

**MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM E RESILIÊNCIA:  
SIGNIFICAÇÕES PRODUZIDAS NA ESCOLA**

***MEDICALIZACIÓN DEL APRENDIZAJE Y RESILIENCIA:  
SIGNIFICACIONES PRODUCTIVAS EN LA ESCUELA***

***MEDICALIZATION OF LEARNING AND RESILIENCE: SIGNIFICATIONS  
DEVELOPED IN SCHOOLS***

Regina Lemes dos SANTOS<sup>1</sup>  
Francismara Neves de OLIVEIRA<sup>2</sup>  
Luciane Guimarães Battistella BIANCHINI<sup>3</sup>

**RESUMO:** O artigo discute a promoção de resiliência a partir da análise das significações produzidas no contexto de alunos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) que fazem uso do Cloridrato de Metilfenidato. O modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano foi adotado como aporte teórico-metodológico. A pesquisa optou pela abordagem qualitativa de cunho descritivo-interpretativo e contou com a participação de 40 pessoas, a saber: profissionais da saúde (1 neuropediatra, 1 psicólogo); profissionais da educação (5 pedagogos, 11 professores); 10 alunos e 12 familiares. Os dados foram coletados mediante entrevista no contexto de seis escolas municipais de uma cidade norteparanaense. Os resultados indicaram a necessidade de repensar as práticas avaliativas correntes e revelaram que o processo diagnóstico é demarcado por fatores de risco e de proteção, os quais afetam o processo de aprendizagem escolar. Os dados permitiram inferir que a promoção da resiliência, nesta situação, pode resultar no estabelecimento de redes protetivas, maior inter-relação entre os profissionais de saúde e educação e suporte efetivo aos familiares e alunos usuários do medicamento. Esse contexto resultaria em condições mais favoráveis à vinculação do aluno à escola e a mudanças positivas no processo de aprendizagem escolar dos alunos diagnosticados com TDAH.

**PALAVRAS-CHAVE:** Resiliência. Teoria bioecológica do desenvolvimento Humano. TDAH. Medicalização da aprendizagem. Ritalina.

**RESUMEN:** *El artículo discute la promoción de la resiliencia desde el análisis de las significaciones producidas en el contexto de alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que utilizan el Clorhidrato de*

<sup>1</sup> Universidad Estatal de Londrina (UEL) – Londrina – PR – Brasil. PPG en Educación UEL. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0002-3928-6021>>. Correo: regi\_ped@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidad Estatal de Londrina (UEL) – Londrina – PR – Brasil. Profesora Asociada del Departamento de Educación y Programa de Pós-graduação em Educação. Post-Doctora en Psicología por la USP. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0002-0809-2304>>. Correo: francis.uel@gmail.com

<sup>3</sup> Universidad Norte Paraná (UNOPAR) – PR -Brasil. Docente del Programa de Post-graduação em Metodologias para la Enseñanza de Lenguajes y sus Tecnologías (UNOPAR). Post-Doutora en Psicología por la UNESP. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0003-3523-2752>>. Correo: luannbi@hotmail.com.

*Metilfenidato. El modelo bioecológico del Desarrollo Humano se adoptó como aporte teórico-metodológico. La investigación optó por el abordaje cualitativo de carácter descriptivo-interpretativo y tuvo la participación de 40 personas, a saber: profesionales de la salud (1 neuropediatra, 1 psicólogo); Profesionales de la educación (5 pedagogos, 11 profesores); 10 alumnos y 12 familiares. Los datos fueron recolectados mediante entrevista en el contexto de seis escuelas municipales de una ciudad norteparanaense. Los resultados indicaron la necesidad de repensar las prácticas evaluadoras corrientes y revelaron que el proceso diagnóstico es demarcado por factores de riesgo y de protección, los cuales afectan el proceso de aprendizaje escolar. Los datos permitieron inferir que la promoción de la resiliencia, en esta situación, puede resultar en el establecimiento de redes de protección, mayor interrelación entre los profesionales de salud y educación y apoyo efectivo a los familiares y alumnos usuarios del medicamento. Este contexto resultaría en condiciones más favorables a la vinculación del alumno a la escuela y a cambios positivos en el proceso de aprendizaje escolar de los alumnos diagnosticados con TDAH.*

**PALAVRAS CLAVE:** Resiliencia. Teoría bioecológica del desarrollo humano. TDAH. Medicalización del aprendizaje. Ritalín.

**ABSTRACT:** *This paper broaches the promotion of resilience by analyzing significations developed within the context of students diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) using the medicine methylphenidate hydrochloride (Ritalin or Concerta) The Bio-ecological model of Human Development was adopted as a theoretical-methodological contribution. The research followed the qualitative approach of descriptive-interpretative nature comprising 40 people, namely: health staff (1 neuropediatrician, 1 psychologist); education staff (5 pedagogues, 11 teachers); 10 students and 12 family members. The data were collected by means of interview within a context including six county schools in a Northern Parana State town. The results pointed out the need to rethink the current assessment practices and showed that the diagnostic process is defined both by risk factors and protection, which affect the school learning process. The data allowed us of conclude that the promotion of resilience, under that circumstance, may result in the establishment of affective support networks provided to family members and students using that medicine. Such a context would result in conditions more favorable to link the student to the school and positive changes in the school learning process of students diagnosed with ADHD.*

**KEYWORDS:** Resilience. Bio-ecological theory of human development. TDAH. Medicalization of learning. Ritalin.

## Introducción

La administración de medicina a gran parte de los niños brasileños ha señalado la necesidad de estudios sobre el fenómeno de la medicalización y su relación con el aprender. Itaborahy (2009) anuncia que el aumento de la producción de Clorhidrato de

Metilfenidato – principio activo de Ritalín -, en Brasil, ha acompañado el aumento de su consumo por niños/adolescentes en los últimos años. Niños y adolescentes que utilizan esta medicina comúnmente poseen un histórico de reprobación, abandono escolar y/o dificultades de escolarización, muchas veces asociados a la indisciplina en el aula. Esta lógica ha marcado presencia en los contextos escolares y ha señalado que las dificultades de escolarización son exclusivas del alumno, recurrentes de su falta de disciplina y compromiso con los saberes escolares.

