache	Psicologia Escolar e Educacional, 2014, 18 (3).
A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersectorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização.	Ana Laura Martins M.M. Becker, Paulo Haddad de Souza, Mônica Martins de Oliveira e Nestor Luiz Bruzzi B. Paraguay	Revista paulista de pediatria, 2014, 32 (3).
Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida.	Paula Lampé Figueira e Luciana Vieira Caliman	Psicologia clínica, 2014, 26 (2).
Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira.	Rosangela Barbiani, José Roque Junges, Fabiane Asquidamine e Eduardo Sugizaki	Physis, 2014, 24 (2).
"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária.	Indara Cavalcante Bezerra, Maria Salette Bessa Jorge, Ana Paula Soares Gondim, Leilson Lira de Lima e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos	Interface, 2014, 18 (48).
Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato.	Tales Renato Ferreira Carvalho, Luiz Carlos Brant e Marilene Barros de Melo	Educação e Sociedade, 2014, 35 (127).
Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010	Rafaela Teixeira Zorzanelli, Francisco Ortega e Benilton Bezerra Júnior	Ciência e Saúde coletiva, 2014, 19 (6).
Estágio em Psicologia escolar e educacional: ruptura com a medicalização da educação.	Vânia Aparecida Calado	Psicologia Escolar e Educacional, 2014, 18 (3).

Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental	Valéria Nogueira Leal Sanches Paulo Duarte de Carvalho Amarante	Saúde debate, 2014, 38 (102).
Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender	Ana Carolina Christofari, Claudia Rodrigues de Freitas e Claudio Roberto Baptista	Educação e Realidade, 2015, 40 (4).
As Significações de Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Fracasso Escolar.	Denise Cord, Marivete Gesser, Alana de Siqueira Branis Nunes e Moysés Martins Tosta Storti	Psicologia Ciência e Profissão, 2015, 35 (1).
Medicalização, risco e controle social.	Myriam Mitjavila	Tempo e Sociedade, 2015, 27 (1).
Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos.	Fernanda Márcia de Azevedo Gomes, Ana Maria de Oliveira Cintra, Janete Ricas e Marcelo Dalla Vecchia	Saúde e Sociedade, 2015, 24 (1).
As vítimas da violência: Entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo.	Carlos Eduardo Nórté	Psicologia e Sociedade, 2015, 27 (1).
Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução.	Sérgio R. Carvalho, Camila de O. Rodrigues, Fabrício D. da Costa, Henrique S. Andrade	Physis, 2015, 25 (4).
Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da Psicologia e da antropologia.	Lygia de Sousa Viégas, Rui Massato Harayama e Marilene Proença Rebello de Souza	Ciência e Saúde coletiva, 2015, 20 (9).

Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil.	Caroline Gonçalves Carneiro da Silva, Conceição Aparecida Serralha e Ana Cristina Silveira Laranjo	Psicologia em Estudo, 2013, 18 (2).
Progressão Continuada e Patologização da Educação: um debate necessário	Lygia de Sousa Viégas	Psicologia Escolar e Educacional, 2015, 19 (1).
A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica.	Ana Maria Canesqui	Ciência e Saúde coletiva, 2015, 20 (6).
Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores.	Nilza Sanches Tessaro Leonardo e Mariana Akemi Suzuki	Fractal, Revista de Psicologia, 2016, 28, (1).
O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores	Murilo Galvão Amancio Cruz, Mary Yoko Okamoto e Daniele de Andrade Ferrazza	Interface (Botucatu), 2016, 20 (58).
Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada	Luis David Castiel, Danielle Ribeiro de Moraes e Igor Juliano de Paula	Saúde e Sociedade, 2016, 25 (1).
A queixa escolar sob a ótica de diferentes atores: análise da dinâmica de sua produção.	Eliseu de Oliveira Cunha, Maria Virgínia Machado Dazzani, Gilberto Lima dos Santos e Patrícia Carla Silva do Vale Zucoloto.	Estudos em Psicologia (Campinas), 2016, 33 (2).

Quadro 2: Artigos selecionados para a revisão de literatura.

Fonte: Elaboração dos autores

Resenha	Autores	Revista
Medicalização de Crianças e Adolescentes.	Carmem Silvia Rotondano Taverna	Psicologia Escolar e Educacional (Impr.), 2011, 15 (1).

Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.	Letícia Machado Patrícia Santos Vier e dos Lessa	Psicologia e Sociedade, 2012, 24 (3).
A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica.	Ana Maria Canesqui	Ciência e Saúde coletiva, 2015, 20 (6).
Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes.	Gisele Toassa	Fractal, Revista de Psicologia, 2012, 24 (2).

Quadro 3: Resenhas encontradas na revisão de literatura.

Fonte: Elaboração dos autores

Para avaliar as informações obtidas a partir dos artigos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), a qual parte do pressuposto de que a categorização, descrição e interpretação dos dados são etapas essenciais do processo de análise. Os 40 artigos selecionados foram integralmente lidos e categorizados em um quadro, registrando: autores do artigo, temas centrais, objetivos, método, principais conceitos, e um último tópico sobre observações gerais e impressões acerca do estudo.

Preenchido o quadro com os tópicos referentes aos 40 artigos, as informações foram categorizadas, indicando o tema central e um texto síntese. O tema central foi caracterizado a partir do objetivo geral dos estudos, os argumentos apresentados pelos autores, com base em dados estatísticos, epistemológicos e relatos de experiências que embasaram a discussão. Já o texto síntese, foi acompanhado de citações diretas para manter a fidedignidade das ideias apresentadas pelos autores. A descrição objetivou captar a complexidade dos significados expressos e sistematizá-los para a etapa subsequente, de análise e interpretação das informações. Com essa etapa, visava-se ir além das descrições, estabelecendo uma compreensão aprofundada dos temas, relacionando-os entre si e com o conhecimento produzido da área. O processo de análise ocorreu no diálogo estreito com os temas, objetivando uma articulação entre os mesmos e, ampliando, assim o processo interpretativo com o contexto social, político, econômico, histórico, que permite acesso à compreensão em seu contexto.

Da análise dos 40 artigos, foram identificados quatro temas importantes que abordaremos aqui. O primeiro trata especificamente a

medicalização do fracasso escolar e a transformação dos problemas no processo de aprendizagem em problemas passíveis de medicalização. Já o segundo aborda o diagnóstico de TDAH e suas implicações no contexto clínico, familiar e escolar; O terceiro dedica-se à gestão da vida, biopolítica, os conflitos e interesses da indústria farmacêutica na expansão do mercado para crianças e adolescentes. Para finalizar, o quarto tema apresenta estudos que contextualizam algumas práticas não medicalizantes. Destacamos que o conteúdo dos artigos, para além desta análise específica, também foi utilizado como base para o desenvolvimento de toda pesquisa. Portanto, os mesmos serão citados em outros momentos do texto.

Outro destaque que fazemos foi trazer as resenhas para dentro da revisão de literatura. Entendemos que elas apresentam uma síntese dos principais livros sobre medicalização publicado nos últimos cinco anos. Não entraremos na análise de cada livro, entretanto, vamos citar para localizar os leitores sobre os temas centrais. Começamos pelo livro “a medicalização da vida como estratégia de biopolítica”, organizado pelos autores Sandra Caponi *et al.*, publicado pela Editora LeberArs, em 2013. O livro oferece oito capítulos com uma diversidade do conceito de biopolítica, considerando Foucault e os filósofos contemporâneos Giorgio Agamben e Roberto Exposito.

Lançado em 2010 pela editora Unisul, o livro Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica, organizado por Caponi *et al.*, apresenta uma série de pesquisas de diferentes áreas e regiões em torno da problemática da medicalização da vida e dos conflitos éticos no âmbito das pesquisas em saúde e saúde pública. Apresenta textos de diferentes áreas, como medicina, antropologia, serviço social, farmácia em torno de um foco comum, a gestão da vida (Brito, 2012).

Duas resenhas abordaram outra importante produção que tem destaque no cenário nacional e internacional. O livro Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos, lançado em 2010 pela editora Casa do Psicólogo. Uma produção do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP), vinculado ao Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. O livro de abrangência interdisciplinar é uma ação resultante de um amplo movimento de crítica social que, hoje, articula-se por meio do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (Taverna, 2011; Toassa, 2012). Todos os livros dialogam com a temática da medicalização da vida e, portanto, são recomendações dos autores desta

pesquisa para os profissionais que atuam principalmente nas áreas de saúde e educação.

3.1. Medicalização do fracasso escolar

De forma transversal, todos os artigos analisados neste estudo destacaram a medicalização como um problema que afeta o sistema da educação e os processos de ensino e aprendizagem. Para aprofundar esse assunto, foram selecionados 13 artigos da revisão de literatura, observando-se, de antemão, que todos eles apresentam uma perspectiva crítica sobre a medicalização.

Entretanto, os relatos dos estudos evidenciam que, na prática, ainda existem muitas intervenções que geram sofrimento e individualização da queixa escolar, revelando que existe um descompasso entre o que se produz de literatura e o que é praticado, reiterando tradicionais tendências de patologização dos impasses escolares. Nesse aspecto, chama-se a atenção para a terceirização de seu enfrentamento para clínicas particulares, para políticas públicas de atenção primária em saúde (Bezerra, Jorge, Gondim, Lima & Vasconcelos, 2014; Gomes, Cintra, Ricas & Vecchia, 2015) ou para centros de atenção psicossocial infantil - CAPSi (Beltrame & Boarini, 2013).

Nos artigos encontrados, destacam-se os seguintes temas: crítica à medicalização da educação, processos que transformam o ensino como um problema médico (Cruz, Okamoto & Ferrazza, 2015; Meira, 2012; Christofari, Freitas & Baptista, 2015; Lemos, 2014; Sanches & Amarante, 2014); o mau comportamento tratado como doença (Sanches & Amarante, 2014); estudos comparativos na visão de pais, professores e profissionais da saúde (Cunha, Dazzani, Santos, & Zucoloto, 2016; Leonardo & Suzuki, 2016; Cruz *et al.*, 2016); outras formas de exclusão, a exemplo da progressão continuada, destacando os argumentos patologizantes que sustentam explicações individualizantes sobre o fracasso escolar (Viégas, 2015); e a medicalização como um dispositivo de controle e disciplina (Meira, 2012; Heckert & Rocha, 2012).

Sobre esse último tema, Heckert e Rocha (2012) apontam que a medicalização do aprender e a judicialização das questões escolares têm se constituído como um dispositivo biopolítico de controle dos modos

de existência. Para Meira (2012), a medicalização é um desdobramento da patologização dos problemas educacionais. Frequentemente, ela tem servido como justificativa para a manutenção da exclusão de grande contingente de estudantes que, embora permaneçam nas escolas por longos períodos de tempo, nunca chegam a se apropriar, de fato, dos conteúdos escolares.

Fazendo um comparativo sobre a percepção dos trabalhadores da educação e dos profissionais de saúde sobre a produção da queixa escolar, é possível identificar algumas discrepâncias. Por exemplo, Cunha *et al.*, (2016) identificaram que, entre os educadores, mantêm tradicionais tendências de patologização dos impasses escolares e de terceirização de seu enfrentamento. Já entre os profissionais de saúde, os autores identificaram a predominância de uma compreensão crítica e ampliada dos problemas educacionais, além do estabelecimento de parceria com a escola no intuito de abordá-los e superá-los.

Alguns artigos relatam a tendência em restringir a análise dos sintomas de comportamento e de aprendizagem da criança a questões neurológicas e fisiológicas. Os estudos de Silva, Serralha e Laranjo (2013) identificam essa situação, ao avaliarem crianças com queixa escolar, encaminhadas para atendimento por equipes multiprofissionais. Os autores apontam que todas as crianças com idade entre seis e oito anos, que participaram do estudo, usavam medicação, reforçando que ainda existe uma tendência de adesão ao tratamento farmacológico. Em contrapartida, a partir de uma análise interdisciplinar, constataram que aspectos da história de vida da criança e dificuldades pessoais dos cuidadores estão intrinsecamente relacionados à queixa escolar.

Em pesquisa realizada, partindo do depoimento de 10 professores de três escolas públicas do Paraná, Leonardo e Suzuki (2016) concluem que o comportamento dos estudantes após diagnóstico e terapia medicamentosa muda consideravelmente. Questionados sobre o que os leva a encaminhar um estudante ao médico, uma percepção comum a todos os professores que participaram do estudo remeteu ao comportamento, algo considerado inadequado para a sala de aula. Cruz *et al.*, (2016) corroboram esses achados, quando identificaram, na percepção dos pais e professores, que as crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem ou de comportamento são categorizadas como um corpo biológico a-histórico, desprovido de vida social e afetiva. Além desse argumento, podem-se destacar os velhos estigmas da família pobre e desestruturada, utilizados para culpabilizar a criança e seus responsáveis pela não aprendizagem (Cord, Gesser, Nunes & Storti, 2015).

O trabalho de Silva *et al.* (2013) apontou que há uma tendência das dificuldades no processo de aprendizagem e de comportamento serem localizados no estudante, desconsiderando outros fatores importantes que constituem a queixa escolar. Segundo os autores, após encaminhamento ao serviço de saúde e prescrição do tratamento, os professores declaram que o estudante “medicado” consegue se concentrar mais e realizar as atividades em sala, produzindo satisfatoriamente. Além disso, em outro estudo, Leonardo e Suzuki (2016) alertam para as consequências do processo de medicalização para a infância, uma vez que as crianças se tornam apáticas, afetando diretamente na forma que se relacionam com os colegas.

Por fim, os estudos evidenciam que existe uma discrepância entre a perspectiva crítica abordada nos artigos, pois na prática ainda se observa intervenções patologizantes. A tendência em tratar o mau comportamento como doença alimenta a ideia que os problemas escolares e a dificuldade no processo de escolarização estão localizados no estudante e sua consequência é uma doença. Como consequência, problemas que podem ser do âmbito da escola e das políticas educacionais passam a ser “terceirizados” para os profissionais da saúde. Estes, por sua vez, prescreve um tratamento farmacológico que muda o comportamento do estudante, que de forma inadequada, pode trazer efeitos nocivos para o estudante.

3.2. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

Um assunto recorrente nos artigos que abordam medicalização da educação refere-se ao TDAH. De acordo com os manuais de diagnóstico (DSM V e CID 10), as características circulam em torno de sintomas básicos de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Atualmente, o diagnóstico de TDAH cresce exponencialmente e já é um dos temas mais estudados em crianças em idade escolar. Estima-se que o TDAH seja um dos principais motivos de encaminhamento de crianças/estudantes aos sistemas de saúde, como: serviços escolas, postos de saúde, entre outros (Santos & Vasconcelos, 2010).

Cinco artigos dos textos selecionados abordam especificamente essa temática. Signor (2013) realizou uma análise de caso a partir da perspectiva sócio-histórica, compreendendo sinais de

desatenção/hiperatividade como resultados da qualidade das interações sociais no contexto em que a criança está inserida. Silva *et al.* (2013) analisaram demandas acolhidas por uma equipe multiprofissional sobre queixas de TDAH e observaram as demandas que suplantavam a queixa inicial, relacionadas aos aspectos da história de vida da criança e às dificuldades pessoais dos próprios cuidadores. Em um estudo similar, que ouviu relato de pais e professores, Cruz *et al.* (2016) identificaram que, apesar de eles informarem ao médico a ineficiência do uso do medicamento, esta tem sido a terapêutica mais rápida, centrada unicamente na dificuldade do estudante. Ressaltam, ainda, que o diagnóstico e a terapia medicamentosa servem para controlar o comportamento das crianças, reduzindo a complexidade da constituição do sujeito, composta pelas relações familiares, escolares e sociais, a apenas um diagnóstico e, portanto, a uma doença que justificaria falhas, dificuldades e sofrimentos.

Já Benedetti e Anache (2014), para analisar as variações do conceito de medicalização, realizaram um estudo bibliográfico, o qual mostrou que existem diferentes compreensões sobre esse fenômeno. Apesar de existir uma vasta produção, as causas do TDAH permanecem apenas como um consenso internacional, não havendo provas científicas de uma lesão ou disfunção cerebral. Mesmo diante dessa controvérsia, o uso de anfetaminas, a exemplo do metilfenidato, é frequente, pois apresenta melhora na capacidade de concentrar, e, conseqüentemente, no desempenho. O estudo de Carvalho, Brant e Melo (2014) indicou as tendências comuns de transgressão do uso de medicamentos para o tratamento do TDAH, tendo os autores concluído que o não cumprimento das exigências de bom desempenho na escola e no trabalho contribui para a configuração do diagnóstico de TDAH, e que a busca por fármacos tem por objetivo melhorar o desempenho.

O uso da medicação para o tratamento do TDAH e/ou déficit de atenção cresceu em larga escala. Conforme investigação de Collares e Moysés (2010), o Brasil é o segundo maior consumidor de psicotrópicos do mundo, sendo que a droga mais prescrita é o metilfenidato, comercializado com os nomes de Ritalina® e Concerta®. Em relação a esses medicamentos, existem severas críticas, incluindo a dependência química, a drogadição, os altos níveis de toxicidade, podendo, inclusive, levar à morte súbita (Collares & Moysés, 2010; Santos & Vasconcelos, 2010; Decotelli *et al.*, 2013). Observa-se que a adesão dos pais pelo medicamento deve-se, provavelmente, à melhora da capacidade da atenção e ao controle da agitação dos filhos. Entretanto, essa facilidade de aceitação pode estar relacionada à falta de compreensão dos

familiares sobre os efeitos colaterais que o medicamento pode causar. Além disso, o uso do medicamento é a forma mais evidente de concretizar que o problema/erro é exclusivo da criança, e que o remédio resolverá/corrige, como o próprio nome sugere (Concerta®).

As nuances do processo de aprendizagem de crianças e adolescentes têm colocado o TDAH em destaque no cenário atual das discussões sobre medicalização da educação e da sociedade. Como é possível observar no exposto nos artigos, o sobressalto no uso de medicamentos, os diagnósticos realizados sem parâmetros científicos confiáveis, a ênfase na biologização da vida, as transformações políticas e sociais das últimas décadas, as formas como se desencadeia o processo de ensino e aprendizagem são alguns aspectos que norteiam as discussões para pensar o fenômeno. Esse é o contexto científico, político, histórico, social e econômico que constitui as legitimações e controvérsias a respeito desse suposto transtorno, responsável pela captura de um contingente avassalador de estudantes, em nosso país e no mundo.

3.3. Efeitos Psicossociais do Diagnóstico

Outro ponto destacado nos artigos refere-se aos efeitos psicossociais do diagnóstico de estudantes com queixa escolar. De forma pontual, dois artigos problematizaram os efeitos dessa classificação dos indivíduos, sob diferentes aspectos. Brzozowski; Brzozowski e Caponi (2010) estudaram os efeitos da classificação do TDAH, a partir dos estudos sobre classificações interativas, do filósofo Ian Hacking⁴. Segundo as autoras, existe uma interação das classificações com as pessoas. Estas, quando conscientes de sua classificação, podem modificar seus comportamentos por conseguirem dar uma explicação para os comportamentos vistos como “inadequados”, apesar deste “inadequado” poder ser apenas uma característica do próprio sujeito. Sobre o diagnóstico, ou seja, a classificação de indivíduos que compartilham os mesmos sintomas, as

⁴ Conforme as autoras, a estrutura de classificação do filósofo Ian Hacking engloba cinco aspectos: a classificação; os indivíduos; as instituições; o conhecimento; e os especialistas.

autoras o identificaram como uma forma de aliviar o problema, ao explicar as atitudes dos estudantes. Além disso, há um desconhecimento enorme da doença por parte da família, tornando mais fácil a aceitação do diagnóstico pelas mães e professores.

O estudo de Brzozowski *et al.* (2010) apontou que os estudantes classificados passam a ter significativas mudanças em sua vida, deixando de ser vistos como bagunceiros, malandros, malvados para serem considerados doentes. Novas medidas educativas e familiares passam a ser tomadas devido à condição médica das crianças. Familiares e professores modificam suas atitudes com elas, fazendo com que modifiquem seus comportamentos (Brzozowski *et al.*, 2010).

Nessa mesma direção, Baroni, Vargas e Caponi, (2010) propõem uma discussão sobre a identificação do sujeito (crianças, adolescentes e adultos) com o nome de um diagnóstico. Para as autoras, o diagnóstico produz sentidos e interage com as existências. No artigo, elas propõem o exercício de buscar pontos de resistências à biologização da vida, que tem se cristalizado no decorrer da história ocidental, postulado pela medicina biológica. Propõem, ainda, pensar outras formas de subjetividade, nas quais se inscrevem uma problemática da saúde e que possibilitem a participação do sujeito dessa experiência de modo crítico.

3.4. Gestão da vida e dos riscos: biopolítica e controle dos corpos

Diante desse contingente de diagnósticos produzidos, é importante observar que existe uma apropriação da infância pelo saber médico. Em estudo sobre a força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento, Lima e Caponi (2010) expõem os esforços empreendidos pela medicina para disciplinar e/ou controlar as condutas na infância e adolescência, em prol da saúde mental. O alvo principal são crianças e adolescentes em idade escolar. Segundo as autoras, a psiquiatria tem adentrado nos espaços escolares e de saúde com intuito de identificar e diagnosticar precocemente populações em risco, acometidas por doença mental. Ressaltam, ainda, que toda essa maquinaria é financiada pela indústria farmacêutica, que percebe nas crianças e adolescentes potenciais consumidores de medicamentos.

Para Heckert e Rocha (2012); Lima e Caponi (2010); Mitjavila (2015); Castiel, Moraes e Paula (2016), a escola contemporânea tem se tornado um espaço estratégico de gestão da vida e dos riscos. As evidências desse fenômeno são as políticas estatais de educação, que

pouco dialogam com as necessidades da população envolvida. Os processos de ensino e aprendizagem servem como dispositivos para produzir resultados, principalmente, voltados ao mercado de trabalho, por meio da otimização da atenção e dos comportamentos adequados através da disciplina e do controle.

Nesse sentido, os profissionais da educação e saúde também vêm contribuindo para a crescente solicitação de laudos que naturalizam o não-aprender como biológico e submetem a diferença ao signo da patologia. Paralelo a isso, existe toda uma maquinaria especializada e pronta para ser acionada e prescrever laudos de ajustamento das condutas (Heckert & Rocha, 2012).

3.5. Conflitos e interesses da indústria farmacêutica

Aliado à gestão da vida e dos riscos, um dos principais pontos de tensionamento apresentados pelos artigos remete ao interesse da indústria farmacêutica sobre o sofrimento psíquico, conforme destacam os autores: Lima e Caponi (2010), que expõem sobre o financiamento da indústria farmacêutica, apoiando a força tarefa da psiquiatria em identificar e tratar doenças mentais, para, conseqüentemente, escoar sua produção. Palma e Vilaça (2011) propõem um debate sobre os conflitos éticos, decorrentes dos artifícios utilizados pela indústria farmacêutica na pesquisa, produção e divulgação dos medicamentos. Decotelli *et al.* (2013) fazem uma retrospectiva, apresentando o significativo aumento do consumo de medicamentos para tratar os supostos transtornos de aprendizagem. O trabalho de Camargo Jr. (2013) propõe uma crítica à farmacologização que compreende que para cada mal existe um comprimido capaz de curá-lo. Crítica essa que interage com a medicalização. Já o estudo de Carvalho *et al.* (2014) analisou o consumo e a utilização do medicamento como dispositivo de produtividade, descrevendo as tendências comuns de transgressão do seu uso. Por fim, Galindo, Lemos, Lee e Rodrigues (2014) discutem amplamente sobre a indústria farmacêutica e o campo de lutas político-econômicas e suas relações disciplinares de poder.

Entre os motivos referidos como justificativa para entender o considerável aumento do uso de medicamentos, cita-se o estranho convívio entre a indústria farmacêutica e os médicos. Palma e Vilaça

(2011) citam como exemplo o fato de que mais de 80% dos ensaios patrocinados pelas indústrias farmacêuticas foram realizados em centros de pesquisa acadêmicos. Esses tratados de cooperação, geralmente, envolvem contrapartidas financeira e/ou melhoria de laboratórios, gerando benefícios para ambas às partes. Ou seja, os centros de pesquisa interessam às empresas, na medida em que oferecem pesquisadores para projetar e assinar testes clínicos e publicações em periódicos renomados (Palma & Vilaça, 2011).

Outro estranho embaraço refere-se ao conflito de interesses envolvendo a indústria farmacêutica como patrocinadora de pesquisas científicas (Palma & Vilaça, 2011). Além de ser uma ameaça à fidedignidade da pesquisa, o investimento de verbas pode colocar em risco a conclusão das pesquisas, principalmente nas ocasiões em que esses resultados vão contra os interesses do patrocinador.

A indústria farmacêutica sempre esteve envolvida na promoção de seus produtos para o tratamento de diversos males. A maior parte do século XX a indústria tinha se limitado a promover seus produtos aos médicos, patrocinando médica eventos e publicidade em jornais profissionais. Entretanto, este cenário mudou, a indústria farmacêutica cada vez mais tem sido agressiva promovendo seus produtos aos médicos e especialmente para o público usuário. Um exemplo de fatores que contribuiu para que as ofertas dos medicamentos chegassem até a população foi a mídia que facilitou a publicidade direta ao consumidor, especialmente na televisão. Embora, hoje se encontre regulado, na época a publicidade mudou as relações na forma de tratar doenças, pois a indústria farmacêutica podia agora anunciar os seus produtos para o próprio público e criar novos mercados para seus produtos (Conrad, 2005).

De acordo com o autor, os dados da venda de medicamentos nos Estados Unidos da América – EUA foram sensacionais. Só no primeiro ano de venda de medicamento para tratamento da disfunção erétil (Viagra) foram mais de 3 milhões de americanos tratados, gerando um lucro de US\$ 1,5 bilhões de dólares em vendas (Conrad, 2005, p. 6). A indústria farmacêutica passa a ser a nova força motriz da medicalização ao expandir a noção do que seria um transtorno e, ao mesmo tempo, mesmo que sutilmente induzir o uso da droga para reforçar uma sensação de bem-estar ou de adequação social.

O mesmo acontece com os medicamentos da era Prozac, os antidepressivos chamados de inibidores seletivos da recaptação da serotonina, introduzido em 1987. Estas drogas causaram uma revolução no mercado farmacêutico, chegando a valores astronômicos de venda.

As estimativas de prevalência do mercado norte americano variam de 3% a 13% por cento da população, grande o suficiente para ser um mercado farmacêutico muito rentável. As propagandas eram extremamente apelativas com vozes mistas de peritos e pacientes, proporcionar viabilidade profissional para os diagnósticos e criar uma percepção que poderia ser resolvido com a administração medicamentosa (Conrad, 2005).

A indústria farmacêutica também buscou ampliar seu escopo de faixas etárias medicalizáveis. Em relação a crianças e adolescentes, constituem um crescente mercados de drogas psicotrópicas. De acordo com Conrad (2005), a Ritalina para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem uma longa história, mas talvez ela possa ser vista como uma droga pioneira para crianças em idade escolar. Enquanto o público pode ser ambivalente sobre o uso de drogas para infantis, uma grande variedade de drogas psicotrópicas agora é prescrita para crianças, especialmente estimulantes e antidepressivos, independentemente dos benefícios ou riscos, isto se tornou o grande negócio para a indústria farmacêutica.

O crescente uso de medicamentos para o tratamento de TDAH ilustra o sucesso das indústrias de medicamentos. Segundo Moynihan e Cassels (2007, citado por Collares & Moysés, 2010, p. 95-96),

1. A produção mundial de Metilfenidato, a droga mais usada para pessoas rotuladas como portadores de TDAH, cresceu 400% entre 1993 e 2003.
2. O número de pessoas medicadas com Ritalina® em 2007 era 6.000.000; 4.750.000 eram crianças, sendo 3.800.000 meninos.
3. Entre 1992 e 2001, o consumo na Espanha cresceu 8% ao ano (Criado-Alvarez e Remo-Barrientos, 2003).
4. Em Portugal, 400 crianças tomavam metilfenidato em 2003; eram 3.000 em 2004 e entre 6.000 e 8.000 em 2006 (Campos, 2007).
5. No Brasil, as vendas de Metilfenidato cresceram em ritmo assombroso: 71.000 caixas de Ritalina® em 2000 e 739.000 em 2004 (aumento de 940%); entre 2003

e 2004, aumentou 51%. Em 2008 foram vendidas 1.147.000 caixas, sob os nomes Ritalina® e o sugestivo Concerta®; aumento de 1616% desde 2000. Se for incluída a dextro-anfetamina, droga menos utilizada, as vendas em 2008 ultrapassaram 2 milhões de caixas. Neste ano, ao preço no varejo, gastou-se cerca de 88 milhões de reais com a compra de metilfenidato.

O exagerado contingente de usuários destes medicamentos traz muitas preocupações acerca dos efeitos a curtas e longo prazo. Conforme Collares e Moysés (2010), “o mecanismo de ação do Metilfenidato e das anfetaminas é exatamente o mesmo da cocaína”.

[...] com estrutura química semelhante, às substâncias aumentam os níveis de dopamina no cérebro, pelo bloqueio de sua receptação nas sinapses. [...] A dopamina é responsável pela sensação de prazer. Como consequência deste aumento artificial, o cérebro torna-se dessensibilizado a situações comuns da vida que provocam prazer, como alimentos, emoções, interações sociais, afetos, o que leva à busca contínua do prazer artificial provocado pela droga (Collares & Moysés, 2010, p. 97).

De acordo com Collares e Moysés (2010, p. 102), “30 a 50% dos jovens em tratamento em clínicas para drogaditos relatam o uso abusivo de Ritalina®”. Altas doses da droga afetam áreas cerebrais como: a memória, aprendizagem e julgamento; e segundo a mesma autora, esta disfunção cerebral seria o “efeito terapêutico primário”, o “sucesso do tratamento”. Porém os efeitos terapêuticos indicariam sinais de toxicidade das drogas. As autoras acrescentam que muitas crianças e familiares suspendem por conta o tratamento por se sentirem muito mal, como se estivessem contidas, sem poderem se expressar, como zumbis (Collares & Moysés, 2010).

Para compreender melhor as relações entre a classe médica, a indústria farmacêutica e a medicalização é necessário localizar historicamente o desenvolvimento da profissão e os interesses diversos

que se construíram neste percurso histórico. É preciso compreender as características da medicina e o tipo de racionalidade que organiza este campo e impulsiona os processos de medicalização. Frente a esta necessidade, abordarmos na sequência os tipos de estrutura no campo da medicina que favorece permanentemente a ampliação dessas práticas, tornando-a um elemento co-constutivo que está na base da medicalização social.

3.5.1. A profissão médica e as condições de possibilidade para a deflagração de processos medicalizadores nas sociedades modernas

As bases da legitimidade da ação médica advêm da necessidade do Estado de regular sua população. As grandes mudanças políticas e econômicas ocorridas que caracterizam a modernidade, como a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, foram determinantes para que o Estado passasse a se preocupar com a saúde de sua população, como força física, como força de trabalho. A Europa sofre com as grandes epidemias entre o século XVII e XIX, decorrente da formação dos grandes centros urbanos. Além do interesse do Estado, existe o interesse dos próprios indivíduos de garantir a saúde como um direito. É neste cenário que o saber médico se torna peça-chave para condição de possibilidade das estratégias biopolíticas de administração da vida, da vigilância epidemiológica e saúde pública. A medicina encontra um terreno fértil para se apropriar deste período histórico e ampliar suas práticas.

Mas, por que a medicina ocupa este lugar? Porque ela se sobressai ao curandeiro, pessoas considerados conhecedores de fatos sobre a doença e seu respectivo tratamento para a época? Por que a medicina se sobressai a outras práticas possíveis para cada época? Porque as pessoas deixaram de promover seu autotratamento ou o tratamento recomendado pelos parentes mais velhos? A transição de uma medicina ocupacional para uma profissão é atravessada pelas ideias da modernidade, em especial, influenciadas pelo iluminismo. Ao analisar a natureza das principais profissões da sociedade industrial, Freidson (1978) constata que as profissionais foram caracterizadas pela natureza avançada de seus conhecimentos e habilidades com base na

universidade da aplicação de seus conhecimentos e habilidades para a solução de problemas individuais e sociais.

Em seu livro *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, publicado na versão em espanhol em 1978, Freidson dedica-se a analisar os processos políticos em qual as ocupações obtêm do Estado o direito exclusivo de executar certas tarefas, recrutar e educar seus membros e definir em que consistirá seu trabalho. De acordo com Freidson (1978, p.29), a medicina torna-se uma verdadeira profissão no final do século XIX, depois de ter desenvolvido uma base suficiente de como fazer seu trabalho parecer superior aos demais curandeiros que apresentavam práticas mais irregulares e não universais. Sua posição foi consolidada no século 20 quando melhorou a formação profissional e promoveu a educação da população direcionada para buscar e receber seus serviços.

A diferencia de las demás ocupaciones, a las profesiones se les concede autonomía deliberadamente, incluyendo el derecho exclusivo para determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse éste (Freidson, 1978, p.83)

O caráter profissional da medicina remete para um conjunto de práticas e saberes heterogêneos. Porém, se auto reconhece e é reconhecido como campo único. O fato de ser compreendida como um campo único e coeso não implica dizer estudar ela, por ela mesma, mas interessa estudá-la à medida que é uma janela para observar a sociedade. Como certas medidas, saberes estão ligados às estruturas e processos sociais em momento histórico e determinado.

A autonomia do saber médico tem como origem seu caráter radicalmente profissional. Estamos diante de uma verdadeira profissão quando determinada ocupação possui uma legítima autonomia organizada. A medicina conseguiu precocemente arrancar do Estado a prerrogativa de autorregular, como condição necessária para conquista da autonomia profissional.

El fundamento del control médico sobre su trabajo tiene entonces un carácter claramente político, incluyendo la colaboración del Estado en el establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión. La ocupación misma tiene representantes formales, ya sean

organizaciones o individuos, que intentan dirigir los esfuerzos del Estado hacia las políticas deseadas por el grupo ocupacional. Es así como el control de la ocupación sobre su trabajo se establece y estructura en base a la interacción entre agentes formales u órganos de la ocupación y funcionarios del Estado (Freidson, 1978, p.39).

Ou seja, o que diferencia uma profissão de uma simples ocupação é que a primeira vai se caracterizar por uma autonomia técnica. Esta autonomia é a marca que diferencia uma profissão de outras ocupações, pois lhe é conferido o direito de controlar o seu próprio trabalho, ou seja, definir e aplicar as regras que vão regulamentar o que o representante da profissão pode fazer sobre o que é relativo à profissão. De acordo com Freidson,

Una profesión obtiene y mantiene su posición gracias a la protección y al patrocinio de algún sector elitista de la sociedad al que ha convencido de que su trabajo tiene un valor especial. Su posición es de este modo asegurada por el poder político y económico de la élite que la patrocina (1978, p.84)

Neste sentido, o Estado, ao mesmo tempo, tornou ilegal a concorrência de outros trabalhadores com os médicos e conferiu aos últimos o direito de dirigir as atividades das ocupações afins. A medicina ganha uma série de privilégios que lhe conferem uma grande vantagem em outras esferas da prática. Tem influência sobre aspectos do trabalho que não são técnicos, mas que fazem parte da divisão social do trabalho no campo sanitário (Starr, 1991; Freidson, 1978).

O conceito sociológico de profissão liga conhecimento, discurso, disciplinas e campos aos meios sociais, econômicos e políticos por meio dos quais seus expoentes humanos podem ganhar poder e exercê-lo. Ou seja, é a partir da autonomia técnica que a medicina consegue incorporar novos objetos a seu campo de intervenção. Existe a autonomia da profissão como um todo, mas também existe a autonomia de cada um dos membros para praticar a profissão. Sempre neste espaço que consagra o clínico abre espaço para incorporar novas práticas. Nesse

sentido, as instituições reguladoras tendem a salvaguardar a autonomia de cada profissional (Freidson, 1978).

Diante dessa autonomia, é como se o médico tivesse a licença para medicalizar e a proeminência do saber médico permite que cada vez mais objetos possam ser incorporados. É como se para ter legitimidade para intervir sobre um determinado fenômeno, seria apenas necessário tornar alguns aspectos em doença. Um exemplo é a pobreza. Para que a medicina possa intervir sobre a pobreza é preciso tornar algumas variáveis como doenças, a exemplo da desnutrição. Assim, tornando uma espécie de doença, legítima a intervenção médica sobre ela. Nesse sentido, qualquer campo da sociedade pode ingressar na medicalização. Sendo assim, a medicalização implica em olhar a realidade com as lentes do olhar médico, mesmo que seja feito por não-médico.

É importante destacar que a medicalização não carrega consigo um juízo de valor positivo ou negativo, é preciso analisar cada aspecto deste fenômeno e a relação que se estabelece com o sujeito. Também vale ressaltar que a experiência da modernidade não seria a mesma sem as práticas biopolíticas empregadas pela medicina. Os médicos enquanto profissão desenvolveram construções importantes para que o projeto da modernidade se firmasse na sociedade ocidental. Na atualidade a medicina se torna um objeto de consumo. O Consumo de novas tecnologias com vistas a um melhoramento na saúde, na morbidade e mortalidade das pessoas.

A medicina inaugura uma nova reconfiguração da arte de curar, colocando na clandestinidade tudo aquilo que se diferencia, a exemplo da experiência do curandeiro. Esta passagem é marcada pela transposição de um modelo clínico que passará a produzir regimes de verdades sobre o indivíduo criando novas maneiras de decifrar a verdade sobre o normal e o patológico. Este modelo clínico vem acompanhada de uma série de dispositivos, como os hospitais, os planos de saúde, os interesses da profissão. Por isso, quando se mexe nos interesses da medicina se mexe em algo que é imenso. Apenas como exemplo, o “ato médico”, processo que consistia em regulamentar procedimentos como exclusivos da área, apesar de interferir em outras profissões. Quando o projeto de lei teve diversos vetos interpostos pela presidenta Dilma, posteriormente ela sofreu retaliações dos setores da sociedade.

A medicina vem substituir funções sociopolíticas que outras instituições realizaram no passado para dizer o que está certo e o que está errado. Um exemplo é a questão do aborto. Para decidir se a pessoa pode ou não abortar ser utilizará critérios clínicos de risco ou então

discurso sobre o desenvolvimento embrionário. Esse papel é transferido de outros campos, como a religião e alguns campos do direito são transferidos para medicina. A ideia de doença vem substituir a ideia de pecado e *taboo* que poderiam existir no passado. O diagnóstico vem substituir a controle do comportamento dos incorrigíveis por meio da contenção química. Os médicos tornam-se os árbitros da vida social por excelência. Eles determinam se você está apto para o trabalho, se está apto para deixar o trabalho, o médico é capaz de dizer se você tem condições de manter a condição de cidadão, interditar um cidadão levando-o a perder todos os seus direitos, sua condição humana num marco civilizatório (Starr, 1991, p.29).

A autoridade médica adquiriu o monopólio da arte de curar e irá defender seu território não permitindo que outras racionalidades se legitimem. Para tanto, há necessidade de defender a integridade da técnica e do próprio conhecimento. Os processos de medicalização avançam a partir do momento que se comprova que estes são os melhores conhecimentos existentes. Se tratando no corpo da saúde, temos a crença que somente a racionalidade científica técnica é válida. O problema que isso vai subjugar todos os outros tipos de racionalidade, a preservação da técnica é mais importante que a eficácia.

3.5.2. Impactos da possibilidade de melhoramento genético na medicalização

Além do avanço da indústria farmacêutica, também podemos conjecturar que a medicalização não está para acabar, ao contrário, ela se reinventa atraindo para si novos fenômenos medicalizáveis. Neste movimento, talvez o que pareça mais próximo de uma mutação da medicalização é o alvorecer da era da Medicina Genômica. Para Conrad (2005), a aventura de mapear o genoma humano inteiro, mudou o centro de discurso médico sobre os processos de saúde e doença. As promessas da indústria biotecnológica poderão revolucionar os cuidados em saúde. Assim, essas mudanças na organização dos cuidados de saúde, médicos, novos conhecimentos e marketing farmacêutico criaram um mundo diferente da medicina.

Este projeto teve um grande investimento por diversos de recursos financeiros e humanos. Quando concluído, nos anos 2000, a

maioria de medicina genética permaneceu no nível de potencial. Foram descobertos diversos genes relacionados a uma gama de doenças, porém não falta muito para transpor de fato para melhorias no tratamento. Decorre disso a descoberta que apenas alguns tipos de doenças e traços são ligados a um único gene, existe uma complexidade que faz com que diversos genes operem juntos. Mas, não podemos duvidar de que em pouco tempo a engenharia genética ganhará mais espaço no futuro da medicalização (Conrad, 2005).

Já imaginou a possibilidade de uma mudança genética para alterar a altura, forma ou cor; melhorar as habilidades como memória, visão, audição e força. O mercado potencial do melhoramento genético é enorme. Embora tudo isso ainda esteja no âmbito do potencial, este potencial é real. Há uma grande demanda para melhorias, sejam eles para as crianças, nossos corpos, ou as nossas capacidades mentais e sociais. Ainda não temos empresas de biotecnologias capazes de promover melhoramentos genéticos, mas quando estiverem operando em suas capacidades, certamente irá empregar as mesmas estratégias de marketing como as empresas farmacêuticas. Isso irá gerar um novo estatuto da medicalização dos novos “doentes em potencial”. Isso pode ter um impacto na nossa identidade, no status social, expandindo a vigilância médica para outros fenômenos (Conrad, 2005).

As transformações dos processos de medicalização estão transformando a prática médica. Podemos dizer que hoje ela tem se proliferado mais pelos interesses do mercado, conduzido pelas propagandas em suas diversas formas, do que pela reivindicação dos profissionais médicos. Ao olhar para medicalização, precisamos estar atentos aos fenômenos planetários que são facilitados por empresas multinacionais farmacêuticas e o alcance global dos meios de comunicação social e a internet. Isto implica em lidar com outros problemas, pois quando o interesse pode ser a vantagem de acionistas das empresas da indústria farmacêutica em promover seus produtos para supostamente resolver os problemas humanos, nada assegura de fato uma melhoria na qualidade de vida ou de melhores serviços para a categoria médica. Por outro lado, quando os interesses destas empresas são expostos, podemos perceber que seus impactos estão criando uma nova categoria do que é normal ou patológico, e isto independe das *práxis* médicas. Nesse sentido, o debate precisa adotar uma perspectiva ampliada para compreender o fenômeno da medicalização articulado com o seu contexto atual e a Psicologia pode ser uma das profissões que tem condições para promover este debate articulado a práticas não medicalizantes.

3.6. Práticas não medicalizantes

Para falar de práticas não medicalizantes, duas questões são centrais no bojo dessa reflexão. A primeira diz respeito a quem interessa medicalizar os processos de ensino, aprendizagem e comportamentos? Alguns autores apontam direções, como já mencionadas no decorrer deste texto: criança como um consumidor potencial de medicamentos, expandindo seu escopo de usuários da indústria do adoecimento; processo de produção com a otimização da atenção, concentração, comportamento no mundo capitalista; instituições que propiciam condições de acesso e garantia de direito, mediante a patologização; controle e disciplina dos corpos para uma sociedade moderna, de ordem e progresso (Lima & Caponi, 2010; Meira, 2012; Palma & Vilaça, 2011; Decotelli *et al.*, 2013; Carvalho *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2015; Camargo Jr., 2013; Galindo *et al.*, 2014; Sanches & Amarante, 2014; Figueira & Caliman, 2014).

A pergunta que segue, diz respeito a: como enfrentar esses processos que transformam maneiras de ser e de aprender em doenças? E como desdobramento outras questões se colocam, como por exemplo, de que forma é possível promover práticas que caminham na contracorrente da homogeneização de condutas e da disciplinarização dos corpos, discutindo, no território, ações possíveis frente aos conflitos e tensionamentos produzidos nesse mesmo espaço geográfico? Demandas complexas exigem ações intersetoriais, na interface com a saúde, assistência social, educação, entre outros dispositivos de proteção social. Uma resposta possível para essas questões é a proposta de intervenção na relação da criança com os seus cuidadores, conceitualmente denominados de Círculo de Segurança da Criança. Becker, Souza, Oliveira, e Paraguay (2014) relatam uma experiência exitosa com a formação de uma rede de proteção da criança, consistindo em promover a comunicação e colaboração entre as equipes de saúde e familiares, articulando todos os responsáveis pela criança.

Outra perspectiva diz respeito à inserção da Psicologia no âmbito das escolas. Nesse sentido, tem-se a experiência de trabalho de estágio em Psicologia escolar, realizada numa instituição privada do Rio Grande do Norte, envolvendo ações interventivas com professores, pais e estudantes. Segundo o estudo, proporcionar um espaço onde as pessoas podem falar o que pensam e sentem possibilita o fortalecimento dos

potenciais, tanto dos estudantes, como dos profissionais que atuam na escola. Além disso, faz com que se perceba a complexidade das relações escolares e o quanto explicações reducionistas, como a desestrutura familiar, a violência das comunidades e as supostas doenças do não aprender buscam reduzir e culpabilizar ora o aluno, ora a família, ora os professores e gestores.

Avançando para o compromisso social da atuação do psicólogo(o) na perspectiva dos direitos humanos, Gesser (2013) traz para discussão a necessidade de romper com os padrões normativos, patologizadores e medicalizantes da diversidade humana. Para a autora, é necessário investir na potencialização do sujeito e no reconhecimento de sua humanidade. A intervenção deve se pautar em uma perspectiva ético-política para compreender o fenômeno da medicalização na intersecção com as questões de classe social, gênero, geração, etnia, sexualidade(s), deficiência, religiosidade e demais marcadores constituintes do sujeito.

4. MÉTODO

Como já anunciado, o objetivo do estudo foi analisar os sentidos produzidos por estudantes com dificuldades de aprendizagem e comportamento, e as implicações nas suas trajetórias escolares. A base teórica utilizada foi a perspectiva da Psicologia sócio-histórica preconizada por Vigotski e seus interlocutores. De acordo com Aguiar e Ozella (2006), os processos de significação têm duas dimensões inter-relacionadas: a do significado e do sentido. Entende-se por significados as produções históricas e sociais que permitem a comunicação e a socialização das nossas experiências. Essa categoria se refere aos conteúdos instituídos, mais fixos, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades. Ela engloba uma dimensão coletiva. Já o sentido, embora também tenha uma dimensão compartilhada, diz respeito à singularidade do sujeito e representa o que é sua expressão, que constitui sua subjetividade, unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos que se articulam em sua expressão.

4.1. Sobre o local da pesquisa

A pesquisa aconteceu em um Núcleo de Avaliação Interdisciplinar (dentro do setor de Pediatria) vinculado a um Hospital Universitário (HU) de uma Universidade Federal da Região Sul do Brasil, voltado exclusivamente para trabalhar com crianças e adolescentes que têm dificuldades na escola. O hospital onde aconteceu o estudo foi fundado na década de 1980 e caracteriza-se por ser totalmente público, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão. Seu corpo clínico, constituído de professores dos Departamentos que se relacionam com as Ciências de Saúde, utiliza o Núcleo como centro de ensino e de pesquisa. Os profissionais de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, entre outras áreas, propiciam um atendimento multiprofissional e interdisciplinar, aliado à produção de conhecimento e inovação em práticas clínicas.

Esse espaço também se destaca pela grande oferta de estágios curriculares oferecidos em suas mais diversas áreas.

O Núcleo de avaliação interdisciplinar de crianças e adolescentes com dificuldades na escola foi criado oficialmente em 1998. De acordo com informações obtidas no *site* da instituição, atualmente conta com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, constituída por 12 profissionais (dois pediatras, um neuropediatra; três fonoaudiólogas; três psicólogas; duas pedagogas; uma assistente social). A equipe realiza atendimento clínico-educacional voltado ao processo de avaliação interventiva de crianças e adolescentes de seis a 14 anos, com dificuldades no processo de aprendizagem, emitindo laudo detalhado com os encaminhamentos e orientações sobre os possíveis tratamentos. Fazem parte da rotina do núcleo atividades como: triagem multiprofissional orientada; processo de avaliação interdisciplinar; estudo de casos; relatório da avaliação; e devolutiva para a família e escola.

Conforme descrição de atividade, obtidas no *site* da instituição, as psicólogas do núcleo têm uma atribuição objetiva: “investigar o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, bem como compreender seu funcionamento psicodinâmico e da família, a fim de identificar dificuldades ou psicopatologias que estejam interferindo no processo de aprendizagem acadêmica”. Como é possível observar, o papel das psicólogas é identificar fatores atrelados aos aspectos cognitivos, emocionais e familiares, assim como os fatores psicodinâmicos que afetam a aprendizagem de crianças e adolescentes de seis a 14 anos de idade. Este trabalho é articulado com a equipe de pediatras, que levantam os fatores biológicos que podem estar intervindo na aprendizagem, tipificando as patologias clínicas. Isso ocorre aliado ao trabalho das fonoaudiólogas, que por sua vez investigam alterações no âmbito da linguagem oral e escrita, que são fatores de risco para o desenvolvimento escolar. O serviço social faz a avaliação sócio-econômico-cultural da família e avalia os riscos sociais, e a pedagogia traça o perfil de aprendizagem da criança para posterior orientação à família e à escola, além da sistematização dos conhecimentos socialmente produzidos e os encaminhamentos a serviços especializados, quando preciso for. A avaliação pedagógica é realizada através da entrevista operativa centrada no estudante e dos critérios idade/série (grade curricular).

O primeiro contato com a equipe do Núcleo foi no mês de julho de 2017, inicialmente, junto ao diretor da divisão de pediatria, integrante do Núcleo e responsável pelo departamento de pesquisas. Este contato

teve como objetivo apresentar a proposta de pesquisa e solicitar as autorizações necessárias para dar prosseguimento ao Comitê de Ética em Pesquisa, da UFSC. Passaram-se alguns meses até a pesquisa ser liberada pelo Comitê de Ética⁵. Neste ínterim, conheci os demais integrantes da equipe e passei a frequentar as reuniões semanais do grupo.

A demanda de avaliações estava baixa, pois a mudança de gestão da prefeitura, decorrente das eleições municipais, acarretou na suspensão da renovação do convênio que permitia o repasse de recursos para atender as crianças encaminhadas da rede municipal de ensino. Diante disso, a equipe passou a atender somente a demanda relacionada à queixa escolar encaminhada pelo próprio HU. As reuniões de equipe acontecem às quintas-feiras, no período da tarde. Neste espaço, são debatidos os casos atendidos, visando uma perspectiva inter e multidisciplinar. Cada profissional apresenta, de forma sintética, os resultados da avaliação na sua área e, posteriormente, no coletivo. A partir disso, define-se um “desfecho/diagnóstico” do caso, para constar no relatório final do atendimento. Vale ressaltar que cada estudante atendido pela equipe passava, ao menos, por uma avaliação do pediatra, uma avaliação da psicóloga e uma avaliação das pedagogas. Nos casos requisitados, havia também atendimento com fonoaudióloga, assistente social e psiquiatra infantil.

4.2. Procedimento de escolha dos participantes

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da UFSC, a equipe do Núcleo disponibilizou uma lista contendo 118 crianças, atendidas no ano de 2016, com algum desfecho clínico. Em relação aos diagnósticos, podemos perceber que existe um número significativo de crianças diagnosticadas com dislexia, deficiência intelectual, transtorno espectro autista e TDAH. Transtornos do desenvolvimento bastante conhecidos, alguns deles com legitimidade controversa na literatura. Todos os estudantes que passaram por atendimento estavam em

⁵ Projeto de pesquisa inscrito sob número CAAE: 69367917.9.0000.0121 e aprovado pelo Parecer Número: 2.345.883 de 24 de outubro de 2017.

condições de participar da pesquisa, por atender os critérios elencados previamente no projeto.