En este artículo trabajamos esta cuestión al fenómeno de la resiliencia en el contexto de alumno diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Para ello, se hizo necesario conocer los significados producidos por distintos sujetos que viven el proceso de medicalización del aprendizaje en un contexto escolar específico. Con base en los significados producidos en los diferentes lugares sociales que constituyen el contexto analizado (profesionales de salud, de educación, familiares y alumnos) buscamos identificar los factores de riesgo y protección pues según el referencial teórico adoptado (Teoría Biocológica del Desarrollo Humano), ellos coexisten, impactando la trayectoria de vida de uno de modo negativo o positivo (POLETTI; KOLLER, 2008).

Adoptamos la Teoría Biocológica del Desarrollo Humano como aporte teórico y metodológico de este estudio, pues evidencia que los fenómenos demandan ser comprendidos desde una red de sentidos, contenidos en su contexto de origen. Este modo de percibir los fenómenos permite comprender que ellos se desencadenan con base en las relaciones interpersonales y el ambiente, de modo recíproco. Anunciando, por lo tanto que el desarrollo humano es explicado por la inter-relación de cuatro elementos: proceso, persona, contexto y tiempo.

El proceso corresponde al mecanismo definidor del desarrollo humano, contempla las interacciones de la persona progresivamente más complejas a lo largo del tiempo, con otras personas, objetos y símbolos existentes en su ambiente inmediato. Los procesos proximales, dependiendo de la naturaleza del ambiente, pueden promover dos efectos sobre la persona: competencia y disfunción.

La persona desempeña papel activo en los procesos proximales y sus características (biológicas, cognitivas, emocionales y sociales) se consideran como producto y productoras parciales en su proceso de desarrollo.

El *contexto* se constituye por el conjunto de cuatro sistemas interconectados. El microsistema representado por el ambiente inmediato en el que ocurren interacciones

frente a frente: familia y escuela, por ejemplo. El mesosistema consiste en el conjunto de dos o más microsistema que se inter-relacionan y la persona participa activamente, como en el caso de las relaciones establecidas en el ámbito de la familia y de la escuela; de la familia y de la iglesia. El exosistema es caracterizado por el contexto en el que uno no es participante activo, pero tiene su desarrollo afectado por los eventos que en él ocurren. Y el macrosistema, de mayor alcance, engloba pues los demás y es representado por las ideologías, creencias, religiones y valores, los cuales ejercen influencias sobre el modo de vida de las personas.

El *tiempo* o también llamado de Cronosistema, marca los movimientos de los procesos proximales. Él condiciona el impacto, la influencia y el sentido de los eventos en la vida de un individuo o población es caracterizado por distintos intervalos de tiempo: tiempo inmediato, días, semanas y años. De este modo al ser estudiadas las prácticas medicinales del aprendizaje escolar, la voz de los diferentes protagonistas de este contexto es destacada, pues hace surgir un conjunto de significados propios a un tiempo y espacio de interacciones y permite que en este contexto se encuentren relaciones con la promoción de la resiliencia en la escuela.

El tema de la resiliencia en Educación es relevante para la investigación pues la institución escolar representa un microsistema complejo que impacta al desarrollo humano, recurrente de las significaciones producidas tanto por los sujetos que lo constituyen directamente (profesionales de la Educación y alumnos), como por los sujetos con los cuales la escuela interacciona, familiares y profesionales de la salud, por ejemplo en alianzas firmadas con la escuela, como es el caso del contexto analizado.

La literatura nacional disponible revela la importancia de estudios que acerquen la relación escuela+familia, escuela+salud, escuela+comunidad, en lo que respecta a la producción de resiliencia. En ellos hay indicación de que los contextos escolares investigados presentan, en relación de correspondencia, factores de riesgo y de protección, la escuela es enfatizada como ambiente favorable a la producción de resiliencia (POLETTI; KOLLER, 2008; SCRIPTORI; BORGES JÚNIOR, 2010; LIBÓRIO, 2009; OLIVEIRA; MACEDO, 2011; BAZONI, 2014).

En este sentido, la medicalización del aprendizaje y las significaciones atribuidas al uso de medicinas como condición para aprender, en el caso de alumnos diagnosticados con TDAH es tomado como objeto de estudio para investigar posibilidades de promoción de resiliencia en este contexto.

## **Resiliencia: proceso de enfrentamiento positivo en contexto de medicalización del aprender**

Los primeros estudios realizados por la Psicología referentes a la resiliencia comprendían que el equilibrio psíquico, en respuesta a las adversidades de la vida, consistía en una característica intrínseca, propia de algunas personas. Sin embargo, estudios posteriores consideraron la existencia de procesos positivos en las relaciones que las personas establecen en contexto y con otras personas, las cuales influyen los significados que atribuyen al vivido, constituyendo modos de enfrentamiento positivo. Así, las vivencias del sujeto mientras que influyen son influyentes en los contextos en los cuales se está insertado y respectan a las interacciones con personas, objetos y símbolos presentes. La resiliencia asume, así sentido relativo, pues se relaciona a las inter-relaciones en el contexto y a las circunstancias que lo constituyen (RUTTER, 1985 apud YUNES; SZYMANSKI, 2002; YUNES; JULIANO, 2010).