Entretanto, devido ao tempo de realização do estudo, optou-se por realizar um sorteio para escolha dos participantes. Para realizar o sorteio, foram estabelecidos alguns critérios para a escolha. O primeiro critério foi contemplar o gênero, tendo um número igual ou mais próximo possível de crianças do sexo masculino e feminino. Outro critério estabelecido foi crianças acima de nove anos, com objetivo de facilitar para os pesquisadores o processo de compreensão das narrativas das histórias de vida dos participantes da pesquisa. O terceiro critério foi relacionado à diversidade, procurando contemplar crianças com diagnósticos diferentes. Definidos os critérios, foi atribuído aos estudantes um número de um a 118 e utilizada uma ferramenta de sorteio eletrônico, disponível em: <https://sorteador.com.br/>. Foram sorteados 10 estudantes, com idade entre nove e 12 anos, distribuídos igualmente por gênero.

A etapa subsequente foi o contato com os pais e responsáveis. Da lista de crianças, em quatro famílias o contato telefônico era inexistente. Os outros seis contatos foram exitosos, porém, em duas situações não houve viabilidade de agendamento da entrevista, pela ausência de retorno do familiar. Dos outros quatro contatos, as entrevistas foram agendadas, porém, somente dois compareceram nos horários marcados. Em relação à terceira participante, a entrevista ocorreu no próprio local de trabalho da mãe da estudante, em uma sala reservada, garantindo minimamente as condições de sigilo e privacidade. Já quanto às duas entrevistas que aconteceram no HU, uma ocorreu na sala de atendimento da Psicologia, do departamento de pediatria, enquanto a outra aconteceu na sala de reuniões da equipe de enfermagem, devido à ausência da pessoa responsável por abrir a sala do departamento de pediatria.

Em relação ao espaço onde ocorreram as entrevistas, apesar de ter o Serviço de Psicologia disponível, vinculado ao Programa de Psicologia da Universidade, no contato com os participantes os mesmos informaram desconhecer o local. Portanto, o Núcleo ainda era a melhor referência para os participantes. Em relação à atividade realizada no local de trabalho, ocorreu mediante possibilidade expressa pela responsável. Em ambos os locais, procurou-se garantir um conforto, privacidade e acústica de modo que não fosse possível ouvir do lado de fora da sala. Entretanto, não foi possível suprimir totalmente todos os ruídos externos, como barulho de carro e máquinas elétricas.

4.3. Procedimentos e técnicas utilizadas para a entrevista com os participantes

Considerando a disponibilidade dos participantes, as entrevistas ocorreram em um único encontro de aproximadamente 90 minutos com cada participante. As entrevistas foram realizadas de forma individual, conforme agendamento prévio. A proposta de atividade com os participantes foi dividida em três etapas. A primeira parte aconteceu com os pais e a criança, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos que seriam realizados. Mediante o aceite em participar, após explicação dos objetivos e procedimentos, foi providenciada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), respeitando os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, conforme resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Dentro dos aspectos éticos do estudo, todos os encontros foram gravados para obter maior detalhe nas informações. A gravação foi autorizada pelos responsáveis do estudante via TCLE e mediante autorização do estudante pelo termo de assentimento. Somente os pesquisadores tiveram acesso à gravação. Além disso, foram utilizados nomes fictícios para garantir o sigilo da identidade dos participantes.

Mediante o aceite à participação, ocorreu o encontro somente com o estudante. A escolha de ouvir primeiro o estudante alinha-se com a perspectiva do projeto de escutar primeiramente aquele que, em outros espaços, muitas vezes é silenciado pelo discurso do adulto. Além disso, optou-se por ouvir primeiro o estudante, pois ele é o ator principal deste estudo. A partir da sua narrativa foram construídas as bases da análise dos efeitos psicossociais do diagnóstico nos seus modos de ser, pensar e existir.

O encontro com o estudante teve como objetivos: identificar suas percepções sobre o diagnóstico; caracterizar os sentidos produzidos por eles sobre o diagnóstico a partir das narrativas da família e da escola; e as implicações do diagnóstico nas suas relações cotidianas, tendo em vista as produções realizadas pelo participante. Para nortear este percurso, foi utilizado um roteiro de perguntas semiestruturado, conforme apêndice 1. A primeira pergunta iniciava a atividade propondo uma apresentação, e as perguntas subsequentes estavam relacionadas com a percepção do estudante sobre o fato de ter que ir ao médico. O

objetivo destas questões era entender, a partir da perspectiva do estudante, como ele percebe a queixa e os desdobramentos desta nos serviços de saúde. Por fim, o último bloco de perguntas questionou a relação do estudante com a escola e com seus colegas. O roteiro de perguntas foi utilizado como subsídio, porém, no decorrer das entrevistas, novas perguntas foram realizadas. Assim como algumas que estavam no roteiro não foram realizadas, por não se aplicar a um ou outro estudante.

Além do roteiro de perguntas, foram selecionadas algumas gravuras para utilizar como ferramenta projetiva das afetações oriundas da relação familiar e escolar. O uso do recurso de imagens tem sido frequente no trabalho com crianças e vem sendo utilizado por autores de relevância na pesquisa com crianças, como Vygotsky, Sônia Kramer e outros. A imagem estabelece uma infinidade de possibilidades de significados e a criança interage com a cultura que está impregnada nas imagens, logo, age reciprocamente com a mesma. Ao falar da imagem, a criança também estará falando de si, dos sentidos produzidos na relação com seu contexto social. Para as três crianças que participaram da pesquisa, foram utilizadas as mesmas imagens, dispostas em ordem aleatória. Inicialmente, o pesquisador apresentava algumas figuras e solicitava ao estudante para contar o que chamava atenção na imagem. Após o relato, as perguntas eram construídas buscando dialogar com a história de vida que a criança narra. Após apresentar três ou quatro figuras, todas as imagens eram dispostas sobre a mesa, para o estudante escolher a sua preferência. Na sequência, lhe fazia novas perguntas sobre o contexto da imagem, a partir do diálogo trazido pela criança. Ao todo, foram utilizadas 10 figuras, em tamanho de foto 10cm X 15cm. As imagens selecionadas seguem no quadro abaixo:



Figura 3: imagens selecionadas e utilizadas na atividade com o estudante.

Fonte: figuras encontradas na internet por meio do google imagens: <https://www.google.com.br/imghp?hl=pt-PT>.

Finalizado a etapa com o estudante, o familiar era chamado para participar da conversa, juntamente com a criança. Para a entrevista com os pais/responsáveis, foi utilizado um roteiro de perguntas semiestruturado, conforme apêndice 2. A entrevista teve como principal objetivo responder sobre o percurso realizado pela família até chegar ao encaminhamento para o Núcleo de atendimento no HU. Feito este levantamento, foram realizadas perguntas sobre o processo de atendimento e as consequências na vida familiar e escolar, bem como os impactos do diagnóstico na forma de perceber a criança. No decorrer da entrevista, buscou-se compreender os processos que dificultam ou facilitam a aprendizagem, com o objetivo de entender se a queixa se estende para outras dimensões da vida do estudante.

Em relação aos procedimentos, é preciso fazer uma ressalva sobre o tempo da atividade. Inicialmente, estava previsto de três a quatro encontros para realizar todas as atividades (entrevista com os pais, atividades lúdicas e expressivas com o estudante, e posteriormente, um momento de conversa devolutiva). Entretanto, considerando a disponibilidade dos participantes e o tempo final para realização da pesquisa, reduzimos para um único encontro, contudo, foi constituído por um período mais longo, objetivando realizar todas as etapas. O tempo definido para a atividade foi determinado nesse cenário onde o encontro foi estabelecido. A técnica e os instrumentos foram compreendidos como um caminho dinâmico, isto é, não fixo em suas prerrogativas, que estão a serviço de oferecer possibilidades de expressão e visibilidade aos fenômenos em destaque no estudo. O que significa dizer que no registro dessa forma de pensar e fazer a pesquisa há uma escolha metodológica, pautada na epistemologia de pesquisa qualitativa, preconizada por González Rey (2002), alinhada a uma perspectiva de pensamento da Psicologia sócio-histórica.

4.4. Técnicas e procedimentos para análise e interpretação dos dados

A análise e interpretação das informações ocorreram a partir da abordagem sócio-histórica, visando abranger os sentidos que constituem o processo de significação dos sujeitos da pesquisa. Após a transcrição das gravações e com os materiais produzidos nos encontros, iniciamos leituras “flutuantes”, para que aos poucos fosse possível uma apropriação das informações obtidas. A partir das leituras, foram surgindo questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, caracterizados pela intensidade de aparição, pela importância enfatizada nas falas, pela tonalidade emocional presente e pelas ambivalências ou contradições, etc. Em seguida, ocorreu uma aglutinação dos pré-indicadores, pela similaridade, pela complementaridade e pelas contradições dos conteúdos temáticos devidamente contextualizados. Esses se tornaram indicadores para os possíveis núcleos de significação.

O processo de análise aconteceu partindo intra-núcleo e avançando para uma articulação inter-núcleos, ampliando o processo interpretativo com o contexto social, político, econômico e histórico, que permitem o acesso à compreensão do sujeito em seu contexto. A partir desta etapa, temos a realização de um procedimento de análise

mais complexo, completo e sintetizador, ou seja, os núcleos foram integrados no seu movimento, analisados à luz do contexto narrado pelos estudantes e familiares, à luz do contexto sócio histórico e à luz da teoria que fundamenta este estudo (Aguiar & Ozella, 2006).

4.5. Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa três estudantes entre 10 e 12 anos. Fehr⁶ tem 12 anos, está na 7^a série do ensino fundamental em uma escola pública, mora com seus pais em uma região periférica do litoral catarinense. Sua mãe acha que ele é “*uma criança divertida, gosta de interagir com os colegas, com a família, com os irmãos (SIC)*”. Reforço os elogios tecidos pela mãe e acrescento outros, como estudioso, determinado, gosta de conversar e fazer um monte de outras coisas que me contou durante o encontro que tivemos para a realização da entrevista. Ele chegou até o Núcleo encaminhado pela escola com a queixa de dificuldades na alfabetização. No seu caso, houve uma procura por apoio na rede pública de saúde do seu bairro, mas a escola o encaminhou com maior brevidade para o centro especializado, conforme relato da mãe: “*eu tentei entrar no posto de saúde, mas a escola que conseguiu mais rápido encaminhar ele para cá [Núcleo]*”.

Outra estudante é a Madu, tem 10 anos, estava na 5^a série do ensino fundamental na rede privada de ensino na região da Grande Florianópolis. Seus pais são comerciantes e a entrevista foi no local de trabalho da sua mãe. Tenho poucos relatos da mãe, pois não conseguiu deixar seu posto de trabalho para participar da pesquisa. Pela entrevista realizada, no balcão da loja, relatou que percebe a filha com grande potencialidade e muito criativa. Madu parecia tímida no início da nossa conversa, por isso, iniciamos o encontro concluindo a atividade que veio de tarefa da escola, sobre o tema da reforma protestante. Contei a ela sobre o que sabia do movimento reformista da igreja cristã, em especial, algumas cenas que lembrava do filme de Martinho Lutero. Depois, pesquisamos na internet imagens sobre a reforma protestante e também pequenos textos que foram transcritos a mão para o trabalho final da disciplina. Com o passar de alguns minutos e findado os deveres

⁶ Nomes dos participantes são fictícios

escolares, ela me contou que gostaria de ser astronauta, compositora de músicas e tocar piano. Quem a conhece há pouco tempo, logo percebe uma pessoa talentosa, seja pelas letras de música já compostas, pela perseverança nas aulas de teclado e pela consciência de que é necessário estudar muito para ser uma futura astronauta.

A terceira integrante desta pesquisa chama-se Kakau, tem 11 anos e estuda na 6ª série do ensino fundamental, em uma escola pública, na região do litoral catarinense. Quando pergunto sobre o que gosta de fazer, prontamente responde que gosta de ir à praia e brincar com seus amigos. Kakau mora com sua mãe e ambas relatam ter um bom relacionamento.

A minha filha é maravilhosa. Ela é uma menina obediente, na escola os professores falam que ela não é de ficar conversando. Não é de ficar brigando.... Em casa ela me ajuda, ela é muito vaidosa. Mas não é uma menina que a gente tenha que brigar. Às vezes a gente tem que dar umas puxadas..., mas ela é uma menina muito boa, não tenho problemas de briga com colegas, maravilhosa o meu "bebê". (Mãe da Kakau).

A própria mãe trouxe a Kakau para o Núcleo. Estava preocupada com o processo de alfabetização e com possíveis questões emocionais que poderiam estar influenciando a aprendizagem. Encaminhamento similar ao da Madu, os dois casos foram motivados pela preocupação da mãe com a leitura e escrita. Ambos os encaminhamentos ocorreram com a anuência da escola.

É a partir das histórias de vida de Fehr, Madu e Kakau que iremos desenvolver as análises desta pesquisa. Na prática, pode-se perceber que os conteúdos narrados pelos participantes dizem respeito às formas de subjetivação da experiência do cotidiano escolar e familiar. Portanto, para analisar em profundidade como acontece o fenômeno, não é o número de participantes que será relevante, mas a qualidade de relação estabelecida entre o pesquisador e participantes, de forma que possa descrevê-lo e, sobretudo, compreendê-lo. Destacamos que os objetivos visados não podem ser apreendidos por vias diretas, ou seja, os sentidos são produtos do pensamento que, por sua vez, precisam ser expressos em forma de palavras ou outros tipos de comunicação. Portanto, pressupõem crenças, valores e percepções decorrentes das relações

sociais, isto é, dos sentidos produzidos pelos participantes da pesquisa, entre eles, o próprio pesquisador.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa divididos em duas partes. A primeira consiste na caracterização do contexto da pesquisa, ou seja, uma breve análise sobre os dados gerais das avaliações realizadas pelo Núcleo, a partir dos atendimentos de 2016. Após, serão apresentados e analisados os dados obtidos a partir das entrevistas com os estudantes e seus familiares. Estes, por sua vez, foram organizados em unidades de análise, conforme os núcleos de significação constituídos a partir dos indicadores. O critério básico para a aglutinação dos indicadores refere-se à similaridade, complementaridade ou contraposição, conforme descrito por Aguiar e Ozella (2006).

5.1. Caracterização do contexto da pesquisa

Em 2016, o Núcleo onde foi realizada a pesquisa atendeu 118 estudantes que foram diagnosticados com algum desfecho clínico. Do total de pessoas atendidas, 89 eram do sexo masculino e 29 do sexo feminino, conforme quadro abaixo:

<i>Gênero</i>		Percentual
<i>Feminino</i>	29	24,40%
<i>Masculino</i>	89	75,60%
<i>Total</i>	118	

Quadro 4: Crianças atendidas no Núcleo/HU no ano de 2016 com algum desfecho clínico.

Fonte: Elaboração dos autores

Conforme é possível observar, existe uma prevalência maior que incide sobre as crianças do sexo masculino. Em outro levantamento, realizado pelo Laboratório de Estudos dos Transtornos de Aprendizagem, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - (LETRA), realizado com crianças e adolescentes avaliadas no ano de 2010 e 2011, também identificaram maior prevalência do transtorno de aprendizagem no sexo masculino (68,4%) em relação ao sexo feminino (31,5%) (Alves, 2012). Em relação

especificamente ao diagnóstico de TDAH, Santos e Vasconcelos (2010) identificaram que existe uma prevalência de 9:1 de meninos para meninas, em amostras clínicas, e uma proporção de 3:1 em amostras populacionais em geral.

Este dado nos coloca a refletir sobre quais fatores estariam atrelados a esta incidência maior sobre o sexo masculino? Em relação ao TDAH, analisando-se os sintomas de impulsividade e hiperatividade, nota-se uma questão de gênero construída socialmente em torno da masculinidade. De acordo com Grossi (1995), uma das principais definições da masculinidade na cultura ocidental para o gênero é que o masculino é ativo. Segundo a autora,

para a constituição do modelo de masculinidade hegemônica em nossa cultura, atividade não diz respeito apenas à sexualidade; ela é também percebida positivamente como agressividade. Já na constituição da identidade de gênero na infância, observamos como o masculino se constitui pela hiperatividade dos meninos, que se confunde seguidamente com agressividade (Grossi, 1995, p.6).

Em diversas culturas, o modelo de masculinidade estaria voltado a livrar-se das características que o tornaria frágil, exacerbando as potencialidades do ser ativo. Por isso, é comum que pais e professores acreditem que meninos sejam hiperativos e agressivos porque nasceram assim, que isto é uma característica natural (inata) do sexo masculino e não que se trata de um comportamento esperado e estimulado em meninos (Grossi, 1995). Isolado, este dado estatístico traz poucos elementos para refletir sobre a produção de subjetividade do estudante diagnosticado, entretanto, necessariamente nos remete a incluir nas unidades de análise os fatores culturais e sociais que incidem sobre o fenômeno medicalizado.

Para além do sexo, outro recorte possível, no que tange às pessoas atendidas pelo Núcleo, se refere à idade que são encaminhadas para atendimento.

<i>Idade</i>	Crianças atendidas	Percentual
5	1	0,8%
6	3	2,5%
7	9	7,6%
8	27	22,7%
9	27	22,7%
10	24	20,2%
11	10	8,4%
12	6	5,0%
13	5	4,2%
14	2	1,7%
15	3	2,5%
16	1	0,8%
<i>Total</i>	118	

Quadro 5: Crianças atendidas no Núcleo/HU no ano de 2016 com algum desfecho clínico, separadas por idade.

Fonte: Elaboração dos autores

Como podemos perceber no quadro acima, existe uma grande concentração entre sete e 11 anos, somando 81,6% dos casos. Esta idade coincide com os primeiros anos da criança no ensino fundamental e também com o período de alfabetização. Este dado nos leva a acreditar que no início da inserção da criança na escola, a adaptação às rotinas requer uma atenção maior por parte de pais, responsáveis e professores, considerando que é um período em que a criança irá se deparar com regras às quais não estava habituada nos anos anteriores, terá tarefas e rotinas a cumprir. Além disso, novos valores de relacionamento com seus pares e exigências por resultados satisfatórios de aprendizagem serão cobrados. Isto torna essencial a mediação entre a comunidade escolar, pais e o estudante, com vistas à produção de estratégias didáticas diferenciadas que facilitem este processo de inserção no ensino regular e evitem prejuízos futuros na aprendizagem e no desenvolvimento.

Ainda apresentando dados gerais dos atendimentos do Núcleo, podemos observar na página seguinte um quadro com os tipos de diagnósticos que foram realizados no ano de 2016. Das 118 crianças avaliadas, foram identificadas que 43 apresentavam como diagnóstico

principal “problemas emocionais que afetavam o processo de aprendizagem”. Destas, um número significativo abaixo dos 10 anos de idade. Ao olhar para estes dados é necessário ter uma postura crítica, para não recair na lógica da privatização do sofrimento psíquico e tornar crianças e adolescentes como potenciais consumidores de psicofármacos. Por outro lado, é preciso considerar que existem crianças em sofrimento, seja ele causado diretamente pelos acontecimentos oriundos da escola ou de outros espaços. Ambos afetam seu desempenho escolar e as relações cotidianas. Em um estudo realizado por Cruvinel e Boruchovitch (2004), identificou-se que a presença de sintomas de depressão infantil pode interferir de forma negativa no emprego de estratégias de aprendizagem. Os autores ressaltam que além de a depressão infantil interferir no rendimento escolar, algumas investigações têm mostrado que os sintomas depressivos também afetam os hábitos de estudos. Infelizmente, para os 43 casos acima não é possível adentrar nas queixas e sintomas que originaram o diagnóstico, porém, verifica-se a importância de atentar-se para os fatores que tem gerado sofrimento nas crianças e os impactos para sua vida e aprendizagem, aspectos que aprofundaremos nas unidades de análise subsequentes.

<i>Idade</i>	Problemas Emocionais Afetando a Aprendizagem	Deficiência Intelectual	TDAH	Dixlexia	Transtorno Espectro Autista	Devio Fonológico	Função Intelectual Limitre	Privação SEC	Transtorno do Humor	Inaturidade Psicoafetiva	#
5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
6	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
7	6	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9
8	11	5	1	4	1	2	1	1	1	0	27
9	11	4	0	3	3	0	2	3	0	1	27
10	4	1	2	8	2	0	4	1	1	0	24
11	4	1	1	2	1	1	0	0	0	0	10
12	3	1	0	1	0	0	1	0	0	0	6
13	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	5
14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
15	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
16	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	43	17	6	20	11	3	9	5	2	1	118

Quadro 6: Diagnósticos realizados pelo Núcleo/Hu no ano de 2016, distribuído por idade.

Fonte: Elaboração dos autores

5.2. O estudante objetivado no discurso de criança problema

Esta primeira unidade de análise se dedicará a descrever e interpretar a relação entre os estudantes diagnosticados com alguma dificuldade no processo de aprendizagem e os “processos de normalização” a que foram submetidos. Partindo do pressuposto de que os significados presentes no contexto social em que os estudantes estão inseridos são apropriados por eles e produzem sentidos pessoais, os quais são constituintes da subjetividade, analisar-se-á informações obtidas por meio das crianças, seus pais e, quando relevante, aquelas obtidas pelo próprio serviço de saúde estudado. Em geral, as dificuldades escolares aparecem como um problema individual que causa sofrimento ao estudante e também à sua família, como percebemos nos relatos abaixo:

(...) foi por falta dessa atenção na escola, né! Ele não conseguia, não digo que seja por falta de atenção que acontecia ali. Na realidade ele não interagia com a turma, o caderno incompleto, as atividades que menos ele fazia (Mãe do Fehr).

(...) fui eu que comentei com os professores. Eu gostaria de saber por que a minha filha não aprende a ler (Mãe da Kakau).

(...) ela (mãe) acha que eu não entendo as matérias. É por isso que ela me levou para lá (Madu).

Qualquer criança ou adolescente com dificuldades de aprendizagem ou de comportamento na escola provoca um sentimento de fracasso em todas as partes envolvidas: professores, profissionais da saúde, pais/responsáveis e o próprio estudante. No que se refere aos estudantes, de partida, é importante observar que existe um desencontro de informações para com estes, quanto aos procedimentos a que foram submetidos. Isto é possível observar nos relatos abaixo, quando questiono aos estudantes se alguém conversou sobre o porquê de terem sido encaminhados para o Núcleo/HU:

Madu: Minha mãe queria que eu fosse para o Núcleo. Eu nem sabia o que era. Não sabia o que fazia e nem sabia que existia. Quando era pequena vi minha mãe tocar nesse assunto, mas eu pensava que era só para doente. Para pessoas que tem problema, essas coisas!

Fehr: Não sei. Não faço a mínima ideia (...). Não sei de nada, nem sabia que eu iria vir pra cá. Nem minha mãe me falou.

Kakau: Não conversaram muito, sabe? Só perguntaram quantos anos que eu tinha, se eu frequentava a escola, essas coisas.

Rudinei: E quando você finalizou os atendimentos, quando não precisou mais vir para este local, alguém conversou contigo?

Kakau: não.

Frente a essa observação é necessário, de imediato, levar em consideração a construção histórica da infância ao longo do tempo. Conforme mencionamos na fundamentação teórica deste trabalho, a construção social da infância no Brasil carrega a marca do abandono e de ausências de políticas públicas efetivas de cuidado e proteção. Soma-se a este fato a ideia de que a infância precede a idade adulta, portanto, no imaginário do adulto, a criança seria concebida como um ser inacabado, imperfeito. Esta forma de compreender a criança produz uma inteligibilidade específica sobre o tipo de relação que o adulto e a sociedade estabelecem com a criança:

O adulto exerce sobre a criança uma autoridade constante. De uma maneira geral, toda a sociedade adulta se arroga o direito de dar ordens à criança, que encontra sempre em seu caminho um parente, um vizinho ou simplesmente um transeunte, cuja solicitude traduz-se nas mais diversas ordens. A obediência e o respeito são considerados as virtudes principais da infância. Na realidade, a autoridade do adulto sobre a criança é social e reproduz, de uma forma geral, as formas dominantes de autoridade em uma determinada sociedade (Kramer & Horta, 1982)

Partimos do pressuposto que todo ser que dispõe de linguagem e expressa o pensamento possui condições para expressar suas vontades. Neste sentido, pergunto a um dos estudantes se gostaria de saber os motivos do encaminhamento ao serviço de saúde, ele responde: “*gostaria, mas acho que só minha mãe sabia disso*” (Fehr). Em outro caso, em que conversávamos sobre as informações repassadas após participar das atividades no serviço de saúde, a estudante relata uma situação que vivenciou:

Kakau: Tem uma professora lá na escola que outro dia pediu para falar com a minha mãe. Eu me perguntei: O que será que ela quer falar com a minha mãe? Então eu fiquei atrás da porta escutando o que elas estavam falando. Quando elas abriram a porta, eu cá. Então pediram para mim porque eu estava escutando, se eu entendi alguma coisa. Falei que não! Mas que gostaria de saber o que elas estavam conversando, se eu ia precisar de alguma coisa. Elas responderam que estava tudo bem.

Podemos perceber que a criança tem vontade de saber sobre o que se passa, bem como estar elucidada sobre os procedimentos a serem realizados. Se a criança tem direitos, por que é tão difícil considerá-los? Por que a enxergamos ainda com desigualdade? Por que os adultos, nos mais diferentes papéis que desempenham na relação com a criança (pais, professores, trabalhadores da saúde, etc.) se colocam, na grande maioria das vezes, como sujeitos da ação, e a criança como objetos no qual incide a ação do referido adulto? Possivelmente, muitos adultos nem saibam dos direitos da criança, quiçá as crianças se percebem como um sujeito de direito. A Constituição Federal de 1989 sintetiza que toda criança e adolescente tem direito à provisão, proteção e participação. Como provisão, entende-se que é dever do Estado disponibilizar as políticas públicas para atender às necessidades básicas dos seres humanos, como educação, saúde, assistência social, entre outros dispositivos que vão garantir o pleno desenvolvimento do sujeito. Por proteção, atribui-se ao Estado e à sociedade o dever de proteger as crianças de todos os tipos de mazelas que prejudicam o seu desenvolvimento. Já a participação garante que a criança tenha o direito de participar dos assuntos de seu próprio interesse, inclusive tomando

decisões. Estes princípios precisam ser orientadores dos planejamentos, das atividades de ensino e na vida privada. É necessário olhar para as crianças e perceber que elas são capazes de ouvir, de participar, de falar, de dialogar sobre o que é de seu interesse e interfere na sua vida.