Yunes (2003) habla de la necesidad de pensar la resiliencia bajo la perspectiva de los aspectos saludables y del suceso experimentado por los sujetos, los cuales contribuyen positivamente para el proceso de enfrentamiento de la adversidad vivida. Para la autora, pensar la vida por el punto de los aspectos saludables tiene más sentido que enfatizar los desarreglos y fallas que están presentes en las relaciones que el sujeto establece en contexto. La resiliencia en contexto permite minimizar los riesgos del discurso clasificatorio que desconsidera la posibilidad del sujeto elaborar y desarrollar estrategias de enfrentamiento en el contexto en que está insertado y en el establecer algún tipo de interacción que favorezca su proceso de desarrollo.

El abordaje ecológico de Bronfenbrenner, a su vez, se caracteriza como un modelo teórico que da visibilidad a la resiliencia por proceso. Esto porque en ella son consideradas las relaciones interpersonales y el ambiente, donde la resiliencia puede estar presente. Según Bazoni (2014, p. 31), “[...] el ambiente y sus componentes hacen parte del fenómeno en proceso y comprenden la relación entre el contexto y las características de la persona en desarrollo”.

Según Cyrulnik (2001), el enfrentamiento de las condiciones adversas también es recurrente de la movilización de recursos internos y externos de que uno dispone. Así persona y proceso interaccionan. El proceso involucra hechos que interaccionan de forma constante y que, según Benetti e Crepaldi (2012, p. 16), “[...] actúan en el proceso de resiliencia como factores protectores o de riesgo, facilitando y

potencializando (positivamente/negativamente) los eventos presentes en la vida del individuo [...]”.

La naturaleza procesual de la resiliencia empieza anunciarse desde un juego de fuerzas que recurre de la relación entre los factores de riesgo y protección presentes en el contexto, los cuales pueden influenciar negativa o positivamente los modos de producción de sentido de las personas acerca de un determinado evento. Los eventos que pueden causar perjuicios al desarrollo y a la existencia de la persona son caracterizados como factores de riesgo. Este potencializa las chances de desestabilizar la vida del individuo, de grupos y comunidades puesto que puede comprometer el proceso de desarrollo humano y las relaciones que se establecen en contextos (YUNES; SZYMANSKI, 2002; MORAIS; KOLLER, 2004).

Sin embargo, los efectos de riesgo pueden ser minimizados por intermedio de las respuestas que emergen de las relaciones que la persona establece en contexto y esto se constituye resiliencia. Esta capacidad de “neutralizar” el impacto negativo de la adversidad y ofrecer soporte al proceso de enfrentamiento de uno es nombrada factor de protección (RUTTER, 1985 apud YUNES; MIRANDA; CUELO, 2004). El sentido de protección puede ser caracterizado por muchos efectos que pueden favorecer el cambio del trayecto de vida del individuo frente al riesgo, influenciándola positivamente al posibilitar la producción de respuestas de carácter protector.

Eso dicho, reflexionar sobre el proceso de la medicalización del aprender en la escuela parecer tener sentido y se muestra relevante dada la intención de identificar estrategias de resiliencia en este contexto. De este modo, se manifiesta la necesidad rescatar los factores protegidos presentes en la relación de enseñar y aprender, los cuales pueden ser promotores del desarrollo del alumno.

Según Collares y Moysés (2011, p. 25), la medicalización recurre del “[...] proceso de transformar cuestiones no-medicadas, eminentemente de origen social y política, en cuestiones médicas, esto es, intentar encontrar en el campo medico las causas y soluciones para problemas de esta naturaleza”. Según las consideraciones de las autoras, las cuestiones de orden social y política pasan a someter como de orden individual. Se estructura un discurso indicador de que el problema es exclusivo del alumno y que enfriamiento más cierto es tratar el síntoma en lugar de las causas favorecidas de su manifestación. En la medida en que se atribuye sentido de trastorno a las respuestas (síntomas) humanas al que no está bueno, queda el tratamiento terapéutico y/o farmacológico, incluso al proceso de aprender.



Bonadio (2013, p. 123) recuerda que: “Medicar las dificultades en la escolarización quita las posibilidades de las políticas educacionales y el poco investimento en la educación”. La resiliencia como proceso y las prácticas de utilización de medicinas en el contexto escolar pueden señalar que las interacciones que ocurren entre las personas y sus contextos posibilitan la elaboración de significados acerca del vivido. Dislocar la mirada de puntos aislados del contexto y visualizar la integración de los elementos sistémicamente involucrados puede favorecer el alcance de las relaciones que se establecen entre ellos, así como el análisis de los factores de riesgo y de protección que constituyen el contexto.

### **Camino recorrido en la investigación**

La investigación de abordaje cualitativa se desarrolló en la modalidad de estudio descriptivo (GIL, 2008). Al adoptar la perspectiva bioecológica del desarrollo humano como aporte teórico-metodológico, enfatizó la producción de los sentidos en contextos (YUNES; MIRANDA; CUELLO, 2004).

Analizamos los modos de concebir y tratar del proceso diagnóstico, materializado en la relación encaminamiento-diagnóstico-prescripción de medicina, presentado en el recorte elegido para discusión en este artículo – las significaciones producidas por distintos grupos de sujetos (profesionales de la educación, profesionales de salud, familiares y alumnos), involucrados en un contexto en el que la medicalización del aprendizaje ocurre – y de este modo, identificar los factores de riesgo y protección presentes.

Fueron seleccionados 40 participantes: 1 psicólogo, 1 neuropediatra; 5 pedagogos, 11 profesores; 10 alumnos, 12 familiares. Los alumnos y respectivos familiares son asistidos por los profesionales de salud participantes de la investigación y atendidos en la escuela por los profesores y pedagogos que también han compuesto el grupo de participantes del estudio. Seis escuelas municipales del medio urbano del estado de Paraná fueron involucradas. Adoptamos la entrevista como instrumento de la investigación y el software MaxODA como organizador de los datos colectados, facilitando su manipulación para análisis de los hallazgos de la investigación.

## Los participantes, sus lugares en el contexto y las significaciones atribuidas al alumno diagnosticado y la atención prestada - Significaciones producidas sobre el alumno diagnosticado con TDAH

Presentamos en este artículo dos ejes de análisis que revelan significaciones presentes en el contexto estudiado. En primer lugar, aquellas atribuidas a los alumnos diagnosticados con TDAH y que utilizan la medicina (metilfenidato) y posteriormente las significaciones atribuidas al proceso de encaminamiento, pasando por el diagnóstico hasta la prescripción del uso de la medicina. Considerando como el alumno con TDAH es percibido en este contexto, destacamos algunos testimonios representativos de las significaciones producidas en los distintos lugares sociales del contexto, ocupados por los distintos lugares sociales del contexto, ocupados por los distintos participantes del estudio.

En el relato de los participantes del grupo de “profesionales de la educación” (pedagogos y profesores), las características atribuidas al sujeto con TDAH son recurrentes, expresadas por medio de una lista de comportamientos inadecuados a las condiciones de aprendizaje: “*desarreglado*” (PE1), “*habla todo el tiempo*” (PE2), “*falta de interés*” (PE3), “*agitación*” (PE4, P11), “*sin límites*” (PE5), “*no prestan la atención*” (P1, P6), “*agresivo*” (P2, P4), “*imprudente, raro*” (P3), “*ruidoso*” (P5), “*molestan*” (P7), “*pesado*” (P8, P10). Las hablas de los participantes parecen indicar que este alumno diagnosticado es percibido como un problema para las relaciones que establece con sus pares en el contexto de la escuela.

En el grupo de los ‘profesionales de salud’, se destaca el modo como la psicóloga caracteriza a los alumnos con TDAH, que sugiere correspondencia con las quejas que les llegan por los profesionales de la escuela y que, según la psicóloga, son conferidas por ella según aquellas indicadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – DSM IV (vigente en el momento en que los datos del estudio fueron colectados).

La psicóloga menciona que encamina anticipadamente a la escuela un formulario, a responderse por el profesor, referente a las dificultades escolares del niño. “Nosotros hacemos un levantamiento desde un test formal de la psicología – son preguntas y respuestas direccionadas al profesor respecto a la conducta del niño” (PS). Es la psicóloga que evalúa la pertinencia de la atención por el neuropediatra.

En este contexto, es posible percibir un encadenamiento de acciones entre los profesionales de la educación y la psicóloga, antes que haya un encaminamiento del



alumno al neuropediatra. Hay aquí dos cuestiones a discutir: una de ellas señala protección – integración entre profesionales multidisciplinares. Estos aspectos constituyen riesgo, desde el punto de vista de las discusiones que realizamos y de la postura de la literatura que trata de la resiliencia como proceso.

Para el neuropediatra, el perfil del alumno se ve en el habla: “*Ansiedad, manía, dificultad de tratar la frustración, problemas relacionados a la inadecuación social, comportamientos antisociales [...] Entonces nosotros mejoramos todo eso con la prescripción de la medicina*” (NP). Se depende que las dichas características atribuidas al alumno no constituyen la mejor forma de inserirle en los contextos y constituirse como persona.

Esto dicho, cuestionamos: ¿Qué puede ser comprendido como comportamiento antisocial? ¿La agitación en el aula? ¿La dificultad de autocontrol? ¿La agresividad que puede ser recurrente de su aislamiento y segregación recurrentes? ¿La dificultad de tratar la frustración en una historia de vida marcada por el rechazo?

Barbarini (2011, p. 109) afirma que “[...] los diagnósticos y el tratamiento silencian la verdad del niño y toda la sociedad recrea su imagen como un desviante, un peligro, una amenaza que debe ser contenida para el bienestar de los demás y para su propio”. Así los alumnos diagnosticados con TDAH han sido silenciados, sobretodos por la imagen socialmente construida respecto de ellos, validada en el ‘checklist’ que ignora las singularidades de estos sujetos por la medicina.

Reconocemos que los efectos de estos comportamientos en la dinámica escolar son dañosos pues cambian el funcionamiento y dificultan el trabajo del profesor. Sin embargo, es necesario estar atento en cuanto al diagnóstico y al rotulo que de él recurre cuando la historia de vida del alumno y el mapeo del contexto escolar son desconsiderados.

En el “grupo de familiares” las significaciones producidas sobre las características de los alumnos (hijos) diagnosticados con TDAH remiten a comportamientos que perjudicaban las relaciones con sus pares, en la escuela y en la familia: “*no se paraba*” (F1), “*no prestaba la atención*” (F2, F12), “*no hacía la tarea*” (F3), “*era agresivo*” (F6, F8, F10). Para los familiares, la relación con el niño diagnosticado con TDAH aparece marcada por sentimiento de impotencia y frustración, especialmente porque las reprensiones de los profesionales de la escuela indican que ellos son omisos en el proceso de cuidado y educación del niño. En este sentido, las

calificaciones atribuidas al alumno pasa a constituir riesgo pues accionan el alerta (estigma de diagnóstico) a las relaciones (BARBARINI, 2011).