Ter conhecimento dos direitos da criança e do adolescente é tão importante como reconhecê-lo na sua singularidade, respeitando enquanto sujeito e envolvendo no processo de cuidado em relação à queixa da escola. Neste aspecto, outro dado importante de se observar é quando questiono os estudantes sobre os motivos do encaminhamento ao serviço de atendimento de saúde, elas conseguem descrever a queixa. Madu responde: *“ela acha que eu não entendo as matérias. É por isso que ela me levou para lá.* A outra estudante relata especificamente a dificuldade de leitura frente a outras pessoas: *porque eu tento ler. Eu sei, mas quando vou tentar ler perto de uma pessoa, não consigo* (Kakau). Nesta mesma direção, Fehr diz: *(...) no primeiro ano, eu meio que não conseguia ler. Era bem difícil para eu ler. (...) É que eu tenho dificuldade para escrever. Eu escrevo devagar. Meus colegas escrevem bem rápidos e eu não consigo acompanhar”.*

Esta forma de organização da racionalidade criada pela pedagogia moderna visa atender às necessidades de eficiência e agilidade que se impõem no mundo industrializado. De acordo com Rocha (2000), a escola, por meio dos seus dispositivos de pedagogização, consolidar-se-á como organização em parceria com outras organizações, trabalhando para acionar o acelerador do tempo social. A autora faz uma crítica à homogeneização do tempo, por esse processo demandar que todos apresentem as mesmas capacidades durante o mesmo tempo.

Em meio à lógica binária, a diferença e o excluído, pois o que se move na linha do tempo que só privilegia os extremos está fora do tempo marcado como real. A lógica dominante ganha espaço, constituindo-se enquanto síntese das estabilidades e exclusão das variâncias, das singularidades. É importante perceber que, nessa perspectiva, não é só o aluno o excluído na relação do professor com seu saber: o próprio educador está fora do circuito que relaciona programa, métodos e tempo *especializado*, cronometrado para seu desenvolvimento. Do mesmo modo, as práticas de pesquisa/produção do conhecimento e o fazer cotidiano estão, de maneira geral, incompatibilizados, o que leva a

não-legitimação dos saberes construídos no dia-a-dia, vivido como perda de tempo ante o trabalho a ser feito. Quando os investimentos escolares estão na ordem do espaço, sua resultante são as reformas que neutralizam o tempo como invenção, como transformação micropolítica da realidade (Rocha, 2000, p.191).

É nesse sentimento de descompasso, de inércia e de anacronismo que o tédio surge no cotidiano como sensação de impotência criativa. Entretanto, é justamente nesse movimento que afirma o tempo na diferença, pois revela o singular, a heterogeneidade, o que resiste à representação. Nesse sentido, conforme Rocha (2000), o tédio é um índice de que algo foge ao controle, uma angústia que pode facultar mudanças, já que evidencia a complexidade que requer análise e aprofundamento sobre as situações vivenciadas no cotidiano da educação. Portanto, podemos conceber o “demorar-se” não apenas como um indicador de avaliação da habilidade e competência com a escrita, mas, sobretudo, um sintoma dos efeitos da pedagogização, que consiste em dar forma às ações, às situações, tendo como referência os modelos e os padrões convencionais aceitos socialmente como “normais” e que, ao mesmo tempo, produz um contingente de excluídos.

Durante as entrevistas com os estudantes, outro fato que chama atenção são as falas em que a queixa é vista em primeira pessoa (“era bem difícil para eu ler”; “que eu não entendo as matérias”; “é que eu tenho dificuldade para escrever”). O estudante, de tanto ouvir sobre como ele é, passa a se reconhecer nesse papel e agir e pensar que realmente tem um problema, concretizando uma profecia autorrealizadora. O diagnóstico tem a capacidade de mudar comportamentos por dar explicações ao que até então era inexplicável ou visto apenas como diferente. No que diz respeito ao diagnóstico, ou seja, a classificação de indivíduos que compartilham os mesmos sintomas, Brzozowski e Caponi (2013), Brzozowski, Brzozowski; Caponi (2010) identificaram como uma forma de alívio, pois passa a explicar as atitudes dos estudantes.

Partindo da perspectiva da Psicologia sócio-histórica, compreendemos que o sujeito constrói sua singularidade por meio das mediações sociais. Desta forma, todo tipo de classificação, rótulo e diagnóstico gera um efeito sobre a pessoa. Conforme o contemporâneo

filósofo da ciência Ian Hacking, as classificações dos indivíduos são interativas, uma vez que um indivíduo consciente de sua classificação pode modificar-se em consequência disso (2006, p. 307). Portanto, as classificações interagem com o indivíduo e estas passam a constituir um sentido em sua existência.

De acordo com a referência sobre recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde, produzido pelo grupo de trabalho educação e saúde do fórum sobre medicalização da educação e saúde, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2015), uma pessoa em processo de construção do conhecimento e em desenvolvimento enfrenta o tempo todo impasses e dificuldades. Esse enfrentamento é, justamente, o motor que faz com que a aprendizagem aconteça. Acertos e, principalmente, erros fazem parte do processo, e a forma que cada um encontra para refletir sobre eles pode ser diferente. Mas nem sempre existe reflexão positiva sobre os erros em contraposição a culpabilização pela sua não aprendizagem.

De acordo com Vigotski (1991) as funções psicológicas superiores, ou funções psicológicas complexas, possibilitam ao ser humano a sua introdução no mundo dos símbolos, mediados pelas influências socioculturais e regidos pelas leis da internalização. Para ele, a atividade que inicialmente se desenvolve em nível interpessoal ou intersíquico passa a ocorrer em um esquema que envolve relações intrapessoais ou intrapsíquicas. Isto fica evidente na fala da própria estudante Kakau, quando pergunto se ela sentia-se diferente em relação aos demais colegas, conforme segue abaixo:

Rudinei: Você acha que tem alguma coisa diferente das colegas da sua idade?

Kakau: Não, tem umas meninas da minha sala, que eu estudava antes, que quase todos não sabem ler.

Rudinei: Quer dizer todo mundo está sujeito a ter dificuldades?

Kakau: Sim! Tem umas que já aprenderam e tem outras que não. Daí uma professora disse para outra que a gente não nasceu sabendo. Então a professora respondeu: Vocês não sabem ainda? No primeiro ano a minha filha já sabia ler e escrever. Eu respondi: Só tua filha, porque a gente vai ter que aprender.

Quando a professora, com base em uma estudante (sua filha), parte do pressuposto de que todos deveriam saber ler e escrever aos sete anos, ela se aproxima de uma lógica homogeneizadora, que pensa os tempos da aprendizagem a partir de etapas cronológicas iguais para todos. Porém, não é tão simples assim. De acordo com Coelho (2011), para que o estudante possa aprender, é necessário que desenvolva o controle de seus processos de aprendizagem e os internalize. É dessa forma que a criança se torna capaz de monitorar seus avanços, transferir aprendizagens, assumindo uma postura metacognitiva. No caso da linguagem, ela consegue, gradativamente, atingir as dimensões gramatical, ortográfica e semântica, podendo assim evoluir para a escrita das palavras de modo correto, com a grafia adequada e entendendo o seu significado.

Para compreendermos o processo de aprendizagem da leitura e escrita, precisamos levar em consideração a formação e o desenvolvimento do psiquismo humano na perspectiva sócio-histórica. A periodização da ontogênese humana foi elaborada com a finalidade de romper com os modelos mecanicistas ou modelos organicistas de desenvolvimento presentes na época. Os principais estágios do desenvolvimento são: comunicação emocional do bebê; atividade objetual manipulatória; jogo de papéis; atividade de estudo; comunicação íntima pessoal; e atividade profissional/estudo. Cada período do desenvolvimento é caracterizado por uma atividade principal, que desempenha a função de principal forma de relacionamento da criança com a realidade. Sinteticamente, os estágios correspondem a formas de comunicação, iniciando pelas mais rudimentares nas primeiras semanas de vida, com uma linguagem totalmente específica e peculiar que permite que o bebê sociabilize com o adulto para comunicar as suas necessidades essenciais para sobrevivência e para o desenvolvimento de sentimentos sociais mais complexos (Facci, 2004).

Os próximos estágios marcam a transição para formas mais elaboradas, com a manipulação dos objetos, por meio da mediação do adulto, seguindo para os jogos e brincadeiras onde a criança irá interagir e se apropriar do mundo dos adultos, interpretando as ações realizadas pelos adultos, por meio dos objetos. Já a atividade de estudo é marcada pelo ingresso na escola, proporcionando a assimilação de novos conhecimentos e o intermediário da relação com o adulto. Já na adolescência, busca-se a comunicação com seus pares, posicionando-se de forma pessoal diante das questões que a vida social lhe impõe. Tanto

as atividades de estudo como os comportamentos de grupo dão origem a novas atividades voltadas ao futuro, adquirindo caráter de atividade profissional. A etapa final do desenvolvimento acontece quando o indivíduo se torna um trabalhador, ocupando um novo lugar na sociedade. É a sociedade que determina o conteúdo e a motivação na vida da criança, pois todas as atividades dominantes aparecem como elementos da cultura humana (Facci, 2004).

É a partir do desenvolvimento dessas atividades que o ser humano cria condições concretas para suprir suas necessidades. De acordo com Facci (2004), os estágios de desenvolvimento possuem certa sequência no tempo, mas não são imutáveis e nem estanques. São marcadas por períodos de crise que trazem a contradição entre o modo de vida da criança e as suas possibilidades que já superaram esse modo de vida. Neste processo dialético, as condições histórico-sociais exercem influência tanto sobre o conteúdo concreto de um estágio individual do desenvolvimento quanto sobre o curso total do processo de desenvolvimento psíquico. Conforme a autora,

a constituição dessas funções é caracterizada pela mediação por intermédio dos signos, sendo que a linguagem é o sistema de signos mais importante. As formas superiores de comportamento formaram-se graças ao desenvolvimento histórico da humanidade e origina-se na coletividade em forma de relações entre os homens, e só depois se convertem em funções psíquicas da personalidade (Facci, 2004, p.66).

É importante ter como fundo este processo de desenvolvimento, pois a partir dele é possível compreender a aprendizagem como um processo de internalização da linguagem, o qual será diferente de pessoa para pessoa, a depender das mediações estabelecidas.

Kakau apresentou em sua fala a noção de que essas diferenças realmente existem. Ao responder à sua professora “tem umas que já aprenderam e tem outras que não” ela reivindica o direito à diferença, que está em consonância com a premissa de que o desenvolvimento da aprendizagem envolve relações complexas. Para Vigotski, isto se dá em dois níveis:

O primeiro nível é denominado de desenvolvimento real ou efetivo. Ele é constituído pelas funções psicológicas já efetivadas. O

segundo nível é o desenvolvimento próximo e define-se como aquelas funções que estão em vias de amadurecer e que podem ser identificadas por meio da solução de tarefas com o auxílio de adultos e outras crianças mais experientes. Ao passo que aquele nível caracteriza o desenvolvimento mental, retrospectivamente, este o caracteriza prospectivamente. À medida que ocorre a interação com outras pessoas, a criança é capaz de movimentar vários processos de desenvolvimento que, sem ajuda, seriam impossíveis de ocorrer (Vygotski, 1993, p. 239 citado por Facci, 2004).

Dito isso, a didática adotada pelo professor deve levar em consideração a zona de desenvolvimento proximal, e suas atividades pedagógicas devem ser organizadas com o intuito de que a criança possa se apropriar dos conceitos historicamente produzidos pela humanidade. É por meio da prática do ensino que a criança irá criar condições para seu desenvolvimento psíquico. Nesse processo, o professor tem um papel fundamental de mediador entre o estudante, o conhecimento e as variáveis sociais que interferem na aprendizagem (Facci, 2004).

Ainda em relação à aprendizagem, outro fenômeno abordado como uma queixa pela mãe do Fehr foi o déficit de atenção.

O Fehr apreende, mas essa falta de atenção, junto com isso aqui, com esse, com esse, o resultado é esse! Está óbvio que ele não fixa naquilo que ele tem que fazer! A gente até brincava: “meu Deus o Fehr está em Nárnia”, porque assim, fico ali na frente dele e não sei o que ele está pensando. Até falava para ele na questão de comer, às vezes a gente está conversando aqui e o Fehr estava aqui, mas ele estava prestando atenção naquilo que a gente estava conversando e não no que ele tinha que fazer. Às vezes, isso acontecia na sala de aula. Quando tinha a conversinha do colega ali do lado, em vez de prestar atenção no quadro, Fehr estava prestando atenção na conversa do colega e não no que tinha que escrever (Mãe do Fehr).

Para A Psicologia sócio-histórica, a atenção não pode ser explicada apenas pelo ponto de vista biológico, organicista. Ela é resultado de vários processos, produto de mediações sociais complexas que não podem ser compreendidas separadas das funções psíquicas. Muito menos reduzidas a uma patologia decorrente de uma disfunção neuroquímica ou alterações neurológicas de cunho biológico. Para explicar o desenvolvimento da atenção, cabe destacar que a transição das funções psicológicas elementares para as funções psicológicas complexas é compreendida como um processo crescente. Assim, esse processo vai desde sua inserção no mundo, na cultura, a apropriação dos instrumentos necessários para o dia-a-dia, até a aquisição de conceitos mais abstratos. Isso porque a constituição das funções psicológicas complexas tem como base a mediação através de signos, sendo a linguagem o mais importante. Assim, todas as funções inatas e involuntárias dos primeiros anos de vida (atenção, memória, percepção, pensamento, linguagem, volição, entre outras) vão sofrendo transformações por intermédio das relações sociais, desenvolvendo-se em funções sobre as quais o indivíduo adquire controle (Facci, 2004; Eidt & Tuleski, 2007; Lagnani & Almeida, 2008; Vigotsky, 2001).

Na Psicologia sócio-histórica, a seletividade das informações que organiza nossas ações é aprendida ao longo do desenvolvimento. No que se refere à atenção,

... é importante ressaltar que a capacidade humana de selecionar estímulos mais importantes, ignorando os secundários, advém ao longo deste desenvolvimento e a partir das mediações realizadas pelos meios sociais com a criança, nos âmbitos familiar e escolar, entre outros (Eidt & Tuleski, 2007, p. 239).

Portanto, além da atenção involuntária, paralelamente vão se desenvolvendo mecanismos que são adquiridos artificialmente, por meio das mediações sociais. Esses mecanismos dão origem a uma atenção voluntária, artificial, cultural. Isso é fundamental para realização de determinada atividade, inclusive direcionar a atenção para estímulos mais fracos capturados pelos órgãos dos sentidos (Eidt & Tuleski, 2007; Lagnani & Almeida, 2008). Se a capacidade de selecionar estímulos mais importantes é aprendida ao longo do desenvolvimento, isso sugere

que devemos repensar o que faz o estudante focar a atenção em determinados fenômenos.

As mediações realizadas possibilitam o processo de internalização da linguagem pela criança, o que ocorre por meio da transição de um discurso socializado para um discurso interior. Faz parte desse processo algo denominado de “fala egocêntrica”, que consiste na apropriação da fala pela criança como uma forma de planejar e executar sua ação. Assim, a criança passa a fazer uso da linguagem como um instrumento do pensamento e regulação das próprias ações. (Facci, 2004; Eidt & Tuleski, 2007; Lagnani & Almeida, 2008; Vigotsky, 2001; Warner Junior, 1997).

Para auxiliar a compreensão deste fenômeno, além dos aspectos relacionados ao desenvolvimento, é necessário analisar a partir das condições fornecidas pelo contexto social. Neste ponto, é importante ter discernimento do que é um déficit de atenção ou uma atenção seletiva. Para pensarmos um pouco sobre isso, segue abaixo algumas falas dos estudantes obtidas a partir da análise que elas fizeram das imagens utilizadas no procedimento de coleta de informações:

Madu: Ele está pensando em outra coisa. Quando a gente fica pensando em outra coisa e volta para entender, já não entende nada.

Rudinei: Ah sim! E onde mesmo essa criança está?

Madu: Na escola.

Rudinei: Isso acontece contigo?

Madu: Acontece quando eu estou com tédio, quando não entendi nada, eu fico pensando em outras coisas.

Kakau: As crianças ficam falando muito, quando a gente quer prestar atenção na professora a gente não consegue porque tem muita conversa.

(...)

Rudinei: Você acha que tem muitas conversas na sala de aula?

Kakau: Eu acho.

Rudinei: Isso te atrapalha?

Kakau: Quando a professora está explicando e eles não prestam atenção. Ficam falando sobre

joguinhos, sobre essas coisas que disfarçam os alunos.

De fato, isso acontece com qualquer criança. Enquanto profissionais da saúde e da educação, pais e responsáveis, é importante problematizar o que realmente se trata de um problema de aprendizagem localizado no sujeito, ou se trata de uma relação complexa onde todos têm responsabilidades compartilhadas. Com base na perspectiva sócio-histórica, não se pode explicar a atenção ou outros comportamentos como impulsividade e hiperatividade apenas como uma disfunção orgânica. Elas pertencem à complexa esfera da ação voluntária e da linguagem, pertencentes ao campo das funções psicológicas que são desenvolvidas na interação com o meio. Também são resultados dos fatores sociais que possibilitam condições para desenvolver estas funções psicológicas. Tal reflexão possibilita que este assunto não seja discutido somente no âmbito clínico, mas também no educacional, social, cultural, entre outras esferas de nossa sociedade.

A educação é algo que precisa ser interativo, que desperte o interesse e a curiosidade da criança. Se apresentar na minha fala algo totalmente abstrato que a criança não entenda ou não encontre sentido, muito possivelmente, a conversa com a pessoa ao lado vai ser mais interessante, talvez, inclusive, esta conversa já seja um indicador de não compreensão do conteúdo repassado ou a ausência de sentido no que está sendo apresentado. A aprendizagem tem que dialogar com a criança, na linguagem dela. A escola tem seus atrativos, contudo, há coisas que não são tão atrativas assim. Esta análise é fundamental para não responsabilizar a criança ou a escola pelo sucesso ou fracasso na transmissão do conhecimento. É um contexto que tem aspectos do modelo de ensino adotado pela escola, aspectos relacionados ao desenvolvimento da criança/adolescente, além da família, do professor, da comunidade escolar, da região, da localidade, etc. Temos que olhar para tudo isso. Tirar de um ator e colocar em todos os atores a responsabilidade.

5.2.1. Implicações da patologização das aprendizagens na relação com os colegas

A partir das informações das entrevistas, outro dado que chama a atenção são os efeitos do lugar que o estudante com dificuldades no

processo de aprendizagem ocupa perante os demais colegas. Neste tópico, vamos abordar sobre como a individualização da queixa, exclusivamente centrada no estudante, gera consequências na relação entre seus próprios colegas. Abaixo, seguem alguns trechos que foram apresentados pelos estudantes:

Kakau: Não, é que eu tenho vergonha. Eu não falo muito com as pessoas, sabe? Fico quieta no meu canto. No outro dia, o meu amiguinho ficava me chamando de burra. Depois ele começou a me chamar de vaca, eu e a minha mãe. Eu não ia deixar isso em branco. Eu fui e dei um soco nele. O pai dele foi na escola. Você acha que eu vou deixar ele falando assim da minha mãe, na minha frente. Eu não deixaria em branco.

Em outra situação, quando conversava com Madu sobre seu colega de sala de aula que estava com dificuldades de compreender o conteúdo passado pela professora, em um momento oportuno pergunto se tinha amigos na escola. Ela responde:

Madu: Tem meninas na sala de aula que ficam falando para ele ficar quieto. Ele faz muito barulho, a gente vai copiar e ele fica cantando, fica incomodando. No aniversário dele o menino deu uma surra. Bateu nele no aniversário.

Quando pergunto sobre o que ocorreu com o estudante que agrediu o seu colega, a resposta reforça novamente uma intervenção individual como tentativa de correção.

Madu: O menino que bateu nele foi na monitoria, depois foi embora, levou uma advertência. Ficou um tempo na monitoria para ver se estava bem e depois foi embora.

Os fragmentos acima mostram uma dificuldade que os adultos têm de mediar conflitos junto às pessoas/crianças envolvidas. Assim, a resolução dos conflitos é terceirizada, havendo a necessidade de um monitor (pessoa de fora) para fazer os encaminhamentos da situação. A partir destas falas, é possível identificar que a queixa escolar gera um

estigma sobre a criança, que repercute nas suas relações sociais. Este dado corrobora com outros na literatura que identificaram que crianças reconhecidas como “portadoras de algum problema” apresentam implicações no seu relacionamento com outros estudantes e/ou com os professores. Para Rangel Junior e Loos (2011); Tonelotto (2002), os principais aspectos relacionados a hostilidades no contexto escolar se devem à incompreensão por parte de professores, reprovações, expulsões da escola, transferências compulsórias e falta de estratégias para minimizar as dificuldades de comportamento e/ou de aprendizagem. Para estes autores, estes fatores estão diretamente relacionados às dificuldades relativas ao sucesso acadêmico.

Além disso, as falas dos estudantes acima apresentadas reforçam a existência de processos discriminatórios e legitimam as ocorrências de violências em relação àqueles que não atingem o resultado esperado no processo de escolarização. Conforme Rangel Junior e Loos (2011); Tonelotto (2002); Brzozowski, Brzozowski e Caponi (2010), para comprovar que o estudante está em dificuldade, ele é comparado com uma média ou com outros estudantes. Aqueles que não atingem os níveis esperados passam a se sentir inferiorizados perante os demais. Como consequência, aqueles que não se encaixam na norma podem criar um sentimento de baixa autoestima. Na literatura, isso se denomina “círculo vicioso do fracasso” (Rangel Junior & Loos, 2011). Uma das consequências destacadas pelo autor é o comprometimento do respeito entre os pares e a diminuição da popularidade destes estudantes. Isto possivelmente terá implicações na construção da identidade e no seu relacionamento social no âmbito escolar. Em relação à aceitação e rejeição no ambiente escolar, Tonelotto (2002); Tonelotto e Gonçalves (2002) constataram, por meio de uma escala sociométrica, que estudantes diagnosticados com problemas de atenção foram os mais citados por seus colegas como rejeitados e menos citados em relação à aceitação. Esses estudos fornecem uma visibilidade às problemáticas que permeiam as relações escolares.

Ainda em relação às implicações da queixa no cotidiano escolar, outro fator importante de observar é a reação dos professores diante de situações de violência. Após Madu relatar que um estudante havia agredido seu colega que estava com dificuldades para aprender o conteúdo da sala de aula, perguntei como os professores reagiram. Ela respondeu:

A professora nunca está ali, os professores estão resolvendo outros problemas e não veem que eles

se bateram. Um amigo meu viu, tentou separar, mas depois eles continuaram a brigar. Outro menino que chamou o professor. O professor foi lá e separou eles (...) o menino que estava batendo foi para monitoria (Madu).

Dando continuidade à fala da Kakau, ela registra a ineficiência da escola em lidar de forma assertiva com os conflitos.

Eu não falaria com o diretor porque ele não ia resolver. Não ia falar com a professora porque ela não ia resolver. Então como ninguém é resolver, eu fui lá e bati nele (Kakau).

Novamente, podemos identificar uma intervenção localizada no sujeito, medicalizante, seja aquele que é agredido, como aquele que é o agressor. O fato de encaminhar a criança que agrediu para monitoria, para ser possivelmente hostilizada, não implicará em uma sensibilização coletiva de manter um ambiente escolar que não lese a integridade física e psíquica por meio da violência. Aquele que foi agredido, possivelmente será hostilizado novamente pelos seus colegas, visto que a intervenção do professor foi punir o agressor ao invés de dialogar com o grupo sobre os efeitos sociais da violência, seja na escola ou na sociedade em que ela está inserida.

Estes fatos apontam para a necessidade de uma formação crítica dos professores e o desenvolvimento de estratégias que contemplem a diversidade humana. Quando esta diversidade não é contemplada, acarreta para esses estudantes uma visão negativa em relação à escola, que mostra ainda mais a necessidade de ampliar os estudos sobre este fenômeno, assim como divulgar nos diferentes contextos onde se produzem estas relações. Compreender como crianças subjetivam o diagnóstico abre possibilidades para intervenções assertivas e com diminuição de danos, uma vez que as implicações de suposto transtorno podem escamotear uma vida de fracasso, rejeição e exclusão nas diversas dimensões da existência.

5.2.2. Queixa escolar e humilhação social

Conforme já mencionamos anteriormente, existe um estágio do desenvolvimento que caracteriza o estudo como atividade principal. Quando a criança ingressa na escola, a relação com o adulto torna-se diferente, e a criança passa a ter deveres a cumprir, tarefas a executar, rotinas, etc. De acordo com Facci,

o estudo serve como intermediário de todo o sistema de relações da criança com os adultos que a cercam, incluindo a comunicação pessoal com a família. Podemos observar várias mudanças que se operam ao redor da criança, dentro mesmo da própria família: os parentes dirigem-se a ela sempre perguntando pela escola, pelos seus estudos; em casa a criança não pode ser importunada pelos irmãos quando está fazendo tarefa etc. Nesta atividade de estudo ocorre a assimilação de novos conhecimentos, cuja direção constitui o objetivo fundamental do ensino (2004, p.70).

Acreditamos que a escola pode ter um papel fundamental para formação da cidadania, ou seja, o exercício pleno dos direitos em uma sociedade democrática, com participação social efetiva, de forma crítica e consciente. Porém, será que a escola que temos está preparada para desempenhar essa função? A seguir, vamos apresentar algumas características da forma com que a escola tem se apresentado na vida dos estudantes que participaram deste estudo. Obviamente, as análises que apresentaremos são recortes que indicam a dinâmica de funcionamento do universo escolar e as reverberações na vida do estudante.