Considerando la teoría Biológica de Bronfenbrenner (1986, 2011), se percibe que la identidad no se constituye sólo basada en los atributos propios de la persona, pues ella recibe influencias del medio social. La persona internaliza las ideas y los conceptos que se elaboran en su respecto y así pasa a resignificar la propia imagen.

De acuerdo con el “grupo de alumnos”, el modo por el cual se perciben en las interacciones que establecen en el contexto familiar parece ser positivo pues afirman que son considerados en casa como los hijos buenos. El habla de A2 hace referencia a su autoestima y la de A5 al criterio de normalidad, lo que iguala a los demás alumnos del aula: “*Les parezco guapo*”, “*trabajador*” (A2), “*creen que yo soy un niño normal*” (A5). Las hablas evidencian el cuanto las impresiones del adulto interfieren en la percepción que la persona elabora de sí.

Los alumnos participantes también han declarado que se consideran ‘buenos alumnos’ y saben de esto porque los adultos les hablan respecto a: “*en razón de las notas que yo he sacado*” (A2); “*que yo me porto bien*” (A5), “*hago las cosas que la tía dice*” (A7). La mejora de las notas y del comportamiento aparece correlacionada al avance en el desempeño académico. En estas condiciones, el hecho de los alumnos entrevistados haber mostrado permeables a la actuación del otro y deseado esta interacción, constituyen factores de protección.

Otro aspecto a destacar en las significaciones producidas desde los distintos lugares sociales de los participantes en el contexto es el determinismo biológico, en la atribución de las causas para el hecho de no aprender que, de acuerdo con la antropología se concibe como un tipo de doctrina que predica la idea de que las acciones humanas son determinadas por cuestiones de orden biológica, desconsiderando otros elementos que actúan en su proceso de desarrollo e influyen los modos de insertarse en los contextos (LARAIA, 2001).

Indicios de este tipo de discurso se observaron en los testimonios de los pedagogos y profesores, con énfasis en los aspectos biológicos en el diagnóstico de TDAH, indicando que ‘el alumno es’: “*ellos son agitados*”, “*son despistados*” (PE3), “*son agresivos*”, “*no consigue concentrarse*” (P6). Así el diagnóstico de TDAH permite de cierto modo, legitimar y cristalizar la idea de que el alumno no logra por sí mismo controlar el comportamiento pues es portador de un trastorno por lo tanto necesita ser tratado con medicina.

Las significaciones de los ‘profesionales de salud’ también anuncian el modo determinista de percibir el sujeto con TDAH. La psicóloga menciona el modo como procede en la atención del alumno: “*Nosotros hacemos la evaluación en ellos (niños)*”. Esta frase revela una mirada que localiza el problema en el alumno. Por medio de un protocolo de chequeo de síntomas, el alumno es diagnosticado como teniendo ‘en él’ una justificativa para el hecho de no aprender.

La visión determinista del sujeto también se muestra en el habla del neuropediatra, al afirmar que el problema es biológico, pero que basta tratarse: “*Muchos niños descubren: ‘yo tengo una dificultad específica que basta tratar y yo voy a lograr dar cuenta de la escuela y de mi vida en casa’*” (NP). Sin embargo, está implícito que hay un problema de orden biológica que explica los desarreglos en el proceso de aprender, suponiendo que el aprendizaje sea resultante de la condición biológica del sujeto. Eso dicho la mendicación empieza a ser condición para que el sujeto aprenda.

Según Luengo (2009, p. 97), la construcción social del síntoma es desconsiderada en cuanto el síntoma individual es legitimado: “[...] reduciéndola a un ser que aislado debe dar cuenta de sus manifestaciones insanas que no son aceptas en el ámbito escolar”, en el familiar o en el otro contexto que el niño frecuente.

Aun considerando la expresión del neuropediatra, se encuentra la preocupación en relación al alumno que presenta características clínicas de TDAH y llama la atención respecto al cuidado para que el niño no sufra desnecesariamente, puesto que hay recursos disponibles para estos alumnos. “*Lo más importante es no dejar al niño sufriendo en vano en la escuela, necesita evaluárselo, tiene bajo rendimiento por alguna razón, hay que evaluárselo...*” (NP).

Percibimos que el hecho de este profesional mostrarse atento al sufrimiento del paciente constituye una práctica de cuidado importante volcada al bienestar de los que llegan para la atención. Esto porque su trabajo en conjunto con los dos demás profesionales que componen la red de atención multidisciplinar puede contribuir para que el alumno pueda restablecer sus relaciones con el aprender en la escuela y en los contextos en que se interrelacionan.

Las significaciones de los “profesionales de la escuela y de la salud” evidencian las marcas del discurso determinista y asociamos este modo de atribuir sentido a la persona con TDAH a los mecanismos de riesgo, pues reflejan en las relaciones del alumno con sus pares y con el saber. Se entiende que esta caracterización de los adultos

denota un tipo de sentencia al alumno, puesto que ‘ser TDAH’ señala un estado permanente, que demanda al sujeto sólo asumir la condición.

En la percepción del grupo de ‘familiares’, el comportamiento del hijo es tan reprochable como escuchan decir. Ellos afirman que le corrigen al hijo y también señalan que puede construir una frase del desarrollo infantil. También mencionan la cuestión afectiva presente en la relación con el hijo. “*Aquí él es normal porque no existe eso de que los niños no hacen arte en la vida, ¿no? En el momento nos ponemos bravos con él, de entonces él ya no hace*” (F2), “*Dice que les muerde a los alumnos. En casa él no es así. Es cariñoso. Yo también fui niño. Piensa en un niño artero que yo era. Sólo hoy soy una persona normal, creo que son fases*” (F9).

Observamos también que los familiares no relacionan el comportamiento del hijo a un tipo de disfunción biológica que demanda tratamiento médico. Entendemos que este discurso empieza a reproducirse en recurrencia del contacto con personas que adoptan el discurso biológico. “*La profesora un día llamó y dijo: ‘Usted tiene que ir a ver lo que vamos a hacer con los pibes. Yo fui y ellos dijeron así: ‘Tu pibe tiene problema’*” (A3). “*Fue cuando la profesora empezó a decir que yo debería hacer un eléctrico en la cabeza. Hasta que yo lo hice y hubo problema*” (F8).

La búsqueda por ayuda, según los relatos de A3 y A8, fue motivada por el ingreso del niño en la escuela, señalando la necesidad de atención especializada. Sobre el hecho de la familia no percibir el comportamiento ‘anormal’ presentado como tema médico, según Luengo (2009, p. 15), “Los padres influenciados por las quejas de los educadores empiezan a buscar por ayuda médica y psicológica con el intuito de sanar tales comportamientos considerados *anormales*, lo que implica en la medicalización, que surge como principal medio de ‘solucionar’ el problema”.

Al reflexionar sobre la presencia de los factores de riesgo y protección existentes en los contextos, valiéndonos de las interrelaciones que los sujetos establecen, percibimos que la actitud de los padres de llamar la atención, explicando las consecuencias del acto reprochable, constituye protección. Se evidencia que de hecho rever las prácticas educativas constituye una buena estrategia para el cambio de comportamiento.

Los datos señalan que se presenta a los padres la búsqueda por el diagnóstico y por el laudo del neuropediatra no como alternativa, sino que él está arelado a la condición de acceso y permanencia del alumno en la escuela. El poder del laudo confiere a las partes involucradas en el proceso diagnóstico el sentido de “tranquilizar

los conflictos que no-se-aprende-en-la escuela genera” (COLLARES; MOYSÉS, 2011, p. 10). Este efecto tranquilizador conferido por el laudo a las relaciones puede comprometer de este modo el proceso de aprendizaje, ‘simplemente’ porque no hay lo que hacer y las relaciones empiezan a remediarse.

En búsqueda de aprender si los alumnos participantes tienen dificultades para aprender lo que se enseña en la escuela, muchos contestaron que sienten esta dificultad: “La única dificultad que no tengo es en Portugués... (A2), “Sólo a veces en la escuela hay unas cuentas” (A3), “Las cuentas de dividir” (A4). Sin embargo, las contestas de estos sujetos permiten observar que demuestran tener expectativas positivas en relación a la posibilidad de aprender. Estas expectativas representan aspectos importantes para el análisis de los procesos y el modo como se relacionan consigo y con el aprendizaje en la escuela.

### **Significados atribuidos a los procedimientos adoptados**

Del mismo modo como presentamos un recorte de las principales significaciones extraídas de las hablas de los distintos grupos de participantes del estudio referente a los alumnos con TDAH, presentamos ahora los significados producidos en este contexto, acerca del modo como se perciben los procedimientos adoptados, desde el encaminamiento hasta el uso de la medicina.

Las significaciones de los ‘profesionales de educación’ anuncian la existencia de una red de apoyo y buscan asegurar que los encaminamientos a los ‘profesionales de la salud’ sólo ocurran tras ‘observar bien’ el proceso de aprender del alumno en el aula y la realización de la anamnesis con la familia. “[...] *Nosotros encaminamos sólo después de mucha investigación, de mucha observación... En el caso para la psicóloga, fonoaudióloga y neuropediatra*” (PE5). “*Primero nosotros vemos la dificultad de aprendizaje del alumno. [...] Entonces encaminamos hacia la psicóloga. En este momento usted ya siente la necesidad... de medicina*” (P6).

El proceso de sondaje realizado por estos profesionales puede favorecer la ubicación de dificultades que no hayan sido percibidas en las interacciones con el alumno en el cotidiano o confirmar la idea de que él de hecho necesita atención especializada, lo que nos hace creer en la posibilidad de que las acciones de estos profesionales constituyen protección.

Poletto e Koller (2008) afirman que los factores de protección son relevantes al proceso pues permiten contrabalancear el riesgo que la circunstancia favorece. De este modo la trayectoria de la persona puede ser cambiada en relación a las experiencias de cuidado y superación.

La psicóloga (PS) relató que, inicialmente evalúa al alumno y realiza el “[...] asesoramiento a los padres, de profesores, acompañamiento académico” (PS). Comprendemos que, así como los profesionales de la escuela, la PS tiene el cuidado de investigar lo que puede estar ocurriendo en el proceso de aprendizaje vivido por el niño en la escuela.

El neuropediatra comenta que, en la atención que realizada suele hablar con el paciente, con el fin de amenizar el efecto negativo que en regla es asociado a la consulta médica. *“Yo tengo el hábito siempre de saludar a los pacientes pequeños, desde entonces ellos se relajan”* (NP)

El relato del NP señala que la relación médico-paciente parece ser pautada en la confianza y seguridad. Esto puesto, el cuidado del profesional de establecerse vínculo con sus pacientes (niños y adolescentes) puede considerarse factor de protección.

El participante NP añade que realiza asesoramiento a los padres y la orientación a la escuela sobre cómo proceder. *“No es sólo asesoramiento... Oriento a la escuela como tratar, como direccionar la parte pedagógica. Paso sitios, libros, enlaces que puede entrar para aumentar a su nivel de conocimiento”* (NP). El habla del participante revela la tonada de compromiso con el paciente, al relatar que orienta la escuela a cómo direccionar las cuestiones pedagógicas del profesor, lo que nos parece constituir un factor de protección.