Seguimos perspectivando na direção de que a escola pode ter práticas medicalizantes e práticas não medicalizantes - no que se refere às práticas não medicalizantes, compreendemos que estas podem propiciar a desmedicalização dos problemas de escolarização -, conforme a relação que se estabelece entre os profissionais da educação, familiares e estudante. Vamos apresentar dois tipos de relação, possíveis de identificar a partir do relato dos estudantes, sendo que a primeira tem uma relação próxima com o que designamos de humilhação social, tomando como base o conceito de Gonçalves Filho. O conceito de

humilhação social é definido por Gonçalves Filho (2007, p. 187), como “[...] o rebaixamento que atinge alguém só depois de haver ancestralmente atingido sua família ou raça, sua casa ou bairro, seu grupo ou classe, às vezes uma nação ou povos inteiros”. Tratamos como humilhação social aquela que ocorre sem que o indivíduo sequer mostre um motivo, ela é fruto da humilhação que determinado grupo/classe representa. Sofrimentos que originariamente são sociopolíticos, formados de longo tempo e resultados dos processos de exclusão social constituídos historicamente.

A humilhação é caracterizada como uma ação sobre o outro, o colocando para baixo, como inferior. Essa humilhação se apresenta de diferentes formas, e a humilhação de ter que ser submetido a procedimentos sem o seu devido consentimento é uma delas.

Madu: Minha mãe queria que eu fosse para o Núcleo. Eu nem sabia o que era, não sabia o que fazia e nem sabia que existia. Quando era pequena, vi minha mãe tocar nesse assunto, mas eu pensava que era só para doente. Para pessoas que têm problema, essas coisas!

A humilhação pode ser advinda da escola, quando os profissionais que lá trabalham não conseguem auxiliar a criança em suas dúvidas quanto aos conhecimentos ensinados. Assim, um fenômeno decorrente da ineficiência do sistema de ensino que corrobora para criar as dificuldades pode gerar um processo de culpabilização individual. Vejamos alguns depoimentos que explicitam essa questão:

*Kakau: Essa professora que eu tenho agora, eu acho ela boa. A outra que eu tinha não era boa, não explicava direito. Então eu não conseguia. **Eu tenho vergonha de não saber ler!***

(...)

Rudinei: Pelo que eu estou entendendo, você tem uma queixa da escola?

Kakau: A queixa é que ela não me ajudava. Pedia ajuda na mesa dela e ela não me explicava. Disse para não pedir mais ajuda.

Ter um lugar na carteira da sala de aula não necessariamente garante ao estudante o direito de ter acesso a uma educação de qualidade. Somado a isso, a precarização das condições de trabalho do professor, atrelado a uma formação aligeirada e muitas vezes de pouca qualidade, assim como as políticas públicas educacionais, etc., contribuem para tornar isso ainda mais difícil. A humilhação pública de direcionar para outro lugar, com a finalidade de realizar sua atividade - como se o espaço de aula não fosse digno do aluno, para cumprir suas tarefas -, também esteve presente nos depoimentos dos estudantes. Vejamos:

Rudinei: Como a sua professora reage com aqueles alunos que não conseguem copiar aquilo que está no quadro?

Madu: Ela pega o caderno e dá mais uma chance e se ele não copiar mesmo assim ela manda para monitoria com caderno. E tem que fazer tudo lá com o diretor.

(...)

Rudinei: O que acontece com as pessoas que vão mal na escola?

Madu: Elas pegam recuperação.

Em outra passagem, quando apresentava uma imagem de uma criança frente ao quadro, aparentemente, pensando ao responder uma conta de matemática, Kakau responde:

Kakau: A menina estava lendo matemática, mas não sabe.

Rudinei: O que acontece com a menina se ela não sabe responder uma questão?

Kakau: Ela fala que sabe. Ela vai lá, quando ela chega, sabe que dá um branco na gente. Então ela pensa: Não vou conseguir, não vou conseguir... Ela vai e se esquece.

Rudinei: Como ela se sente quando fica nessa situação?

Kakau: Ela se sente triste e fica sem falar.

Rudinei: Você se identifica com essa pessoa?

Kakau: Sim.

(...)

Rudinei: Como a professora reage quando ela chega lá na frente e não se lembra da atividade.

Kakau: A professora disse que se não sabe, não precisa fazer. Mas a menina fala: Eu sei, eu sei, eu sei... E ela fica, fica, fica... Quase até ela cansar. Espera, espera,... Que eu sei. Mas ela não sabe, acho que é isso.

Rudinei: Você acha que ela conseguiria fazer no seu caderno?

Kakau: sim.

Rudinei: E a professora, como ela fica?

Kakau: Ela diz, se você não sabe deixa outro fazer.

Rudinei: E os colegas?

Kakau: Os colegas ficam chamando de burra, essas coisas.

Rudinei: E como a estudante fica quando a professora a chama para ir de novo?

Kakau: Eu fico com vergonha em não saber. Aí ela vai lá e estuda para conseguir na segunda vez. Ela vai lá e faz tudo.

Como é possível observar, a exposição das dificuldades no âmbito da escola, do modo como ocorre, opera como um dispositivo que culpabiliza exclusivamente o sujeito em detrimento de um sistema todo que se apresenta como insuficiente. Além disso, tanto o depoimento anterior quanto aquele indicado a seguir evidenciam que não há uma atitude de cuidado e valorização das diferenças por parte da equipe da escola. Vejamos:

Kakau: Ela (professora) disse que era para escrever uns negócios que estavam ali e formar algumas palavras. Só que era de letra emendada, eu não sei ler muito bem letra emendada, então eu só copieei. A professora perguntou se eu podia ler para ela, eu disse que não sabia. Então um amiguinho que sentava perto de mim escutou e começou a falar que eu não sabia, que eu não sabia ler, várias coisas assim.

Por fim, outro marcador de exclusão se refere à classe social. Embora não seja relatado explicitamente pelo estudante, podemos

pressupor que se soma a outras experiências singulares que reverberam na sua subjetividade.

Fehr: Uma coisa que me deixa feliz é tipo, eu conseguir estudar, né? Minha mãe fala que isso é bom pra mim. Uma coisa que me deixa triste é morar no morro. É difícil, o carro não sobe até a minha casa, tem escadaria...

Rudinei: ... se você pudesse escolher, que lugar você moraria?

Fehr: Eu moraria perto do meu vô e da minha vó, né? Porque ficaria mais perto para meu pai e minha mãe trabalhar, pra eu ir para a escola e depois voltar ficar com minha vó e meu vô. Pelo menos não ficava sozinho em casa. Às vezes quando minha mãe vai para o centro eu fico sozinho em casa com a minha irmã.

Apresentaremos algumas cenas desencadeadas no cenário educacional que incide sobre crianças/estudantes com queixa escolar e que, em muitos momentos, trazem em suas expressões o ato de insulto. Não é fácil separar um sofrimento individual de um sofrimento que é histórico, e geralmente é disso que se trata quando o assunto é relacionado a pobres, negros e loucos. Sofrimentos originariamente sociopolíticos, formados em longo tempo, que formam inibições passíveis de ser entendidas como problemas de personalidade individual.

De acordo com Sawaia, o sofrimento ético-político é a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente, a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor: “apêndice inútil da sociedade”. Para a autora, o sofrimento não está no sujeito que sofre, mas nas relações que estabelece nas intersubjetividades. Na gênese desse sofrimento está a consciência do sentimento de desvalor, da deslegitimidade social e do desejo de ser reconhecido como sujeito (Sawaia, 2001).

Esse processo se repete ao longo da história, com as crianças que apresentam deficiências, queixas escolares, nas crianças pobres, e em todas as crianças, que ao fracassarem na vida que vivem na escola, elas ou suas famílias são culpabilizadas pela ineficiência. De acordo com Gonçalves Filho (2007), muitas vezes, a pessoa consegue representar muito bem em seu próprio corpo este sofrimento que é coletivo, mas isso precisa ser visto como um sofrimento que é da ordem do coletivo,

para que possa encontrar no sentido oposto afirmações que superem a desigualdade e a dominação política de classe, raça, gênero entre outras.

A institucionalização do processo de ensino pode trazer a possibilidade de uma emancipação do sujeito, desenvolvendo criticidade e suas potencialidades, a partir dos encontros e mediações em uma direção. Ao mesmo tempo, pode estar a serviço de uma lógica perversa de inclusão excludente, que visa controle e disciplina. Inclusive, alternativas na escola que poderiam ser convertidas em espaços pedagógicos diferenciados acabam se tornando espaços que reproduzem e alimentam os ambientes de exclusão social. Um exemplo relatado foi à monitoria:

Madu: Quando fez algo errado vai para monitoria. A pessoa recebe toda a tarefa em dobro, as atividades em dobro, tudo em dobro.

Outra forma pela qual se operacionaliza a obediência diz respeito ao uso de repressões e ameaças, conforme foi possível identificar nos depoimentos de Kakau.

Kakau: Eu não queria participar das aulas dela (professora) porque já estava ficando chato. Muitas coisas ela não ajudava, então eu não queria mais ir à aula dela. Mas, minha mãe dizia eu tinha que ir à aula. Se eu não fosse, a escola chamaria o Conselho Tutelar.

É possível perceber na fala da estudante a transformação de um direito constitucional, que tem como objetivo proteger a integridade da criança e do adolescente, em um mecanismo de coerção. Considerando que o estudante desconhece os seus direitos fundamentais, facilmente esse discurso será incorporado nas suas ações em forma de medo, diante da possibilidade de sofrer alguma punição por aquilo que o adulto julga ser um mau comportamento.

Frente ao exposto, cada vez mais precisamos nos formar enquanto psicólogas(os) sociais, assim como a medicina também precisa se formar enquanto medicina social. É preciso que os médicos sejam advertidos a respeito de certas angústias e sofrimentos que perturbam o corpo e a consciência, e que têm sua gênese em determinações históricas e sociais. Conforme Gonçalves Filho (2007), problemas públicos,

histórico-políticos, não são indiferentes psicologicamente e podem produzir sintomas, angústias que muitas vezes vindo no corpo tende a associar a alguma disfunção individual. Isso significa rebaixar, pela segunda vez, quem já sofre de um rebaixamento do seu grupo/classe.

5.3. A participação do sistema educacional nos processos de medicalização da educação

Todos os estudantes têm histórias singulares, entretanto, existem aspectos comuns que atravessam suas subjetividades. O primeiro deles é que todos passaram por um processo de atendimento em um núcleo multiprofissional em que foram submetidos à avaliação. Quando os responsáveis são questionados sobre como foi o processo até chegar ao diagnóstico, de forma unânime, todos informaram que o principal motivo foi por queixa da escola. Portanto, este tópico dedica-se a analisar a participação do sistema educacional nos processos de medicalização da educação, tanto no que se refere à promoção desses processos, quanto à sua negação. Porém, antes de continuar, faço uma ressalva, pois todos os dados obtidos sobre a escola foram acessados por via indireta, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa. Não foram realizadas visitas às escolas nem mesmo o contato com os professores e demais profissionais da educação.

5.3.1. Se tiver uma criança com dificuldade para aprender, do outro lado tem um professor que tem dificuldade para ensinar

Essa frase foi contada por uma professora no estágio em Psicologia, durante a minha formação de psicólogo, e tem me acompanhado durante todo este processo de pesquisa. Tal assertiva exemplifica, de forma bem objetiva, o porquê de utilizarmos o conceito de “processo de aprendizagem” em detrimento de “dificuldade de aprendizagem”. Nessa perspectiva, a queixa é retirada da instância da criança, passando a ser entendida como um processo multifacetado. Com isso, trazemos para o cenário as próprias contradições do ambiente escolar em sua função de promover condições para a transformação social, que valorize ideias relativas ao bem comum, ao interesse público, aos direitos universais, à gratuidade e à democracia.

Nesse âmbito, algumas falas dos estudantes denunciam como a escola tem se tornado um ambiente pouco atrativo para estudar:

Kakau: Nós, crianças, queremos aprender mais. Mas, parece que eles passam sempre a mesma atividade. A mesma coisa. Nós temos um fichário no caderno que tem todas as disciplinas: inglês, matemática, português. Na aula de português, até que eu entendi algumas coisas; que o Pedro Álvares Cabral veio para o Brasil, não sei porque, botou esse nome aqui.

Madu: Eu não entendo, eu não decoro bem. Na verdade, eu decoro, mas tenho preguiça. É chato ficar 4 horas sentadas. O bom é o recreio (...).

Não se trata, aqui, de culpabilizar a escola. Inclusive, os próprios estudantes reconhecem uma ineficiência por parte do sistema de ensino em atender às necessidades de aprendizagem do estudante:

Kakau: É porque na escola existem muitos alunos que precisam de ajuda. E os professores não conseguem ajudar todos ao mesmo tempo. Por isso que os professores não ensinam muito bem.

Fehr: Na sala tem um professor que explica pouco a matéria.

Entretanto, precisamos considerar que nem sempre o profissional da educação dispõe de recursos - dadas condições macroestruturais mencionadas acima - de possibilitar a efetiva aprendizagem dos conteúdos escolares. Durante a entrevista com a Madu, ela fez referência a um colega, para relatar as dificuldades vivenciadas tanto pelo professor como para o estudante:

*Madu: É que quando tem gente que não entende, a professora precisa explicar mais de uma vez. Tem um menino da minha sala que não consegue entender as coisas. **Ele tem problema**, por isso que demora a entender. Ele fica mexendo com muita coisa, fica mexendo a cabeça, fica passando papel, mordendo a caneta, pintando borracha.*

Rudinei: E o que a professora fala para ele?

Madu: Fala para ele se concentrar. Ela tira tudo que ele tem e o coloca ali na frente para ficar olhando. Nas provas, ela dá uma mais fácil,

porque ele não entende. Nas provas ele sempre tira nota baixa, nunca tira nota alta.

A escola percebe as crianças como um todo homogêneo, uma “escola de tamanho único”, parafraseando Sérgio Basseti, colega psicólogo que debate sobre educação inclusiva em Santa Catarina. As crianças que não se adequam aos padrões de aprendizagem são vistas como exemplos de insucesso/fracasso na escola. Frente à queixa não resolvida, a tendência é direcionar a criança para o atendimento em saúde, a fim de encontrar uma justificativa para seu não aprendizado.

É evidente que, cada vez mais, estudar na escola se torna menos atrativo aos estudantes. Quando gritos de resistência emergem entre os muros da escola, logo tendem a ser silenciados em favor de uma prática escolar homogeneizadora, ideológica, de comportamentos socialmente aceitos. Ao criar modelos aceitáveis, são produzidos desvios que não correspondem aos padrões institucionalizados. Tais desvios são interpretados como um risco à coesão social; então, medidas de ajuste e correção são prescritas na tentativa de recuperá-lo para a sociedade (Collares & Moysés, 2010; Patto, 2010).

Outro indicativo de que existe uma insatisfação em relação ao modelo de escola atual se confirma quando pergunto aos estudantes: “se fossem o diretor da escola, o que mudariam?”

Kakau: Teve uma professora o ano passado que ela agrediu as minhas duas amigas pegando pelo braço. Ela conhecia a minha mãe e meu pai. Daí a mãe de minha amiguinha foi lá na escola conversar com ela. Se eu fosse a diretora não iria deixar acontecer isso.

É impressionante como os estudantes sinalizam que esse modelo de escola pode ser disfuncional e incompatível com as necessidades vividas no seu cotidiano. Igual ou maior é a nossa capacidade de ignorá-las, como ocorre com a queixa escolar quando ela é silenciada pelas estruturas do ensino, pelas políticas públicas de inclusão e pelos serviços de atendimento às infâncias e juventudes. No relato de Madu, é possível perceber modelos alternativos que poderiam ser viabilizados, inclusive como estratégias de ensino.

Rudinei: Bom, você é a diretora. Já me disse que colocaria mais parquinhos, deixaria um tempo maior de recreio, certo? Ok! E o que você tiraria da escola? O que a Diretora Madu tiraria da escola?

Madu: Copiar! (risos). Copiaria só com caneta que escreve bem rápido, a gente só olharia para caneta e ela escreveria bem rápido. A gente não precisaria fazer nada. (risos).

Rudinei: Mais alguma coisa? Pensa, você está com todo o poder na mão para mudar a escola.

Madu: Eu colocaria nas provas um texto explicando, não começaria direto com a pergunta. As respostas das perguntas estariam todas neste texto.

Rudinei: Deixa-me ver se eu entendi. Cada pergunta viria acompanhada de um texto explicativo, neste texto já estaria à resposta para a própria pergunta. É isso?

Madu: Sim!

Esse relato nos coloca a refletir sobre os métodos de ensino de avaliação. Será que estamos empregando as melhores didáticas de ensino, frente a tantas queixas que elas geram? Durante a entrevista, a estudante fornece algumas pistas sobre um descontentamento com os métodos de ensino, em especial, àqueles que exigem produção escrita. Esse descontentamento pode ser analisado como uma estratégia de resistência, visto que a estudante é avaliada a partir do processo que motivou o encaminhamento da escola para o serviço de saúde, ou seja, a própria leitura e escrita. Tal situação pode alimentar um ciclo vicioso, tornando estudantes insatisfeitos com o contexto escolar e com o seu próprio desempenho.

Por outro lado, é interessante analisar a solução apresentada, que romperia com esse ciclo vicioso: “*eu colocaria nas provas um texto explicando, não começaria direto com a pergunta. As respostas das perguntas estariam todas neste texto (Madu)*”. De partida, é possível perceber que existe um método de avaliação do conhecimento, por meio de uma prova na qual, geralmente, para cada pergunta existe uma resposta certa, um gabarito. Seguindo o raciocínio da estudante, se o texto fornecer a resposta para a pergunta de imediato, ler poderia se tornar algo mais atrativo? O que aconteceria se as provas fossem abolidas e ficássemos somente com a leitura? O que garante que uma

prova avalia o conhecimento do estudante, uma vez que a pergunta já vem previamente definida e circunscrita a uma resposta específica? Neste formato, a prova avalia muito mais a capacidade de o professor ensinar e fazer as perguntas certas do que avaliar aquilo que realmente o estudante sabe. E se a “resposta certa” para o estudante nunca foi perguntada, quem fracassou? Foi o estudante que não respondeu o que o professor queria ouvir, ou o professor que não fez a pergunta que o estudante tinha para responder?

Apesar de serem um pouco irônicas, as questões acima apontam para uma necessidade de reinventar as práticas escolares, que hoje apresentam sinais visíveis de exaustão e falência, no que tange, sobretudo, ao processo de aprendizagem mais além da memorização. É necessário criar oportunidades para que os estudantes possam desenvolver suas habilidades, inclusive sobre aquilo que, aparentemente, possa ser visto apenas como uma dificuldade. Como podemos perceber na fala abaixo:

Kakau: (...) tem uma biblioteca lá na minha escola, quando eu não tinha nada o que fazer eu ia lá. (...) eu gosto de ler livros. Eu pego na biblioteca livros grande e vou lendo aos pouquinhos. Quase toda a sexta-feira a gente faz um trabalho na escola. A professora pega os livros coloca na mesa para a gente pegar. É o cantinho da, cantinho da leitura. Nós começamos a ler e tem vários mistérios. Eu fui tentado ler aos pouquinhos e depois levei o livro para casa.

A escola é um espaço potencial de aprendizagem, e isto se aplica a todos que nela convivem. Porém, é comum surgirem situações-problemas que colocam professores e estudantes em dificuldades. Logo, essas situações podem ser resolvidas no âmbito do coletivo, implicando os atores em ações como: planejar estratégias em grupo, implicar todos no planejamento e na construção dos projetos pedagógicos, valorizar iniciativas e estratégias que deram certo e levantar o que os estudantes querem aprender. Em síntese:

pensar a escola como um lugar que respeita as diferenças, que busca estratégias de ensino e aprendizagem de modo coletivo, de parcerias na

saúde, no lazer, nas comunidades, na política é uma forma de ir além da falta e olhar para as possibilidades que, sem dúvida, nos remete a mares revoltos, mas também à condição de planejar rotas, escolher portos seguros, enfrentar as incertezas, encontrar diferentes saberes e pessoas, seguir em frente em busca de novos ou melhores caminhos (CFP, 2015, P. 27).

O enigma relacionado aos motivos da não aprendizagem geralmente leva a explicações centradas em faltas de ordem individual, ora localizadas no estudante, ora localizadas nos professores. Evidentemente, não se pretende aqui responsabilizar um ou outro pelas dificuldades oriundas deste contexto, mas, sim, pensar possibilidades de compreensão dos fatores envolvidos no processo ensino-aprendizagem e ampliar as intervenções e ações na escola. Nessa direção, fazemos um destaque a seguir sobre a afetividade e sua relação com a aprendizagem.

5.3.2. Afetividade e aprendizagem

Existem práticas escolares que rompem com a queixa e produzem potência para superação do sofrimento ético-político. As metodologias empenhadas pelos professores são fundamentais para o processo de ensino e aprendizagem. Podemos perceber que a escola é um lugar que produz sentido para as crianças, tanto pela oportunidade de encontrar amigas e amigos, quanto por ser um estágio que lhe acompanhará por muitos anos, possibilitando aprendizagens, ou mesmo, preparar para o trabalho. Nessa trajetória, os profissionais da educação assumem um papel de extrema importância na sua formação escolar e pessoal, como podemos ver na fala abaixo:

Rudinei: Como seria sua professora ideal?

Kakau: Esqueci o nome dela. Se lembra quando a minha mãe falou que uma pessoa me dava aula, que ela estava pagando para me dar aula?

Rudinei: (...) o que tem de diferente desta para as demais professoras?

Kakau: Ela já me conhece faz tempo, desde o terceiro ano. Ela dava mais atenção para mim

*nas minhas dificuldades. Ela me conhece mais do que os outros professores. Lembrei o nome dela....
Kakau: Ela fica mais junto, até a gente acabar.
Quando a gente precisa de ajuda ela está ali.*

Relação similar ocorre em outra passagem quando pergunto sobre as coisas boas da escola:

*Fehr: Gosto dos laboratórios, das salas de informática.
Rudinei: Que tipo de laboratórios tem na escola?
Fehr: De ciência e só!
Rudinei: O que tem nesse laboratório de ciências?
Fehr: Tem um “bocado” de bichos desse tamanho na água (sinalizando com as mãos o tamanho relativamente grande). Não sei como a professora tem coragem. Tem até uma cobra toda enrolada dentro da água. Às vezes que eu vou lá sempre fico olhando. Eu sou a pessoa que a professora mais elogia.*

Nessas duas passagens podemos perceber a relação de proximidade entre professor e estudante. Ela se dá na forma de acolher o estudante perante a dificuldade e no elogio ao acerto, situações que trazem marcas afetivas importantes à relação. A aprendizagem perpassa outras funções psicológicas para além da dimensão cognitiva. Para a Psicologia sócio-histórica, a aprendizagem é um fenômeno cognitivo e social, mediada por elementos culturais. Henry Wallon, importante pensador francês (1879-1962), dedicou boa parte da sua vida para demonstrar as relações entre a afetividade e a cognição no desenvolvimento humano. Na perspectiva do autor, é importante destacar que afetividade é diferente de emoção. A emoção seria um estado subjetivo acompanhado de alterações psicofísicas ligadas ao sistema nervoso central. Já a afetividade, tem uma concepção mais ampla, englobando os sentimentos para além da emoção. Ela aparece num período mais tardio do desenvolvimento infantil, quando a criança começa incorporar elementos simbólicos, transformando as emoções em sentimentos (Wallon, 1995).

Ambas as funções psicológicas têm um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo. Desde os primeiros impulsos emocionais, se estabelece uma forma de comunicação da criança com o mundo. Segundo Leite e Tagliaferro (2005), por meio da interação com o mundo, o sujeito vai passando por um processo de diferenciação, onde a afetividade está presente na construção da identidade. Em todas as esferas de desenvolvimento preconizado pelo autor existe um entrelaçamento do plano afetivo com o plano cognitivo, e vice-versa. Para os autores, tanto Wallon, quanto Vygotsky apontam para a importância do caráter social da afetividade, que inicia a partir das emoções e vai ganhando complexidade, passando a atuar no universo simbólico. Os autores também defendem a íntima relação entre o ambiente social e os processos cognitivos e afetivos. Logo, a afetividade está presente nas interações sociais e influenciando o desenvolvimento cognitivo.

Diante desses apontamentos, podemos afirmar que as interações que ocorrem dentro do contexto escolar são marcadas pela afetividade, em todos os níveis. Logo, o processo de mediação do professor influencia no desempenho cognitivo. Assim, compreendemos que a relação que se estabelece entre o sujeito e o objeto do conhecimento não é somente cognitiva, mas também afetiva. Esse fato mostra a importância da prática pedagógica da professora, pois a mesma mediará a relação que o estudante estabelece com o objeto do conhecimento (conteúdos escolares).

5.3.3. Educação para o trabalho ou educar pelo trabalho?

Avançando na análise e adentrando nos conteúdos escolares, um ponto a ser destacado é a relação entre o ensino e o mercado de trabalho. Neste item, abordamos a preocupação com os métodos pedagógicos que têm por finalidade apenas uma eficiência instrumental, também chamada por Saviani de “pedagogia tecnicista”.

A partir do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, essa pedagogia advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional. De modo

semelhante ao que ocorreu no trabalho fabril, pretende-se a objetivação do trabalho pedagógico (Saviani, 1999, p. 23).

Podemos analisar alguns exemplos de educação tecnicista na metodologia de ensino presente na fala da estudante abaixo:

Madu: A professora fala que é pouquinho, mas a gente copia o quadro todo umas duas ou três vezes. Ela copia todo o quadro e não espera ninguém.

Rudinei: E você sente algum desconforto com isso?

Madu: Sim, porque tem que copiar toda hora. Às vezes quando eu olho para o quadro, já não sei onde eu estou. Me perco e tenho que começar de novo.

Evidentemente, a escrita tem um papel fundamental na aprendizagem. Entretanto, nesse método de ensino se questiona a funcionalidade dessa forma desenfreada de copiar, bem como sobre quais os sentidos, efetivamente, são produzidos pelo estudante. Além disso, o próprio método remete à arquitetura do trabalho repetitivo e operacional, características da pedagogia tecnicista.

Esse dado está intrinsecamente relacionado com a função social da escola de preparação para o mercado de trabalho, conforme aparece nas falas dos estudantes abaixo, quando pergunto sobre o sentido da escola:

Madu: A escola serve para quando a gente crescer ter uma profissão. Eles estão ensinando tudo que a gente vai aprender para trabalhar. (...) eles estão ensinando as matérias para quando crescer termos um futuro.

Rudinei: E porque você acha que tem que ir na escola?

Fehr: Para aprender e ser alguém na vida.

Kakau: Eu me senti que eu tenho que aprender para não ficar para trás.

As frases acima podem ser olhadas de diferentes aspectos. Mas, o que chama a atenção é a valoração em relação à necessidade de passar por este processo formativo para ser reconhecido como sujeito. As transformações nos cenários políticos, econômicos, ético, social e cultural têm, cada vez mais, colocado como urgente repensar as práticas educativas, tendo o trabalho como princípio educativo, ou seja, educar pelo trabalho e não para o trabalho.

Pode-se dizer que a educação é universal, porque o trabalho é universal. Em lugar de instrumento de emancipação humana, torna-se mecanismo de perpetuação e reprodução do sistema. A lógica dialética é uma possibilidade de compreensão da realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação. Se na dialética materialista os movimentos históricos ocorrem de acordo com as condições e possibilidades materiais da vida, a compreensão da realidade e de homem passa a ter uma categoria central, o trabalho. Para o materialismo histórico e dialético, o trabalho é compreendido como um processo de transformação de um objeto determinado em um produto determinado, mediado pela atividade humana pelo uso de instrumentos. É a ação do homem sobre a natureza. Nesse sentido, não existe essência *a priori*, pois a partir do trabalho o ser humano transforma o contexto e transforma a si mesmo, submetendo a própria natureza de acordo com as necessidades criadas pelo próprio ser humano (Marx, 1993). O trabalho é a forma mais simples e mais objetiva que o ser humano desenvolveu para se organizar em sociedade. A base das relações sociais são as relações sociais de produção, isto é, as formas organizativas do trabalho.

Vivemos em uma sociedade do capital, na qual as pessoas são valorizadas por aquilo que elas possuem. Isto gera uma competitividade que mobiliza os indivíduos a serem autônomos e competitivos. Tudo se transforma em mercadoria e as relações se subvertem. A mercadoria se reveste de valor e a pessoa perde sua importância (Guzzo, 2007). Imersa neste contexto, a educação também se torna uma mercadoria e as diferenças estruturais entre o público e o privado passam a destoar, conforme se observa nas falas abaixo:

Kakau: Se eu fosse a diretora (...) iria colocar câmeras na sala para saber o que ela estava fazendo. Eu mudaria o piso da sala, mudaria a cor, eu tiraria as bandeiras que tem na frente da escola e colocaria outras novas. Também faria

uma quadra fechada, iria reformar a escola, colocar bebedouros, colocar catracas para evitar que os outros que não estudam na escola fiquem entrando para tomar água. Tem muitas pessoas que fazem isso. Faria um monte de coisas novas.

Fehr: A escola aqui não é muito boa, porque tem computadores na sala de informática que não funciona. Alguns livros na biblioteca não são bons.

A escola não consegue garantir condições iguais, respeitadas e justas. Segundo Guzzo (2007), a educação deveria ter o papel de promover condições para a transformação social, entretanto, este sentido é destituído a serviço de uma lógica mercantil. Com isso, “as diferenças entre o sistema público e privado passam a se constituir como um verdadeiro ‘apartheid’ da educação com graves consequências para as camadas populares” (CFP, 2013, p. 31).

Outro fator importante diz respeito ao financiamento das políticas públicas para a educação. O relato da Kakau, abaixo, mostra o descaso com o dinheiro público e como isto pode prejudicar o acesso à educação de qualidade.

Kakau: Tem uma escola nova, mas que não está pronto ainda. Está quase pronta, tem telhado, tudo certinho. Mas, não tem vidro e não tem gente para fazer isso. Eles dizem que tem que falar com os vereadores. Mas, o que falar com os vereadores se eles não vão ajudar a gente. E como a obra foi parando porque estavam ganhando menos, a professora disse para fazer uma cartinha aos vereadores. Quem vencesse iria ganhar um prêmio e falaria com os vereadores para fazer na escola. Na nossa turma, uma pessoa ganhou. Ela foi falar tudo o que ela queria para os vereadores, mas ainda não fizeram a escola nova.

Para além das obras paradas e da falta de planejamento na administração dos recursos, vivenciamos um cenário em que reformas foram colocadas em votação na câmara e no senado, sem o diálogo

amplo e democrático com a sociedade. Um exemplo disso é a aprovação da Emenda Constitucional 55 (PEC 55) que congelou por 20 anos os investimentos em serviços públicos de saúde, educação e assistência social, espaços privilegiados para atuação da Psicologia. Garantir a educação de qualidade como um direito de todos só é possível com políticas públicas. Propostas como essa, que visam congelar o orçamento, são uma condenação à falência múltipla do sistema de ensino e entregá-lo à iniciativa privada, mantendo os interesses ligados à produção e ao controle para suprir as necessidades do capitalismo, que precisa de corpos dóceis e disciplinados para produção e para consumo em massa (Crochík, 1997).

Nesse processo de acumulação do capital, o trabalho passa a ser explorado, ou seja, comprado por um preço sempre menor do que produz. A exploração do trabalho gera um processo de alienação, que consiste na autonomia do produto em relação ao trabalhador. Se o trabalho, como atividade essencial e vital, traz a possibilidade de realização plena do homem enquanto tal (humanização), a exploração do trabalho determina um processo inverso, de alienação. Sob a exploração do trabalho, os homens tornam-se menos homens, há uma quebra na possibilidade de, pelo trabalho, promover a humanização (Pires, 1997). Dito isso, temos elementos importantes para compreender como a educação, por meio do trabalho, pode ser tanto um dispositivo alienante, como um dispositivo de transformação/emancipação humana.

5.4. A participação dos serviços de saúde nos processos de medicalização da educação

A partir dos relatos dos estudantes e familiares, é possível perceber que habitualmente, a queixa começa com bilhetes recorrentes dos professores da escola, algumas idas a diretoria por reclamações e, posteriormente, o contato com os pais, em particular. O percurso da queixa até chegar ao serviço de saúde passa primeiro por uma série de processos ainda no âmbito da escola, passíveis de intervenção por parte da comunidade escolar e por parte dos familiares. Quando as possibilidades de resolver o conflito no âmbito da escola se esgotam e não restam mais recursos, aciona-se o apoio de um terceiro agente, as equipes de profissionais de saúde. Porém, nem sempre é assim que ocorre. Na tentativa de manter a estabilidade do cotidiano escolar, não é incomum que o encaminhamento para o serviço de saúde se apresenta como primeiro recurso. Frente ao exposto, esta unidade de análise tem por objetivo compreender o que leva a escola buscar auxílio fora do âmbito escolar para resolver problemas que são da ordem da aprendizagem, bem como as formas de participação dos serviços de saúde nos processos de medicalização da educação ou a superação da mesma.

5.4.1. Tu tens que ir lá pra ver se melhora...

Lá na escola eles me avisaram, amanhã tu tens que ir lá pra ver se melhora (Fehr)

A frase acima foi mencionada por um dos participantes da pesquisa e inspira o título desta unidade de análise. Apesar de poucas palavras, a frase vem carregada de sentidos. Entre eles, uma possível compreensão de que existe um problema localizado no sujeito, logo este precisa de um tratamento diferenciado; denuncia as dificuldades do sistema de ensino em atender as dificuldades oriundas dos processos de aprendizagem; coloca o saber clínico/médico em um lugar de importância em detrimento de outras intervenções. Por fim, embora o

advérbio “lá” da oração indique um lugar oculto, a expressão marca a ruptura com a tentativa de resolução da queixa no âmbito da escola e anuncia a presença de um novo ator nesta relação, as clínicas de atendimento em saúde.

O encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de saúde tem crescido nos últimos tempos, assim como as tentativas de compreender as “dificuldades de aprendizagem” advindas de problemas orgânicos. É neste discurso que repousa uma lógica medicalizante, não o encaminhamento em si, mas a busca de causas orgânicas para diferentes ordens. A redução à perspectiva de problema orgânico e individual impossibilita outra compreensão e intervenção na vida escolar dessa pessoa. Logo, o estudante pode ser entendido como o doente, isolando-o de um vasto campo de responsabilidades compartilhadas e culpabilizando-o, exclusivamente, por um sistema todo que se apresenta como insuficiente e obsoleto para atender as diferenças e as necessidades individualizadas.

Voltando para análise do relato dos participantes da pesquisa, podemos perceber que a escola foi um fator determinante para os atendimentos no serviço de saúde, como se observa nos relatos abaixo:

Fehr não gostava de escrever... ele ia pra escola, voltava pra casa e não tinha nada no caderno. Não tinha nada escrito. Então foi mais essa dificuldade mesmo (mãe do Fehr).

Eu pensava: o que a minha filha tem que não sabe ler? Não é que ela não sabe ler, eu estou pagando uma professora particular e ela me disse que ela lia sim. Mas, na frente de alguém ela “empaca”. Parece que ela tem um pouco de medo, não sei. Foi isso que motivou a procurar para ver se encontrava alguma ajuda para esta dificuldade (mãe da Kakau).

Ainda que tenhamos utilizado o relato dos responsáveis e do estudante, portanto, parcial, é possível afirmar, seja por questões emocionais ou por dificuldades com a escrita, genericamente, a escola se caracteriza ainda como um espaço de homogeneização dos comportamentos. O que se apresenta como diferente, será encaminhado a outro profissional que determinará as condições de “normalidade” ou “anormalidade”. Segundo Brzozowski, Brzozowski e Caponi (2010), é relativamente comum professores e coordenadores fazerem diagnósticos

pela observação de determinados comportamentos e solicitar aos pais que levem seus filhos para uma avaliação com um profissional da saúde.

Por sua vez, os profissionais da saúde sentem-se impelidos a agir, por uma compreensão de que é melhor fazer alguma coisa do que não fazer nada, do que ter uma não resposta. Esta propensão é um dos motores da medicalização. Pode ser que um ou outro serviço, composto de equipes de diversas profissões, o qual uma não esteja subjugada a outra, ocorram práticas que viabilizem uma não ação ou mais, especificamente, uma outra ação. Entretanto, via de regra, existe uma ideia muito forte de que a pessoa que procura o serviço está correndo certo grau de risco e esta ideia é justificada como instrumento de medicalização da vida social (Lupton, 1993; Mitjavila, 2002).

De acordo com Lupton, o risco é baseado na incerteza, pode ou não ocorrer. Os cálculos de risco visam identificar ou prever eventuais danos não desejáveis. As análises probabilísticas científicas, técnicas camuflam os interesses e apresentam um tipo de representação extremamente naturalizada das ameaças sociais. Você pode usar uma categorização de risco para justificar o que você quiser. Trata-se de uma construção puramente formal que lhe imprime a ideia de um perfil de risco universal. Quando você define uma ameaça em termos de risco, você está falando em termos de probabilidade, em termos de possibilidade. A vantagem de falar em possibilidade é que se o prognóstico estiver certo terá os bônus. Mas, se o prognóstico estiver errado, também estava certo, pois era uma probabilidade. Portanto, você tem uma imunidade. Ocorra o que ocorrer já estava enunciado no diagnóstico. Também tem a lógica de que os estudos não são conclusivos, você justifica e fica imune se os efeitos forem negativos (Mitjavila, 2002).

Sempre que mexe em novos dispositivos, há uma reconfiguração no campo do trabalho. A emergência do dispositivo como risco envolve toda uma reorganização do campo médico sanitário. Esta lógica neoliberal vai criar uma empresarização de si mesmo. O indivíduo é convocado a assumir o autocuidado. Isto vai de encontro com o que Ivan Illich previu. Na sua lógica a medicina interferiria no autocuidado. Porém, ao contrário disso, ocorre uma imposição do autocuidado. O elemento essencial da educação em saúde deve se exagerar o perigo e as consequências do fracasso. Não basta você seguir os rituais do risco, tem que seguir de maneira subordinada ao saber médico, técnico científico. Pois se você seguir fora dessa lógica, está correndo risco.

Nesta racionalidade, o pior indivíduo ou paciente é aquele que não reconhece a autoridade do médico. O pior de tudo é não se submeter à lógica do modelo biomédico (Mitjavila, 2002).

Podemos perceber certa imposição pelo autocuidado nos três casos. Embora, no relato dos estudantes e familiares fique evidente apenas um comprometimento no processo de aprendizagem da leitura e escrita, aspectos estes que podem ser superados com apoio pedagógico, em todos os casos houve o encaminhamento para a equipe de saúde. Então, pais e responsáveis buscam o suporte em outra esfera que não o ambiente escolar. Pode-se interpretar que existe uma pressão sobre os responsáveis para que busquem auxílio, conforme relatos abaixo:

Era mais uma preocupação minha. Eu até troquei de horário, passei ela para manhã. É só questão de ela ter problema na leitura. Mas foi feito exames e a médica disse que não tem nada (mãe da Kakau).

Rudinei: Quem decidiu trazer ele para o Núcleo? Mãe do Fehr: foi à escola que ajudou. Na realidade eu tentei entrar no posto de saúde, mas a escola que conseguiu mais rápido encaminhar ele para cá.

Pode se perceber que existe esta tendência de que, se a família não der o tratamento para seu filho, estará negando ajuda a ele. Esta pressão pode ser oriunda tanto da escola, como dos profissionais da área da saúde, principalmente por aqueles que acreditam ser um transtorno neurológico que precisa de terapia medicamentosa. Frente a esta configuração do espaço da clínica na sociedade contemporânea, ocorre uma “autorização” para expansão dos processos medicalizadores. A autoridade é de caráter social e cultural, uma vez que pode ser exercida sem um sujeito presente. Baseia-se em uma crença cultural e no reconhecimento por parte da sociedade sobre a legitimidade para o exercício deste poder. É em nome da autoridade cultural que os processos medicalizadores vêm a se consolidar. O exercício do poder médico se caracteriza por dois elementos: legitimidade e dependência do exercício da autoridade. Aceitação da pretensão da obediência e das consequências desfavoráveis da não obediência. A autoridade por dependência é como se as pessoas concordassem com tudo o que o médico fala, embora não saibam exatamente do que se trata. A distância linguística e cultural proporciona uma subordinação por obediência.

A falta de compreensão quanto ao fenômeno permite que diagnósticos sejam aplicados e apropriados rapidamente pelos pais como uma justificativa para o mau desempenho escolar. O discurso do profissional da saúde torna-se difícil de ser questionado por pais e professores quando coloca uma resposta à dúvida que permeia o problema. Assim, o rótulo científico é usado como estratégia para o controle subjetivo, existindo uma tendência a reprodução inquestionável do discurso do especialista por parte das mães e professores, e, posteriormente, pelo próprio sujeito diagnosticado, uma vez que este se constitui, também, por meio do olhar do outro, e nesse caso, esse olhar pode aplacar a angústia e o sofrimento (Brzozowski & Caponi, 2013; Brzozowski, Brzozowski & Caponi, 2010; Landskron & Sperb, 2008).

5.4.2. O papel dos serviços de saúde na promoção de práticas não medicalizantes

Analisamos até aqui as contribuições da área da saúde na medicalização. Entretanto, estes mesmos espaços podem ter um papel fundamental e uma grande potência para promover práticas de cuidado voltadas a não individualização dos problemas oriundos da escola. Quando a criança chega ao serviço de saúde, é essencial estabelecer uma conversa com as crianças e adolescentes sobre o trabalho da equipe, pois neste diálogo que se elucidará possíveis significações em relação aos motivos do encaminhamento, como expressa a participante abaixo:

Madu: Minha mãe queria que eu fosse para o núcleo. Eu nem sabia o que era não sabia o que fazia e nem sabia que existia. Quando era pequena vi minha mãe tocar nesse assunto, mas eu pensava que era só para doente. Para pessoas que tem problema, essas coisas!

A passagem pelo serviço de saúde precisa preparar o estudante para que, por si só, consiga entender os motivos de estar sendo atendido no serviço, assim como, ter a garantia de um lugar de fala, ou seja, poder explicitar o que pensa sobre o motivo pelo qual foi encaminhado, entre outras questões fundamentais, como por exemplo, sobre quem é essa

criança, adolescente, a partir do que percebe, sente, pensa e expressa sobre si mesmo. É comum que o próprio local onde a pessoa é atendida tenha impactos diretos na subjetividade do estudante, seja nas clínicas privadas de Psicologia, Psiquiatria, Neurologia, etc. As instituições possuem uma autoridade social, científica, técnica que é reconhecida e legitimada no imaginário social. No local específico onde foi realizada a pesquisa, por se tratar de um hospital universitário, a imagem pode facilmente ser associada à ideia de “sujeito doente”, trazendo implicações à relação com os colegas, familiares e demais pessoas que participam do seu círculo social. Este dado torna ainda mais importante o diálogo estabelecido com os estudantes, procurando valorizar e potencializar suas percepções, reconhecendo sua capacidade de participar do cuidado de si mesmo.

Estabelecido este diálogo com o estudante, outro aspecto importante está relacionado ao diálogo entre o serviço de saúde, familiares, estudante e escola. Em uma das entrevistas, ao ser questionado sobre como a escola reagiu sobre o processo de avaliação, a resposta foi: *na realidade, eu não peguei essa conclusão. Não sei se essa conclusão chegou para escola (mãe do Fehr)*. Diversos fatores podem estar implicados ao não recebimento da devolutiva do processo de avaliação, como uma ausência ou abandono do tratamento, extravio por parte do serviço ou mesmo uma devolutiva direta para a escola sem passar pelos familiares. Neste quesito, é importante fazer um destaque sobre o fortalecimento do diálogo com o estudante e com os pais e responsáveis. Embora a escola seja um demandante, é a criança, juntamente com seus responsáveis, quem por direito, tem que saber sobre a devolutiva dos atendimentos realizados, bem como os seus desdobramentos.

Além disso, enfatizamos que a forma como esses retornos são realizados, as crianças e suas famílias podem ser colocados em um papel de assujeitados, invés de pessoas com potência de ação. O estabelecimento de um bom diálogo com os pais e responsáveis é fundamental para firmar uma corresponsabilidade na superação das dificuldades no processo de aprendizagem. Neste aspecto, cabe tanto aos profissionais da educação, como da saúde promover um diálogo constante e elucidar, de forma compreensível, os procedimentos realizados, sua análise, parecer conclusivo e indicativos apresentados, formas de implicação e as estratégias para superá-las.

O enfrentamento de possíveis dificuldades vivenciadas no processo de escolarização transcende a esfera individual e o trabalho dos profissionais de um determinado serviço. Ela faz necessária uma boa

articulação em rede de diferentes setores e equipamentos que possam dar subsídios para a superação das fragilidades e no compartilhamento de cuidados. Para que isso aconteça, é necessário ter um bom mapeamento da rede de serviços, instituições, órgãos gestores e grupos comunitários de um território, tanto da rede pública, quanto de parceiros de outros setores que estejam alinhados com práticas não medicalizantes de cuidado na educação e em saúde dirigidas a crianças e adolescentes. Se tomarmos escolas e unidades de saúde como exemplos de serviços de diferentes setores, algumas possibilidades de contato suscitadas por casos ou temas compartilhados são:

- a) **Conversas por telefone entre profissionais/coordenadores de cada serviço para sanar dúvidas**, para combinar etapas no atendimento, etc.;
- b) **Visitas dos profissionais de saúde à escola e dos professores e coordenadores à unidade de saúde**, com vistas a conhecer cada espaço e o trabalho que desenvolvem;
- c) **Encontros entre profissionais** de saúde e educadores sediados por um dos dois equipamentos;
- d) Busca pela **participação dos órgãos responsáveis pela gestão da educação e da saúde** naquela localidade ou região;
- e) Considerando o enfoque em crianças e adolescentes, é importante também procurar **articulação com outros serviços e setores**, particularmente aqueles que já tenham em algum momento feito encaminhamentos ou solicitações referentes ao tema para as escolas e unidades de saúde.

(CFP, 2015, p. 42 – grifo nosso)

Ouvir aos pais e familiares, envolvendo-os no cuidado, é igualmente fundamental. Quando abordamos as práticas não medicalizantes, partimos do pressuposto de que as queixas atribuídas ao sujeito precisam ser contextualizadas. Frente ao exposto, é importante saber quais são os usos que a família faz da leitura e da escrita. Quais

são os hábitos familiares, se há momentos de leituras compartilhadas, que tipo de incentivo é realizado, O que costumam fazer no dia a dia? Quais são os temas e as atividades de interesse? Como ele e os familiares utilizam os momentos em que estão juntos? O conjunto de respostas a essas perguntas traz um panorama de usos sociais de leitura e escrita por parte do usuário e, com certeza, oferecem indicadores de possíveis dificuldades no processo de aprendizagem, auxiliando na sua compreensão (CFP, 2015).

Em relação à dificuldade no processo de aprendizagem, todos os participantes da pesquisa relataram significativa melhora no desempenho após passar pelo processo de avaliação do Núcleo:

Sempre tinha muita reclamação do Fehr. Depois do acompanhamento dele no núcleo não chamaram mais na escola, nem ligaram. Antes elas ligavam para falar que o Fehr não quis fazer a tarefa. Antes de vir para o núcleo ele tinha “birra”, falava que não ia escrever se enfiava debaixo da carteira e não queria escrever. Depois que começou o desenvolvimento aqui não teve mais isso (mãe do Fehr).

Podem existir diversos fatores relacionados e não podemos estabelecer uma relação de causalidade. Ainda, em relação à “birra” “enfiar-se debaixo da carteira” podem ser estratégias de resistência a essa escola homogeneizante, pois se a avaliação de sua aprendizagem se dá exatamente por aquilo que apresentava como dificuldade, logo, não fazer pode ser uma forma de não ser avaliado, uma linha de fuga que denuncia uma insuficiência para lidar com as diferenças no contexto da escola.

Como forma de ampliar essa análise, buscamos outros relatos para compreender possíveis fatores atrelado aos atendimentos recebidos no Núcleo que podem ter contribuído para a melhoria do desempenho escolar.

Madu: Eu não queria ir, mas depois que eu fui, gostei. Eu até brigava com a minha mãe que não queria ir. Depois da primeira vez que eu fui, tinha bastante tempo para brincar. A gente resolvia uns probleminhas e depois ia brincar.

Identificamos que existe um contexto e uma metodologia diferenciada do que se encontra na escola, presente no próprio relato da estudante:

... a professora nunca está ali, os professores estão resolvendo outro problema...

... é isso, fez algo de errado vai para monitoria. A pessoa recebe toda a tarefa em dobro, as atividades em dobro, tudo em dobro...

... me deixa com raiva quando a professora não te dá a chance nenhuma quando a gente tira nota baixa...

(trechos da fala da Madu em relação ao cotidiano da escola)

Tanto a metodologia utilizada, quanto a forma de se relacionar com o estudante tem um impacto direto na aprendizagem. Isto confirma a ideia de que um ambiente acolhedor, em que circulam atividades interessantes envolvendo o conhecimento da escrita, apresentado de uma forma mais convidativa por um parceiro atento, disposto a ouvir e a respeitar as opiniões e os modos de ser de cada um, pode despertar potencialidades, condições para o desenvolvimento e disponibilidade/motivo para o sujeito se implicar com a atividade. Isso se reflete no desempenho do estudante:

Madu: Eu comecei a entender mais as coisas, entender melhor as matérias. Ela me explicou direito, leva mais tempo. Não foi tão rápido como é na escola. Na escola, a professora explica duas vezes e depois vai para outra matéria. A matéria vai para a tarefa de casa e eu não consigo fazer porque não entendo. Preciso de umas três vezes até entender.

Como podemos perceber nos relatos acima, a estudante passou a ter um aproveitamento positivo no Núcleo a partir das intervenções das profissionais. Percebe-se na fala da estudante que o tempo para realizar as atividades foi determinante para o seu bom desempenho. Outro fator importante foi à explicação fornecida pela equipe dos profissionais da saúde. Ambos os fatores são práticas que devem estar presentes e garantidas no cotidiano escolar. Talvez, ações mais assertivas por parte

dos profissionais da educação dispensaria o próprio encaminhamento a equipe de saúde. Quando indicamos uma intervenção mais assertiva, estas podem ser explícitas nas recomendações do sistema conselhos de Psicologia (CFP, 2015, p.26):

- a) **Implicar a escola como um todo na construção de projetos pedagógicos:** o professor deve ter lugar e tempo para refletir sua prática com outros. Diferentes experiências podem ser compartilhadas e levam a novas ideias. Para isso, é necessária a criação de espaços de planejamento e de ações, importantes para que possa haver trocas de saberes, de levantamento de hipóteses, de revisão de crenças e, principalmente, de sustentação das ações propostas.
- b) **Discutir e refletir sobre iniciativas e estratégias que deram certo,** trazê-las à tona pode despertar um novo ânimo em todos os envolvidos.
- c) **Planejar estratégias em grupo:** planejar oficinas entre os professores com atividades que possam ser aplicadas aos alunos, além de muito produtivo, é uma alternativa para contemplar os diferentes modos de aprender.
- d) **Incentivar cada professor a contribuir com seu talento ou conhecimento:** a matemática, por exemplo, pode ser ensinada através de jogos, e o professor que utiliza este recurso pode compartilhar com a equipe, que depois pode ensinar a seus alunos, ampliando assim a possibilidade do aprendizado.
- e) **Aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser:** esses são os quatro pilares da educação que devem ser contemplados no espaço escolar.
- f) **Levantar o que os alunos querem aprender:** pode ser um caminho para a descoberta da curiosidade, assim como ensinar o que temos interesse também pode ser motivador.
- g) **Oferecer experiências de aprendizagem,** o que significa levar a pensar, compreender e

agir através de diferentes dispositivos, como: internet, imagens, livros, atividades corporais, filmes, textos, brincadeiras, jogos, visitas a museus, feiras, atividades artísticas, conversas, troca de papéis, oficinas, técnicas expressivas etc.

- h) **Aprender a viver junto:** trata-se do terceiro pilar, e é sem dúvida um dos maiores desafios da educação. Promover trabalhos em grupos com objetivos e projetos em comum significa promover espaços para trocar hipóteses, resolver conflitos, respeitar a opinião do outro, vislumbrar diferentes pontos de vista, aprender com o igual ou com o diferente, desenvolver a empatia. Além de transmitir conhecimentos, a educação deve permitir o confronto através do diálogo e da troca de argumentos. Deve incentivar o aprender a viver juntos, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências, assim preparando os alunos para refletir sobre conflitos baseados no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

(CFP, 2015, p.26):

Estas recomendações podem constar na devolutiva para a escola, juntamente com a avaliação das equipes de saúde sobre o desenvolvimento do estudante. Outro fator importante de sinalizar no parecer produzido para a escola é de não se atentar apenas à descrição de suas dificuldades, mas, sobretudo, destacar também suas qualidades e potencialidades. No caso abaixo, a partir da fala do estudante, podemos identificar uma forma de intervenção que valoriza o potencial do estudante para o cuidado de si.