En lo que respecta a la frecuencia de las atenciones a los alumnos que presentan reclames relacionados al aprendizaje, las hablas de PS y NP nos indicaron que ellos son esporádicos. Según la psicóloga, son condicionados por la necesidad de atención que se manifiestan en el cotidiano escolar. *“No hay un tiempo, pero a medida que es necesario, que la profesora, la directora percibe que hay alguna intercurencia y que es necesario entonces volver”* (PS), *“En media de dos hasta cuatro meses de retorno, depende de cada caso...”* (NP).

De acuerdo con la perspectiva bioecológica, las intervenciones suponen actividades regulares que deben ocurrir en períodos prolongados de tiempo, para que sea posible pensar el desarrollo humano. Cuando las actividades son irregulares y



descontinuas, ellas inviabilizan la formación de vínculos entre las personas y la promoción de desarrollo puede comprometerse (YUNES; JULIANO, 2010).

En este sentido, las acciones descontinuas de acompañamiento del alumno por parte del psicólogo y del neuropediatra se pueden asociar a factores de riesgo, impidiendo que los avances y las conquistas del paciente sean conocidos. Es por esta razón que el modelo Bioecológico hace mención al exosistema y macrosistema, señalando que las políticas públicas deben ser favorecedoras de la formación de redes de apoyo. En el caso de este estudio, las acciones de los profesionales de la salud y de la educación son orientadas por políticas que no favorecen a la constitución de redes, aunque haya muchos profesionales involucrados en la atención.

Sin embargo, verificamos la preocupación de continuidad y de verificación de la evolución del tratamiento en las hablas de PS y NP. Esta postura proactiva en dirección hacia una atención multidisciplinar puede desencadenar acciones que constituyan factores de protección en este contexto.

En relación a los cambios de informaciones con la familia y con los profesionales de la salud involucrados en el proceso diagnóstico, algunos “profesionales de la educación” (Pedagogos) declararon que hay familiares que están preocupados con el hijo, mientras que otros no perciben esta necesidad. “*Los alumnos que la familia es desestructurada, no. Ya no están así con el hijo [...]*” (PE2).

En la comprensión de PE2, el intercambio de informaciones con la familia respecto al alumno con TDAH ni siempre ocurrió, por cuenta de su configuración y condiciones objetivas. La creencia arraigada en los polos ‘familia estructurada: padre, madre e hijos vs. Familia desestructurada: otras configuraciones familiares’ es la explicación dada por los profesores para la inexistencia de un proceso coeso en el acompañamiento del alumno. Patto (1992), al denunciar el discurso de la carencia cultural, hace referencia a esta cuestión:

Esta representación peyorativa de los pobres, generada desde el lugar social de la clase dominante y en consecuencia con sus intereses, se acampó por la Psicología y se puede encontrar en la teoría de la carencia cultural cuando afirma que el ambiente familiar en la pobreza es deficiente (PATTO, 1992, p. 111).

Tales formas de pensar señalan riesgo al proceso de aprender, pues se naturaliza la idea de que ‘no está cierto’ y que invertir esfuerzos en este sentido es en vano,

puestas las características que la familia posee: desestructurada y carente económicamente.

Por otro lado, los profesores perciben la familia como una compañera en el proceso de cambio de informaciones acerca del alumno con TDAH. Esto porque las visitas de algunos padres no se resumen a las solicitudes de la escuela. Los participantes también se refieren a los cambios que ocurren afuera del espacio escolar, lo que lleva a asociarse a los tipos presente y participativo. *“En las reuniones cuando él está, cuando hay él viene, cuando yo lo llamo viene. Pero a veces el también viene... es un padre preocupara, bien presente”* (P4). *“Nosotros estamos siempre en contacto. [...]A veces, la madre me encuentra por la calle y dice: ‘Ei, profesora, está así, así’... Siempre que necesita nosotros la llamamos, ella viene a la escuela”* (P6).

El modo como los profesores perciben la familia en el dicho proceso constituye protección, según el presente aporte teórico, pues tales sentidos pueden cambiar el modo como los sujetos se insieren en el proceso y participan de él.

En lo que respecta a la comunicación entre los profesionales involucrados en el proceso diagnóstico, los “profesionales de educación” declararon que el contacto con el psicólogo es más cercano (reuniones, informes y recados) y con el neuropediatra es más lejano porque ocurre sólo vía informe. *“[...] con la psicóloga yo hablo y envío los informes y con el neuropediatra es informe”* (PE4), *“decir así que yo leí un informe del psicólogo o del neuropediatra que le atendió y envió a nosotros, no nunca leí”* (P4), *“yo no tengo mucho contacto con la psicóloga. El neuro de mis niñas sinceramente no sé quién es”* (P5).

Los datos evidencian que la comunicación existente (vía informes) es insuficiente. Reconocemos que el informe tenía muchos puntos positivos, pues contempla el que ya se hizo, las intencionalidades de intervención, las demandas, además de orientar a las discusiones conjuntas. Sin embargo, no sustituye los cambios interpersonales.

Barbarini (2011) señala que el informe posibilita reducir la distancia entre los profesionales, también refiere que él asume el sentido de control sobre el comportamiento del niño y reduce la necesidad de que ella tenga voz en el proceso diagnóstico. La observación anterior ayuda a pensar que ni siempre el informe es utilizado en favor del desarrollo de la persona.