Rudinei: Quando você saiu do núcleo, alguém conversou contigo sobre a atividade que vocês realizaram?

Madu: A (psicóloga) falou (...) que eu era muito inteligente e que não precisava estar ali. Ela disse que o meu problema era estudar. Só que o meu problema de estudar era vontade de estudar. Eu

tenho que ter vontade de estudar, se não, eu não consigo ir bem.

Analisando o contexto deste caso, é possível perceber que inicialmente existe uma supervalorização do discurso biomédico por parte da escola quando realiza o encaminhamento. Ele ainda é preponderante, pois existe uma norma que é muito estreita frente às dificuldades de se adequar a ela. Quando não se consegue adequar aos padrões de normalidade, conforme sua faixa etária, a pessoa é considerada um desviante. Este fator justificaria, por si só, um encaminhamento para o serviço de saúde realizar avaliação e uma possível correção.

Entretanto, no caso acima é possível perceber um olhar ampliado sobre os fenômenos que afetam a aprendizagem. Embora, se tenha usado a expressão “*você precisa ter vontade de aprender*” - que pode gerar uma compreensão de que a vontade do estudante é o fator preponderante, desconsiderando a didática, os conteúdos escolares, as relações afetivas entre diversas outras que ocorrem no campo da aprendizagem – dentro de um contexto, a queixa da criança problema abre lugar para um olhar ampliado sobre a sua singularidade, o seu modo de estar no mundo. Ou seja, como a criança pode se desenvolver, considerando as características que ela tem. Isto já evidencia ser possível que dentro das clínicas médicas, pedagógicas e psicológicas ocorram práticas não-medicalizantes.

Rudinei: Acredito que ela precisa de um espaço de escuta. Onde possa falar sobre o que tá passando com ela neste momento. Também penso que focar apenas nessa fragilidade que a escola sinaliza, bem como, a sua preocupação com o desempenho não vai trazer benefícios nem para você, nem para escola, muito menos para ela. Uma criança tão potente, com tantas coisas boas para viver, ficar se apegando a queixa - que pode ser resolvido com alguém que sente junto, explique, ajude ela compreender como com a leitura e escrita - pode prejudicar o seu futuro. Pode prejudicar todas as outras partes do desenvolvimento, precisamos focar no que ela tem de bom, no que ela tem de potencial. Essas fragilidades podem ocorrer com qualquer um e não deve ser o foco, o centro das atenções. Em

relação ao atendimento psicológico, a Kakau pode ter um espaço para aprender lidar de forma diferente com as situações que podem gerar ansiedade. Além disso, é importante ela continuar com a professora que está dando suporte na leitura e na escrita. Para os pais, é importante que vocês estejam próximos dela, auxiliem com as atividades, incentivem a leitura. Não precisa ser livros complexos, cheios de palavras. De início podem ser livros que misturam imagens e palavras. As imagens também são uma forma de leitura...

(Trecho da finalização das entrevistas com a Kakau e sua mãe)

5.4.3. Da crítica à medicalização: recomendações de práticas não medicalizantes

Encaminhando para a finalização desta unidade de análise, apresento para a discussão a problematização sobre o conceito de medicalização. Este tópico não é oriundo da fala dos familiares e dos estudantes, mas, sim, das experiências vivenciadas no diálogo com a equipe de saúde, no período em que a pesquisa ocorreu. Nas primeiras reuniões no Núcleo, apresentei o projeto de pesquisa e realizamos alguns debates relacionados à medicalização da vida. De partida, o termo medicalização foi questionado pelos profissionais que compõem o serviço por entender que se trata de um conceito negativo, cuja atribuição era feita a classe médica. A equipe entende que existe uma banalidade em relação ao aumento de diagnósticos e uso exagerado de medicamentos administrados para crianças e adolescentes. Reforçam que existem profissionais que podem não levar em consideração aspectos do contexto social, político, cultural, escolar, entre outros, que interferem no processo de avaliação dos fenômenos que afetam o desenvolvimento infantil. Em termos de conteúdo, o que abarca o conceito medicalização é de comum acordo, entretanto, há uma discordância em relação ao conceito, principalmente, pelo prefixo da palavra atribuir à medicina a responsabilidade pela difusão deste fenômeno.

Em algum momento oportuno, a equipe relata ter sido convidada a participar do evento, onde um dos eixos era a medicalização da infância e adolescência. Durante a participação, ocorreu certo constrangimento com a forma crítica em relação a medicina, deixando a entender que o médico, ao dar medicamento, estaria tornando os estudantes culpados pelos problemas no processo de aprendizagem. Evidentemente, o ponto de partida foi uma compreensão equivocada, pois a medicalização não está exclusivamente atrelada ao medicamento. Pode este, inclusive, ser utilizado de forma benéfica promovendo melhor qualidade de vida para a pessoa que apresenta doenças orgânicas que afetam a aprendizagem e outras dimensões da vida.

Partimos do pressuposto de que a medicalização não incide somente sobre a figura do médico. Professoras(es), psicólogas(os), familiares podem agir de forma medicalizante. Isso porque ela não está fixada em uma área do conhecimento ou outra, a medicalização ocorre quando você utiliza “uma lente” para aprender um fenômeno a partir de um problema que está localizado, exclusivamente, no sujeito. Parte de uma suposição de base biológica, uma biopolítica de controle e disciplina dos corpos que incide sobre o sujeito, responsabilizando-o pela sua inadequação às normas socialmente construídas. Como se o sujeito estivesse fora da norma, portanto carece de medidas corretivas para colocá-lo novamente na norma.

Apesar de certa similaridade entre os termos medicalização e patologização, a partir das compreensões produzidas pelo Fórum Sobre Medicalização da educação e da Sociedade, podemos perceber que os termos se distinguem, em especial, pelo amplo espectro de fenômenos que abarcam o conceito de medicalização. De acordo com a compreensão do Fórum, este conceito é polissêmico que busca discutir sobre os conflitos e dificuldades que permeiam a vida social, incluindo a judicialização, a patologização e a criminalização da pobreza. Portanto, pensar de forma não medicalizante envolve defender de forma intransigente as diferenças e combater de forma radical as desigualdades. Conforme afirmam em seus princípios⁷:

... em suma, significa reafirmar nossa indelével defesa dos Direitos Humanos e do Estatuto da Criança e Adolescente; bem como a defesa da

⁷ Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>. Acesso em: 17 de março de 2019.

integralidade dos serviços públicos de educação e saúde, destacando o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, e com a escola pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos.

De acordo com carta produzida no IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada⁸:

... a medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza.

A partir desta compreensão, patologização envolve apenas um aspecto da medicalização, o que transforma em patologia problemas que são de ordem social, política, econômica, entre outras, naturalizando como algo exclusivo do indivíduo.

Evidentemente, existe um contingente de crianças que no seu desenvolvimento biológico podem apresentar alterações hormonais, alterações dos neurotransmissores que afetarão no seu processo de aprender. Estas alterações podem requerer alguma intervenção visando a sua regulação. Negar que existem situações em que um medicamento pode ser bem aplicado é o mesmo que negar o uso de *canabidiol* para o tratamento alternativo de uma criança que convulsiona. Não é sobre

⁸ Disponível em: <http://seminario4.medicalizacao.org.br/carta-do-iv-seminario-internacional-a-educacao-medicalizada-desver-o-mundo-perturbar-os-sentidos/>. Acesso em: 17 de março de 2019.

essas situações específicas e pontuais que falamos nesta pesquisa. O que estamos abordando é aquela criança que foi diagnosticada com “uma doença que não dói”. Um transtorno que só é visto como tal em determinados contextos quando a exigência pelo comportamento ou rendimento adequado não é atingido. Neste caso, deixa de ser a “criança bagunceira”, desobediente, agitada e passa a ser uma pessoa doente.

Embora, possam existir, de fato, crianças com dificuldade de focar sua atenção decorrente dessas alterações bioquímicas, temos, naturalmente, uma dificuldade de acreditar que todas as crianças que chegam aos serviços apresentem tais alterações, bem como de que o recurso medicamentoso seria a única alternativa possível para a construção de uma ação mais exitosa na atividade de ensino e de aprendizagem. O que problematizamos é a banalidade da utilização de medicamentos, supostamente amparados em um discurso de cientificidade, e que tem como consequência importante a contenção química em busca da homogeneização de comportamentos e desempenhos tidos como inadequados. A problematização e nossa denúncia se dão pelo número exacerbado de distribuição de medicamento e pelo alto número de diagnósticos relacionados ao processo de escolarização de crianças, sobretudo, nos primeiros anos de sua vida escolar.

No diálogo com a equipe do Núcleo, é possível perceber que existe um discernimento em relação ao que pode se tratar de uma banalização e ao uso indevido de diagnósticos para justificar problemas que são de naturezas diversas. Porém, o questionamento que fazem a Psicologia se refere ao uso do radical da palavra medicalização. Para eles, a palavra culpabiliza uma determinada área da ciência, levando a entender que as demais áreas estariam isentas da responsabilidade pela captura de crianças e adolescentes pelos manuais diagnósticos. O que nos leva a pensar: será que ao atribuir responsabilidade a medicina estaríamos provocando um retorno à medicalização, de forma conceitual? A Psicologia, Pedagogia e outras áreas também tem sua responsabilidade no processo de individualização da queixa. Nem por isso, os termos pedagogização ou psicologização foram difundidos na mesma proporção. Por vezes, nos colocamos a pensar se existe outra palavra capaz de contemplar toda a discussão feita em torno da individualização da queixa, que ao mesmo tempo, não exclua ou não individualize a responsabilidade?

Localizando historicamente, a medicina chega pautando a biologização da vida e é natural que o termo/conceito incida sobre ela. Inclusive, ela era convocada a estar nas escolas para dizer se este

estudante pode ficar na sala ou se teria que ir para uma escola de crianças com deficiência. Este modelo higienista está arraigado no histórico das ciências médicas, portanto, tem um dado histórico que evidencia a sua chegada para dizer quais vidas servem e quais vidas precisavam de correções. Esse passado condena, assim como o passado da Psicologia também a condena, uma vez que criamos instrumentos e escalas para dizer daqueles que estavam aptos ou inaptos para vida escolar, dentro do ensino regular, ou se seguiram para as escolas especiais. Portanto, é também a partir destes dados históricos que se baseia a medicalização, bem como a pedagogização e a psicologização dos corpos.

Trazer esse questionamento também faz parte de um olhar atento às demandas que se apresentam no campo e suas peculiaridades no processo de intervenção. Nosso objetivo não é esvaziar o conteúdo que foi produzido em torno do conceito de medicalização e a crítica voltada para o modelo biomédico. Porém, o simples fato de olhar para o radical da palavra já é uma tentativa assertiva de envolver a própria classe médica num movimento autocrítico a biologização da vida. Inclusive, mesmo que ainda seja minoria, existem profissionais médicos que são protagonistas na luta pela despatologização da sociedade.

Dentro dos próprios movimentos sociais, podemos perceber que também existe uma preocupação em não culpabilizar uma ou outra área pela medicalização da vida. Como exemplos disso, podemos citar os dois maiores fóruns sobre a temática: o *Despatologiza - Movimento pela despatologização da vida* e o *Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade*. O Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, como citamos na revisão de literatura, foi criado oficialmente no ano de 2010 durante o I Seminário Internacional —A Educação Medicalizada, onde começou a se constituir como um coletivo crítico aos processos de psicopatologização da infância. O Despatologiza - Movimento pela despatologização da vida foi criado oficialmente no início de 2014 com a desvinculação de Maria Aparecida Moysés e Cecília Collares do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade (Carvalho, 2016).

Embora tenha ocorrido esta desvinculação, não significa que sejam movimentos opostos. Como destaca Carvalho (2016), “as pessoas que defendem a causa pela despatologização entendem que a sociedade passa por um processo de crescente medicalização da vida (p. 64)”. Todavia, o movimento busca dialogar sobre a medicalização em todos

os aspectos da vida e modos de atuar e de viver despatologizantes. Segundo a autora, a resistência do movimento se baseia em preceitos éticos, sem buscar culpados e não sendo contra a medicina ou os medicamentos.

Como é possível perceber, o relato dos profissionais do Núcleo tem um amparo nas próprias discussões relacionadas a medicalização. Quando as professoras Moysés e Collares se desvinculam do movimento da Medicalização e criam o movimento Despatologiza pode ter uma relação estreita com a necessidade de superar as heranças da profissão médica que tendiam a classificar os corpos e corrigi-los, considerando que a própria autora é do campo médico. A ampliação desse conceito não nega o passado histórico, mas propõe olhar para o presente e para as possibilidades de novas práticas emancipadoras que buscam melhor qualidade de vida, não individualização que está sendo pensada, tanto no campo médico, como nas ciências humanas.

Talvez, o nosso desafio enquanto psicólogas(os) seja além de compreender, abordar e intervir o fenômeno com base em outra perspectiva, também precisamos dizer deste fenômeno de uma outra forma. Um dos cuidados necessários, ao que nos sugere os destaques realizados pela equipe do Núcleo, seja situando historicamente onde se localiza este conceito. Vale destacar que o coletivo de profissionais do Núcleo estudado na presente pesquisa coloca-se como capaz de construir práticas atentas à complexidade do fenômeno com o qual trabalham. Porém, ainda existem muitos outros profissionais da Medicina, Psicologia, Pedagogia que ainda não avançaram nessa linha de compreensão. Atuam de forma medicamentosa, de forma ilícita na compreensão de um fenômeno que atinge todos os atores sociais envolvidos. Muitos profissionais se beneficiam dos recursos da indústria farmacêutica e servem de meio para escoar os seus medicamentos tendo como contrapartida financiamento de eventos, pesquisas entre outros.

Entendemos ser uma estratégia da Psicologia, a partir desta inserção no campo, ampliar o termo e fazer a crítica possibilitando ressignificar, e, quiçá, produzir novas práticas. Isso gera a abertura do diálogo. Cabe a(o) psicóloga(o) ocupar-se dos espaços voltados ao modelo biomédico e de forma crítica ser um mediador de novas práticas não-medicalizantes. Pode se perceber que, muitas vezes, ocorre uma falta de outras referências na forma de atuar e a(o) psicóloga(o), por outro lado, dado toda a sua bagagem histórica voltada ao compromisso social, tem condições de ser uma referência na direção de práticas não-medicalizantes. É dever de toda(o) profissional psicóloga(o) sinalizar que outras formas são possíveis, abrindo o diálogo que até então pode

estar fechado por uma falta de referência nos cursos de formação médica.

Da mesma forma que a entrada no campo produziu desalojamento na equipe, no que tange, mais especificamente, ao termo medicalização, ao mesmo tempo, também nos produziu um desalojamento na escolha e na sua apropriação. Neste campo de tensionamento entre as áreas, houve afetações que produziram mudanças no desenvolver do processo de pesquisa com a equipe, mas, também, produziu nos pesquisadores a necessidade de olhar para o fenômeno com profundidade e densidade. Isto é, exigiu ir além dos conceitos que tínhamos previamente antes da inserção no campo; e também, um olhar de auto avaliação dos nossos discursos, de quanto, em algum momento, chegamos com um olhar crítico, de embate, enquanto coisas escapam de olhar para o que se apresentava no campo como uma possibilidade de transformação.

Importante destacarmos que esse tensionamento exigiu a produção de algo diferente para pensar os fenômenos biopsicossociais que se atravessavam nossas falas e nas práticas. Embora essa terceira via tenha elementos de ambos, ela não é nem um nem outro, mas um movimento dialético de olhar para realidade e produzir transformação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste tópico, retomo algumas discussões realizadas no percurso da dissertação que me orientaram na organização das ideias aqui apresentadas. Inicialmente, trago uma reflexão sobre os objetivos da pesquisa, expressos de forma sintética no título da dissertação, **“medicalização da educação: sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades no processo de aprendizagem e de comportamento”**. Como exposto na última unidade de análise, o termo “medicalização” foi problematizado no decorrer da pesquisa. Se avalia que em determinados contextos, substituí-lo por “patologização” pode possibilitar ampliar o escopo de compreensões sem extenuar o legado histórico que acompanha o conceito de medicalização. Ambas as terminologias podem ser empregadas e apesar de optar pela manutenção do título da pesquisa devido a polissemia do conceito, faço uma defesa a favor da ampliação e difusão do conceito de patologização da educação em todos os âmbitos de atuação profissional de psicólogas, médicos, pedagogas, fonoaudiólogos e etc.

Outro destaque refere-se ao termo “processo de aprendizagem”, inserido após a qualificação do projeto de pesquisa. A modificação ocorreu a partir da compreensão que os fenômenos que afetam a aprendizagem são multifacetados. Logo, ao entender apenas como “problema de aprendizagem” remete a dificuldade ao sujeito que aprende. Quando entendemos a aprendizagem como processo, estamos considerando o tempo necessário, às mediações, o desenvolvimento das funções cognitivas, das relações sociais, as didáticas, entre diversos outros fatores intrínsecos ao desenvolvimento infantil. Neste aspecto, vale fazer um destaque para a compreensão de criança/estudante adotado nesta pesquisa, referenciada na perspectiva da psicologia sócio-histórica, os estudos da Psicologia Escolar Crítica e as discussões preconizadas no Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. Os fundamentos desta matriz apresentam uma discussão de extrema relevância que consiste em romper com uma perspectiva de desenvolvimento baseado em etapas, como se fosse possível definir um padrão de respostas esperadas para cada idade, pressupondo a existência de algo errado com o estudante que não atinge o resultado esperado para sua fase/etapa. Estar alinhado com esta perspectiva possibilitou um entendimento de que os participantes do estudo são sujeitos de suas

construções, essencialmente, um ser social e histórico. Portanto, suas produções também são fenômenos determinados social e historicamente.

Esta noção de sujeito foi o fio condutor que teceu as conexões nos encontros com os estudantes e as respectivas mães. Foram a partir das suas narrativas que ocorreu o exercício de compreender sentidos produzidos por estudantes em relação ao diagnóstico de dificuldade no processo de aprendizagem e os impactos no processo de escolarização e nas relações sociais, advindos do estigma de ser uma criança percebida como fora do que é considerado “normal”, isto é, enquanto uma “criança problema”.

Tendo em vista a transcrição e análise das entrevistas, assim como as experiências vividas pelo pesquisador com o local onde ocorreu o estudo, foi possível identificar as relações mantidas entre as narrativas dos estudantes, familiares e profissionais, e a queixa escolar. Essas relações serviram de esteio à presente pesquisa, ao passo que possibilitam entender o caminho percorrido pela queixa escolar, tanto no que se refere a práticas medicalizantes, como práticas não-medicalizantes, a depender de como os profissionais da educação ou da saúde lidam com a queixa.

De todos os entrevistados (estudantes e mães), pode-se perceber que a demanda teve origem na escola. Demarca algo que passou a ser um problema coincidindo com o início do período escolar, sejam relacionados à alfabetização, com o processo de leitura e escrita ou de ordem comportamental e afetivos. Em alguns casos, pode-se identificar, por meio das informações obtidas, que problemas escolares que poderiam ser resolvidos com uma intervenção pedagógica são, por vezes, transformados em problemas de outra ordem que precisam de uma intervenção dos serviços de saúde. Neste percurso é importante destacar que desde a escola até a chegada ao serviço de atendimento em saúde, identifica-se a existência de um diálogo precário e frágil para elucidar ao estudante os procedimentos a que será submetido. Isto prejudica a capacidade do estudante se valorizar e potencializar suas percepções, reconhecendo a sua capacidade de participar do cuidado de si mesmo, ou seja, ser um sujeito da ação/avaliação.

Essa queixa, oriunda da escola, gerou algum tipo de incômodo que, a princípio, se manifestou em dois contextos. O primeiro diz respeito ao ambiente escolar, isto é, refere-se ao modo como a escola e os profissionais da educação lidam com a queixa. A partir das entrevistas com os estudantes, foi possível perceber uma lógica em

resolver essas questões fora do âmbito da escola, ou seja, por meio dos encaminhamentos aos serviços de saúde. Práticas como estas caminham na direção a uma perspectiva medicalizante, pois tendem a reforçar o rótulo da “criança problema”, culpabilizando-a exclusivamente pela sua não aprendizagem.

A lógica medicalizante busca causas orgânicas para problemas de diferentes ordens. Tomemos o processo de aprendizagem, por exemplo. Quando um estudante apresenta alguma suposta “dificuldade”, logo surge a questão: será que a causa está num mau funcionamento orgânico? Procurar saber se ele enxerga e ouve bem, alimenta-se de forma saudável não é equivocados: deve mesmo ser feito. O problema é logo determinar que a causa de suas questões escolares tem como ÚNICA via de explicação algum aspecto de ordem orgânica, geralmente atribuído a uma função cerebral mal desempenhada. Daí para a prescrição de remédios e/ou de tratamentos que se centram apenas nas dificuldades é um pulo bem curto (CFP, 2015, p. 7).

Com base no excerto acima e nas informações obtida nesta pesquisa, sugere-se que é necessário repensar as práticas e objetivos nos aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem para uma compreensão mais ampla e assertiva. Nesse sentido, nossa defesa se pauta na mudança de encontrar o culpado, para a busca de possibilidades de compreensão dos envolvidos objetivando ampliar as estratégias de ação da escola. Essa mudança de perspectiva refere-se a práticas que acolhem, escutam o estudante e orientam o seu desenvolvimento escolar. Assim, trata-se de desenvolver uma escuta qualificada que irá identificar os diversos fatores relacionados com a queixa, considerando o ambiente escolar, as afetações da criança com colegas, professores e familiares, bem como o desenvolvimento das funções psicológicas complexas, identificando até onde o estudante consegue ir sozinho e as capacidades que precisam da mediação para desenvolver. Esse é um ato político, ou seja,

O olhar deve se voltar para tudo que situa as condições do início e de todo o decorrer do processo que gerou a questão; perguntas que nos

levem a entender quando, por quê, para quê, com quem, para quem, onde o problema se encontra nos mostram esse caminho. À medida que respostas a essas perguntas são delineadas, surge um sujeito singular com sua história de vida, entendida aqui como narrativa construída na teia de relações sociais em um determinado contexto histórico. Podemos então obter parâmetros para estratégias de acolhimento, alívio e resolução de seu sofrimento. E isso sem despotencializá-lo em seu papel de aprendiz! (CFP, 2015, p. 8).

Quando esse movimento não ocorre, entramos em uma segunda categoria que tende a se operacionalizar na lógica punitiva, como bilhetes para os pais, encaminhamento para direção da escola, expulsões da sala e da escola, monitorias para correção do problema, aumento de tarefas extraclasse, frequente exposição frente ao grupo de estudantes e uso de práticas violentas - seja fisicamente ou verbalmente-, como relatado pelos próprios estudantes participantes da pesquisa.

Nesse ínterim, a medicalização remete a uma lógica punitiva do processo de aprendizagem, que irá gerar afetações diversas com os seus pares na escola. Frente estas afetações, destacam-se intervenções que se aproximam de práticas não-medicalizantes, contrapondo práticas que caminham na lógica da violência, gerando estigmas e produção de sofrimento. A primeira forma de intervenção tem relação com o âmbito coletivo, envolvendo pais, profissionais da educação e os próprios estudantes como estratégia coletiva de pensar a queixa como um fenômeno multifacetado. Embora essa forma venha a se revelar potente para a produção de transformações, há necessidade de estar atento à possível ocorrência de perpetuação de práticas que ironizam, estigmatizam e geram violências às crianças e adolescentes com dificuldades no processo de escolarização. Nesta segunda forma de olhar para a queixa, os pais e a comunidade escolar se apresentam justamente pela sua ausência. A ausência que pode ser compreendida pelo não conhecimento da causa ou por não dispor de recursos humanos, técnicos ou materiais para lidar com o problema.

Tanto os profissionais da educação que usam de práticas corretivas individualizantes, quanto as relações conflitantes com os colegas, vão reforçar práticas medicalizantes. Consequentemente, reforçar que o problema se localiza no sujeito. Ao reforçar a queixa

como sendo da ordem do particular, se justifica a busca por um auxílio externo, que geralmente são consultórios médicos, psicológicos, clínicas e serviços escolas dos cursos da área da saúde, entre outros. Nas clínicas e consultórios se aplicam intervenções diversas e, por vezes, temos as práticas que visam intervenção no corpo, apenas no seu aspecto biológico, geralmente, acompanhado de exames e terapias diversas. Essas práticas centradas no aspecto biológico podem ter um teor mais organicista, centrado no corpo e suas (des)funcionalidades, e tendem a se concentrar em identificar o problema e prescrever um diagnóstico centrado exclusivamente no estudante, como prática corretiva de uma conduta inadequada pela norma que julga ser a correta. Por outro lado, podemos ter atendimentos multi e interprofissional que levem em consideração o sujeito e seus aspectos macrosociais. Nesse caso, as práticas tendem a considerar a complexidade das relações e propor ações de intervenção sistêmica, olhando para os diversos atores envolvidos, valorizando e potencializando suas percepções e reconhecendo sua capacidade de participar do cuidado de si.

Partindo desses pressupostos, podemos concluir que tanto os profissionais da educação, pais e responsáveis, como também os profissionais da saúde, podem exercer práticas medicalizantes ou não, a depender do que é considerado na sua intervenção. As entrevistas com os estudantes e familiares evidenciam que a medicalização é um discurso que atravessa as práticas de modo geral. O ato de medicalizar, *a priori*, não está na figura do médico ou na escola. Mas sim, nas relações que se estabelecem entre o estudante, a escola, a família e o saber clínico. São as formas de intervenção que ocorrem nessas relações que podem apontar tanto para práticas de cuidado para com o outro, de forma a considerar sua subjetividade e as múltiplas facetas que constituem o fenômeno da queixa, como para práticas voltadas à patologização e medicalização de tudo que foge do que é considerado normal.

É fundamental introduzir a discussão de que existem diferentes maneiras de se colocar como sujeito no mundo, assim como a aprendizagem ocorre de diferentes maneiras. Mas, será que as especificidades desses diferentes tipos de aprendizagem e de comportamento são, de fato, características de um desenvolvimento “atípico”, ou fazem parte de outro contingente que diz sobre uma forma singular de ser e estar no mundo e, como desdobramento, de aprender e de se desenvolver de um jeito diferente? A serviço do(e) que(m) essa lógica se mantém? Quem está se beneficiando? A criança? Bem, pode até ter efeitos imediatos no seu rendimento escolar, porém, será que

realmente isso é um benefício? Afinal, ela está sendo impedida de fazer o que realmente gostaria de fazer em detrimento de cumprir uma norma.

Diante do exposto, dado o pedido que continua chegando às clínicas para avaliar crianças que não atingem os objetivos esperados pela escola, sugere-se a realização de novos estudos, com o banco de dados em serviços escolas, clínicas, consultórios de Psicologia, Medicina, entre outros cursos da área da saúde, para investigar que tipo de práticas a Psicologia e áreas afins têm promovido em relação à queixa escolar. Outra indicação de estudos futuros é a de realizar pesquisas que possam ouvir crianças, pais e professores sobre o impacto da medicalização no cotidiano da escola e da família, ampliando o número de participantes e abarcando as especificidades regionais do país. Também é possível realizar estudos comparativos para avaliar os impactos dos atendimentos no serviço de saúde no desempenho escolar do estudante, não apenas em termos de notas no boletim escolar, mas também em relação à satisfação, qualidade de vida e bem-estar.

Para além de apontar para esses possíveis estudos, o importante é refletir sobre que tipos de conflitos estão sendo silenciados. Pensar em práticas não medicalizantes é propiciar estratégias para fazer da escola um espaço no qual as crianças com diferentes modos de estar no mundo aprendam. É fazer o caminho inverso à lógica que busca uma causa orgânica para os problemas de diferentes ordens. Temos um sistema de ensino que ensina muito mal às crianças, jovens e adolescentes, e que tem tratado muito mal seus educadores. Estes fatores estão necessariamente imbricados com a medicalização.

Mesmo que respondesse essas perguntas, imerso nesse contexto, será que a(o) psicóloga(o) estaria isenta(o) das práticas medicalizantes? Neste ponto, para finalizar, resgato a campanha da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia de 2011, sobre o tema: **Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido**⁹? O objetivo da campanha era refletir sobre as formas veladas e sutis de violações de direitos, realizadas em nome da proteção e do cuidado. As pontuações dessa campanha apontam para a importância de compreender fenômenos como o sofrimento enquanto sociais e políticos, constituídos pela intersecção de marcadores sociais das diferenças tais como gênero, raça,

⁹ Disponível em: http://direitoshumanos.cfp.org.br/?page_id=16. Acesso: 06. julho. 2018.

pobreza e deficiência. A exposição das dificuldades no âmbito da escola, do modo como ocorre, opera como um dispositivo que culpabiliza exclusivamente o sujeito, em detrimento de um sistema todo que se apresenta como insuficiente. Dessa forma, a prática da medicalização da infância pode produzir experiências de segregação, reproduzindo tipos de violência que excluem o estudante do interior da escola, aumentando ainda mais o sofrimento ético-político.

Frente a esse fenômeno, a atuação da(o) psicóloga(o) deve estar vinculada ao compromisso social voltado à construção de estratégias de atuação profissional pautadas em uma compreensão crítica da realidade. Estratégias essas que estranhem, inquietem e problematizem a realidade, e não aceitem as coisas como estão. Além disso, que estejam atentas à complexidade dos fenômenos, não os reduzindo a uma lógica patologizante das diferenças ou de homogeneização de comportamentos. A defesa da igualdade de direitos, voltada ao rompimento das desigualdades presentes em nossa sociedade, também é um pressuposto fundamental. E finalmente, as estratégias de atuação profissional devem buscar a construção de práticas que instiguem o protagonismo e, principalmente, primam pelo desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, sem precisar excluir a diversidade e nem patologizar a singularidade.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, W. M. J., Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>
- Andrade, L.B.P., (2010). Direitos da infância: da tutela e proteção à cidadania e educação. In: Andrade, LBP. *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais [online]*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC.
- APA - Associação Psiquiátrica Americana. (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM IV-R*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Barbiani, R., Junges, J. R., Asquidamine, F., & Sugizaki, E. (2014). Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 567-587. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200013>
- Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia e Sociedade*, 22 (1), 70-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>
- Becker, A. L. M. M. M., Souza, P. H. de, Oliveira, M. M. de, & Paraguay, N. L. B. B. (2014). A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização. *Revista Paulista de*

Pediatria, 32(3), 247-281. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432316>

- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 336-349. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007>
- Benedetti, I. M. M. & Anache, A. A. (2014). TDA/H - Análise documental sobre a produção do conceito. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18 (3). 439-446. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183783>
- Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L. de, & Vasconcelos, M. G. F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>
- Bock, A. M. B. & Gonçalves, M. da G. M. (2009). A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. In: Bock, A. M. B. *A Dimensão Subjetiva da Realidade: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortez.
- Bock, Ana Mercês Bahia. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 4(2), 315-329. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1999000200008>
- Brasil. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm. Aceso em 19 de junho de 2018.

- _____. Lei Nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm. Acesso em 19 de junho de 2018.
- Brito, M. A. de. (2012). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2554-2556. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900036>
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (1), 208-221. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>
- Brzozowski, F. S., Brzozowski, J. A. & Caponi, S. (2010). Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. *Interface (Botucatu)*, 14 (35), 891-904. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000027>
- Calado, V. A. (2014). Estágio em Psicologia escolar e educacional: ruptura com a medicalização da educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18(3), 567-569. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183828>
- Camargo Jr. & Kenneth, R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (5), 844-846. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500002>
- Canesqui, A. M. (2015). A Medicalização da vida como estratégia de biopolítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1961-1962. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13022014>

- Carvalho, D. L. T. de. (2016). Despatologiza. *Métodos e Pesquisa em Administração*, 1(1), 62-71. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/mepad/article/download/28963/15415>.
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. de O., Costa, F. D. da, & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>
- Carvalho, T. R. F., Brant, L. C., & Melo, M. B. de. (2014). Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato. *Educação & Sociedade*, 35(127), 587-604. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302014000200014>
- Castiel, L. D., Moraes, D. R. de, & Paula, I. J. de. (2016). Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 96-107. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016142788>
- CFP - Conselho Federal de Psicologia. (2013). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na educação básica. Brasília: CFP.
- _____. (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. (produzida pelo Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade). Brasília: CFP.
- Christofari, A. C., Freitas, C. R. de, & Baptista, C. R. (2015). Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. *Educação & Realidade*, 40(4), 1079-1102. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-623642057>
- Coelho, S.M. (2011). A alfabetização na perspectiva histórico cultural. In: Coelho, S.M., Mendonça, O. S. C., Maranhê, E. A., (Org.). *Caderno de Formação UNESP UNIVESP*. São Paulo: cultura acadêmica editora, p. 58-71.
- Collares, C. A. L. & Moyses, M.A. A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.

- Collares, C. A. L. & Moyses, M.A. A. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho regional de Psicologia de São Paulo e grupo interinstitucional queixa escolar. *Medicalização de Crianças e Adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo,
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, no1, p. 3-14.
- Cord, D., Gesser, M., Nunes, A. de S. B., & Storti, M. M .T. (2015). As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 40-53. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000952013>
- Crochick, J. L., & Crochick, N. A (2010). desatenção atenta e a hiperatividade sem ação. In: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crochik, J. L. (1997). Aspectos que permitem a segregação na Escola Pública. Em *Educação Especial em Debate* (pp.13-22). Conselho Regional de Psicologia, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. (2004) Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 369-378. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000300005>.
- Cruz, M. G.A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D.A. (2015). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703-714. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>

- Cunha, E. de O., Dazzani, M. V. M., Santos, G. L. dos, & Zucoloto, P. C. S. Do V. (2016). A queixa escolar sob a ótica de diferentes atores: análise da dinâmica de sua produção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(2), 237-245. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200006>
- Decotelli, K. L, Bohre, L. C. T., & Bicalho, P. P. G. de. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 446-459. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>
- Del Priore, M. (2013). *História das crianças no Brasil*. 7ª ed., 1ª reimpressão. – São Paulo: Contexto.
- _____. (2012). A criança negra no Brasil. In: Jacó-Vilela, AM., & Sato, L., orgs. *Diálogos em Psicologia social [online]*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais,. p. 232- 253.
- Eidt, N. M. & Tuleski, S. C. (2007). Discutindo medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: Meira, M.E.M., Facci, M.G.D. *Psicologia Histórico-Cultural: Contribuições para o encontro entre a subjetividade e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Facci, M. G. D. (2004). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. *Cad. CEDES*, 24(62), 64-81, <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622004000100005>.
- Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17-32. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200002&lng=en&tlng=pt.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península.
- Freitas, L. C. de. (2002). A internalização da exclusão. *Educação & Sociedade*, 23(80), 299-325. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002008000015>.

- Galindo, D., Lemos, F. C. S., Lee, H. de O., & Rodrigues, R. V. (2014). Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 821-834. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-370001492013>
- Gaudenzi, P., & Ortega, F.. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 21-34. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>
- Gesser, M.. (2013). Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 66-77. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500008&lng=en&tlng=pt.
- Gomes, F. M. de A., Cintra, A. M. de O., Ricas, J., & Vecchia, M. D. (2015). Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 244-258. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>
- Gonçalves Filho, J.M. (2007). Humilhação social: humilhação política. In: SOUZA, Beatriz de Paula (org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.187-222.
- Gonçalves, G., (2015). *A criança como sujeito de direitos: um panorama da produção acadêmica brasileira (1987-2013)*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina.
- Gonzalez Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.

- Grossi, M. P. (2008) Masculinidades: uma revisão teórica. *Antropologia em Primeira Mão*. v. 75, 1-37. Disponível em: <http://www.antropologia.ufsc.br>.
- Guzzo, R. S. L. (2007). Escola amordaçada: compromisso do psicólogo com este contexto. In.: MARTINEZ, Albertina Mitjás (org.). *Psicologia escolar e compromisso social: novos discursos, novas práticas*. 2. ed. Campinas: Editora Alínea.
- Hacking, I. (2006). O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas – e suas interações. In.: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Org.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso Editorial.
- Heckert, A. L. C., & Rocha, M. L. da. (2012). A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. *Psicologia & Sociedade*, 24(spe), 85-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400013>
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2018). Relatório SAEB (ANEB e ANRESC) 2005-2015: panorama da década. Brasília: Inep/MEC.
- Kramer, S., Horta, J. S. B. (1982). A ideia da infância na pedagogia contemporânea. *Em Aberto*. Brasília: INEP/MEC, 1(4).
- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. de. (2008) A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1). Disponível em: <http://seer.Psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/174/141>.
- Leite, S. A. da S.; Tagliaferro, A. R. (2005). A afetividade na sala de aula: um professor inesquecível. **Psicologia Escolar e Educacional**. (Impr.), 9(2), 247-260. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572005000200007>.
- Lemos, F. C. S. (2014). A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Psicologia*

Escolar e Educacional, 18(3), 485-492. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183772>

Leonardo, N. S. T., & Suzuki, M. A. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 46-54. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1161>

Lima, A. C. C., & Caponi, S. N. C. de. (2011). A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1315-1330. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400009>

Lupton, D. (1993) *Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health*. *International Journal of Health Services* 23: 425-35.

Machado, L. V., & Lessa, P. dos S. (2012). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 741-743. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000300028>

Malfitano, A. P. S., Adorno, R. de C. F., & Lopes, R. E. (2011). Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 701-714. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000042>

Marx, K. & Engels, F. (1993). *A ideologia alemã (Feuerbach)*. 9a ed., São Paulo/SP: Hucitec.

Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 136-142. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>

Mitjavila, M.. (2015). Medicalização, risco e controle social. *Tempo Social*, 27(1), 117-137. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>

- Nórte, C. E. (2015). As vítimas da violência: entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 169- 178. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p169>
- Palma, A., & Vilaça, M. M. (2012). Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(3), 919-932. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000300008>
- Patto, M. H. S. (2010). *Exercícios de indignação: Escritos de educação e Psicologia*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Peres, M. A. de A., Barreira, I. de A., Santos, T. C. F., Almeida Filho, A. J. de, & Oliveira, A. B. de. (2011). O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o hospício de Pedro II no segundo reinado. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(4), 700-708. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400008>
- Pires, M. F. de C. (1997). O materialismo histórico-dialético e a Educação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 83-94. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831997000200006>
- Rangel Júnior, Britto, É. de, & Loos, H. (2011). Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(50), 373-382. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300010>
- Rocha, M. L. da. (2000). Educação em tempos de tédio: um desafio à micropolítica. In: Tanamachi, E. de, Rocha, M. L. da & Proença, M. (Orgs.), *Psicologia e educação: desafios teórico-práticos* (pp. 185-207). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sanches, V. N. L., & Amarante, P. D. de C.. (2014). Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde em Debate*, 38(102), 506-514. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>
- Santos, L. de F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão

- interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>
- Saviani, D. (1999). *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política*. 32ª ed. Campinas, São Paulo, Autores Associados.
- Sawaia, B. (2001). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, p. 97-118.
- Signor, R. (2013). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: uma análise histórica e social. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 13(4), 1145-1166. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-63982013005000022>
- Silva, C. G. C. da, Serralha, C. A., & Laranjo, A. C. S. (2013). Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 281-291. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200009>
- Souza, M. P. R. de. (2010). Retornando à patologização para justificar a não aprendizagem escolar: A medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: Conselho regional de Psicologia de São Paulo e grupo interinstitucional queixa escolar. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Trad. Agustín B. México: Fondo de Cultura Económica.
- Taverna, C. S. R. (2011). Medicalização de Crianças e Adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(1), 169- 171. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572011000100018>

- Toassa, G. (2012). Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2), 429-434. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200015>
- Tonelotto, J. M. de F. (2002). Aceitação e rejeição: percepção de escolares desatentos no ambiente escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6(2), 141-148. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572002000200004>
- Tonelotto, J. M. de F., & Gonçalves, V. M. G. (2002). Autopercepção de crianças desatentas no ambiente escolar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3), 31-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000300004>
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2012). Acesso, permanência, aprendizagem e conclusão da Educação Básica na idade certa: Direito de todas e de cada uma das crianças e dos adolescentes. Brasília.
- Viégas, L. de S. (2015). Progressão Continuada e Patologização da Educação: um debate necessário. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(1), 153-161. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191815>
- Viégas, L. de S., & Souza, M. P. R. de. (2006). A progressão continuada no estado de São Paulo: considerações a partir da perspectiva de educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(2), 247-262. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572006000200008>
- Viégas, L. de S., Harayama, R. M., & Souza, M. P. R. de. (2015). Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da Psicologia e da antropologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2683-2692. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.08732015>
- Vigotski, L. S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vilaça, M. M., & Palma, A. (2013). Sobre algumas (im)precisões de uma crítica fundamental à medicalização. *Interface* -

Comunicação, Saúde, Educação, 17(45), 493-495.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000200022>

Vygotski, L. S. *Pensamiento y palabra*. In Obras Escogidas II, pp. 287-348, Madrid: Visor, 1992.

Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

Wallon, H. (1995). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.

Warner Junior, J. (1997). Transtornos Hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para avaliar o significado. Tese de Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental da Unicamp, Campinas-SP.

Zanella, A. V. (2003). Reflexões sobre a atuação do(a) psicólogo(a) em contextos de escolarização formal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 68-75. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000300010>

Zanella, A. V. (2003). Reflexões sobre a atuação do(a) psicólogo(a) em contextos de escolarização formal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 68-75. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000300010>

Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O ESTUDANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DE PERGUNTAS ESTUDANTE

MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

- Me apresente quem é você? (características por fora, e tem coisas que nos dizem o que a gente é por dentro. O que nos deixa com raiva, o que nos deixa triste)?
- Como é para você ir ao médico (o que ela sente, como é a experiência, o que ela acha do médico)?
- Você percebe alguma mudança na sua vida após ter ido ao médico?
- O que disseram para você quando você teve que ir ao médico?
- Você toma algum remédio?
- Você sabe por que tem que tomar remédio? Você pode me explicar?
- Como você se sente quando tem que tomar remédio?
- O que a escola (professores, orientadores, direção) dizem pra você sobre o que está acontecendo contigo?
- O que você pensa disso que dizem de você?
- O que você acha da sua escola?
- O que você acha dos colegas da sua escola?

Pesquisador Responsável: Marivete Gesser

Telefone e e-mail para contato: telefone: (48) 9653-7855; e-mail: marivete@yahoo.com.br.

Estudante Pesquisador: Rudinei Luiz Beltrame

Telefone para contato: (48) 98809-2095

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-900

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sala 5 A (Marivete Gesser).

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DE PERGUNTAS PAIS/ RESPONSÁVEIS

MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

- Eu não conheço o seu filho, se você tivesse que apresentá-lo, como apresentaria?
- Qual foi o percurso até chegar ao diagnóstico do seu filho(a)?
- Como foi realizado o diagnóstico?
- Ele usa algum medicamento?
- O que mudou na vida familiar após o diagnóstico?
- O que mudou na vida do seu filho após o diagnóstico?
- Como ele se sente após ser diagnosticado?
- Você recebeu alguma instrução/ orientação do profissional que o diagnosticou?
- O que a escola (professores, orientadores, direção) dizia sobre seu filho antes do diagnóstico?
- O que a escola (professores, orientadores, direção) diz sobre seu filho após o diagnóstico?
- Como você percebe a escola na atualidade (modo que se organiza, estratégias de ensino, currículo)?
- Se percebeu alguma mudança depois do diagnóstico? e depois do uso de medicamento?
- O que facilita e o que dificulta o aprendizado do seu filho na escola?
- Como é o relacionamento do seu filho com outras crianças?
- Como você percebe a aprendizagem do seu filho para além da escola?

Pesquisador Responsável: Marivete Gesser

Telefone e e-mail para contato: telefone: (48) 9653-7855; e-mail: marivete@yahoo.com.br.

Estudante Pesquisador: Rudinei Luiz Beltrame

Telefone para contato: (48) 98809-2095

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-900

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sala 5 A (Marivete Gesser).

APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

Documento elaborado em linguagem acessível para crianças, por meio do qual, após os participantes da pesquisa ser devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *“medicalização de crianças e adolescentes: sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades de aprendizagem e comportamento”*. **Você sabe o que significa diagnóstico? Parece uma palavra difícil, então vou explicar pra você de outra forma. Quando uma mãe, um pai ou outro responsável acha que uma pessoa está com alguma dificuldade, geralmente eles buscam ajuda de alguém que conhece muito sobre essa dificuldade. Esse alguém, quando se trata de questões da saúde pode ser uma médica, uma psicóloga, ou outra pessoa que trabalha em uma clínica. Esta(s) pessoa(s) que leram bastante sobre o assunto irá escrever em um papel, com base no conhecimento que eles têm o que acham que pode ser, vão dizer o que vocês devem fazer e se precisa tomar algum remédio. Esta conclusão que eles chegam chama-se diagnóstico. Dito isso, gostaria de dizer que esta pesquisa está associada ao meu projeto de mestrado de Rudinei Luiz Beltrame, do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Seus pais já permitiram que você participe. Queremos saber como você se sente diante do que o seu médico disse para você e a partir do que as pessoas falam sobre isso. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 6 a 14 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita na UFSC, no Núcleo Desenvolver, seguindo todos os rigores éticos da pesquisa com seres humanos conforme Resolução CNS nº 466 de 2012. Nós faremos 3 encontros com você de duração aproximada de 50 minutos. Nestes encontros faremos colagem com imagens e palavras que representam seu entendimento sobre o que o médico, a psicóloga, ou outro pessoa da clínica acha sobre você em relação ao que acontece contigo na escola, em casa, e em outros lugares que você costuma ir. Também sobre coisas positivas e negativas que aconteceram na família e na escola, tendo como foco no que o médico, a psicóloga, ou outro pessoa da clínica acha que acontece contigo e vamos conversar sobre estes trabalhos realizados. O uso do destes materiais é considerado seguro, mas é possível que em algum momento você se sinta**

desconfortável para falar sobre, vamos cuidar para isso não acontecer, mas caso aconteça é importante que diga isso ao (à) pesquisador (a) para que ele (ela) possa auxiliá-lo (a). Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que estão no final da folha. Mas há coisas boas que podem acontecer como: saber um mais sobre o que acontece contigo na escola, o que poderá te ajudar quando conversar com seus professores e colegas sobre isso. Poderá ajudar seus pais/ responsáveis a construir novas maneiras para se relacionar com você, para te compreender melhor e para eles terem maior compreensão sobre **como você se sente**. Para facilitar nosso estudo depois, se você aceitar os nossos encontros serão gravados. Mas, ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa podem ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram dela. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou a pesquisador e também estudante Rudinei Luiz Beltrame. Eu escrevi os telefones na parte de baixo desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa "*Medicalização de crianças e adolescentes: sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades de aprendizagem e comportamento*". Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai se ofender. **O pesquisador me explicou sobre a gravação e a condição que eles serão mantidos em sigilo e que somente os pesquisadores terão acesso e eu () aceito / () não aceito que nossos encontros sejam gravados.** Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Local e data:

Assinatura:

Pesquisador Responsável: Marivete Gesser

Telefone e e-mail para contato: telefone: (48) 9653-7855; e-mail: marivete@yahoo.com.br.

Estudante Pesquisador: Rudinei Luiz Beltrame - Telefone para contato: (48) 98809-2095

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-900

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sala 5 A (Marivete Gesser).

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

Por meio deste termo, convidamos os responsáveis legais da criança/adolescente _____ para participação de uma pesquisa que tem como título ***“MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO”***. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Rudinei Luiz Beltrame, do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem como objetivo identificar como estudantes subjetivam o diagnóstico relacionado a supostos transtornos de dificuldades de aprendizagem e comportamento e as implicações deste diagnóstico nas suas trajetórias escolares.

Consideramos ser uma temática importante para pesquisar, compreender os sentidos produzidos socialmente e as implicações que a criança percebe decorrentes do diagnóstico. Adotamos uma postura crítica sobre este fenômeno e acreditamos ser fundamental escutar o que as crianças nos têm a dizer, uma vez que, nem sempre elas são ouvidas para construção do diagnóstico. A partir disso, poderemos pensar em estratégias de intervenção em um nível mais sistêmico.

Esta pesquisa será realizada com o responsável legal e com crianças, adolescentes, estudantes que foram diagnosticados por um profissional especialista, **seguindo todos os rigores éticos da pesquisa com seres humanos conforme Resolução CNS nº 466 de 2012**. O percurso metodológico da pesquisa prevê encontros com a criança e com os pais e com a criança. Durante o percurso poderá haver encontros de devolutiva e esclarecimentos, sendo que, necessariamente haverá 1 encontro para devolutiva. O objetivo dos encontros são identificar possíveis narrativas sobre a queixa escolar relacionado ao diagnóstico, quais os sentidos e significados atribuídos a este possível transtorno, além das implicações do diagnóstico nas relações da criança/ estudante. Os encontros terão duração de aproximadamente 50 minutos. Para obter maior fidedignidade aos dados, solicito autorização para gravação de áudio para posteriormente serem transcritos pelo pesquisador.

Vocês e a **criança/adolescente sobre sua responsabilidade** não são obrigados (as) a responder todas as perguntas e podem desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado), sem serem prejudicados (as) por isso. A partir dessa pesquisa, como benefício, vocês e a **criança/adolescente sobre sua responsabilidade** poderão expandir a compreensão sobre as atuais discussões sobre este assunto. Poderão construir novas estratégias para lidar com este fenômeno, visando amenizar os riscos e danos causados pelo diagnóstico.

Conforme os objetivos e o percurso metodológico desta pesquisa, não são previstos desconfortos durante os encontros. Mas, caso você **ou a criança/adolescente o qual são responsáveis** se sentirem desconfortáveis durante o processo, é importante que diga isso ao (à) pesquisador (a) para que ele (ela) possa auxiliá-lo (a).

Você e a **criança/adolescente a qual são responsáveis** poderão quando quiser pedir informações sobre a pesquisa aos pesquisadores. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os dados de identificação, seus e **da criança/adolescente a qual são responsáveis**, serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação e **da criança/adolescente a qual são responsáveis** é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você ou a **criança/adolescente a qual são responsáveis** tenham quaisquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas você será ressarcido de despesas de transporte e de alimentação que serão integralmente ressarcidas pelos pesquisadores nos termos. Você e a **criança/adolescente o qual são responsáveis** não terão nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, vocês serão ressarcidos. Caso você ou/e a **criança/adolescente o qual são responsáveis** tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Nós, abaixo assinado, aceitamos participar da pesquisa *“medicalização de crianças e adolescentes: sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades de aprendizagem e comportamento”*. Fomos informados(as) e esclarecidos(as) pelo pesquisador **Rudinei Luiz Beltrame** sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes **da nossa participação e da criança/adolescente o qual somos responsáveis**. Também somos () contrários () favoráveis a **gravação dos nossos encontros, bem como os da criança/adolescente o qual somos responsáveis com a condição que eles sejam mantidos**

em sigilo e que somente os pesquisadores terão acesso. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome completo do estudante:

Assinatura:

Nome do responsável 1:

RG:

Assinatura:

Nome do responsável 2:

RG:

Assinatura:

Local e data:

Pesquisador Responsável: Marivete Gesser

Telefone e e-mail para contato: telefone: (48) 9653-7855; e-mail: marivete@yahoo.com.br.

Estudante Pesquisador: Rudinei Luiz Beltrame - Telefone para contato: (48) 98809-2095

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade
Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-900

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sala 5 A (Marivete Gesser).

APÊNDICE 5 – INFORMAÇÕES SOBRE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: SENTIDOS PRODUZIDOS POR ESTUDANTES COM DIAGNÓSTICO RELACIONADO A DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

Pesquisador: Marivete Gesser

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 69367917.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.345.883

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)