Consideradas tales cuestiones, el modo como son significados los cambios ocurren entre los profesionales que componen la red de atención provoca tanto factores de riesgo como de protección. El riesgo aparece en la relación vertical que define la

comunicación entre los involucrados en el proceso diagnóstico, que no ocurre sin que los participantes (profesores) la perciban. Y la protección se manifiesta por dejar subentendida la necesidad de rever las prácticas que son traducidas en el trabajo de la red, con el fin de que ella pueda ser fortalecida y todos los participantes puedan realizar trabajo eficaz.

En lo que respecta a la comunicación entre los sujetos involucrados en el proceso diagnóstico, el neuropediatra (NP) argumenta: *“Yo ya sé las preguntas que yo tengo que hacer, yo tengo las preguntas direccionadas y la familia ayuda. Algunos casos de padres que tienen un nivel sociocultural muy bajo, estos van a tener dificultad de dar un direccionamiento”*.

El habla de NP nos permite inferir que hay un bloqueo lingüístico existente entre él y la familia. Parece constituir riesgo el modo como el neuropediatra significa su relación con la familia pues de cierto modo, lo exime de empeñarse para explicar, dada la creencia de que ella no va a comprender lo que él tiene a decir. El lenguaje hablado huye de la función de comunicación para constituirse como instrumento de poder (BOURDIEU, 1983).

Mi familia busca formas de tratar las solicitudes de los profesionales de la escuela y de la salud. Los relatos anuncian la resistencia en aceptar el encaminamiento del alumno: *“Tomó los treinta días. Tuve miedo. Fui cortándole al medio, casi todo el mes”* (F1) así como la negligencia de la escuela por no haber realizado los encaminamientos que la familia entiende como necesarios: *“No hubo apoyo de la escuela. La profesora se rehusó y dijo que él no tenía nada”* (F4).

Identificamos en este proceso, riesgo y protección se contraponiendo. Pueden ser representativos del riesgo: la resistencia de la familia cuando de hecho el alumno necesita de atención y la búsqueda por el diagnóstico cuando se vuelve una constante entre las familias que afirman no dar cuenta del hijo. Por otro lado, la resistencia de la familia puede ser protección cuando se siente amenazada e insegura en el proceso y en especial cuando la medicina asume el protagonismo en detrimento del alumno y su proceso de desarrollo.

Otros sentidos de riesgo y protección se manifiestan: riesgo cuando en el lugar de ampliar el universo de informaciones sobre lo que ha despertado los síntomas de TDAH, él amplía las posibilidades de encerrar el diagnóstico. Sentido de protección, cuando el encaminamiento hacia el especialista de la neuropediatría constituye el apoyo

que algunas familias necesitan para mejorar las relaciones con sus niños/adolescentes y para sentirse ciudadanos como los padres, ante una demanda difícil a conducir.

Todos los ‘profesionales de la educación’ entrevistados afirman que hay mejora en el aprendizaje de los alumnos tras el uso de la medicina: “*empezó a despertar*”; “*facilidad de concentración*”; “*ahora está aprendiendo*”; “*agarró interés*”; “*quiere aprender*”; “*perdía la memoria muy rápido*”; “*hace con que el alumno pare*”; “*están más tranquilos*”; “*tranquilos*”; “*no molesta a nadie*”; “*realiza las actividades propuestas por el profesor*”, “*presta la atención en el profesor*”, “*socialización*”.

Las representaciones de estos participantes expresan efectos de competencia, los cuales favorecen el involucramiento del alumno en la realización de actividades en clase. En este sentido, medicina puede ser representativa de protección pues el alumno empieza a presentar mejoras en algunas condiciones de aprender.

La medicina parece asumir sentido ‘mesiánico’ ante el hecho de aprender. En la condición de que el alumno esté ‘saludable’, todo es posible, pues son sus fuerzas internas que dictan la posibilidad de aprendizaje (ASBHAR; NASCIMENTO, 2013). Sin embargo cuando la medicina es tomada como un garantizador del aprendizaje puede constituirse riesgo pues el proceso de aprender demanda un conjunto de aspectos que van más allá de las condiciones ‘saludables’ de la persona.

La psicóloga entrevista relata que el uso de la medicina por el alumno ocurre mediante prescripción médica. “*Nosotros encaminamos hacia el neuro, es él que hace la prescripción de la medicina*” (PS). El neuropediatra informa que la condición inicial para ella se realice es la sospecha de que el niño presente el TDAH: “[...], primero yo tengo que tener una sospecha de que el niño tiene TDAH. Yo siempre digo que el remedio es el primer paso, el segundo paso son las intervenciones multidisciplinares, la participación de la familia [...]” (NP). El neuropediatra comenta la importancia de la atención de otros profesionales, de los intercambios con la familia, paralelo al tratamiento medicamentoso.

Sobre la relación de la medicina con el aprendizaje, la PS señaló elementos que ultrapasarón el suceso académico pues lograron la construcción de la identidad del alumno. El NP señaló la atención como la principal beneficiada, dada la mejora de la: “*memoria*”; “*persistencia*”; “*percepción*”; “*coordinación motora*”; “*ritmo*”; la “*capacidad interpretativa*” (NP).

Los familiares también declararon que la medicina interfiere positivamente en el aprendizaje, siendo asociada a la mejora de la atención. Sin embargo, el habla de F9 nos

hace reflexionar sobre las consecuencias de quitar la medicina: *“Si el la deja, yo pienso que no va a hacer nada en la escuela. Porque él no hacía nada antes, primera y segunda serie él reprobó”* (F9).

La participante F9 afirma tener miedo que sin el uso de la medicina el hijo pueda retroceder en relación a los estudios. Comprendemos que la posibilidad de tener que hacer uso de la medicina para toda la vida sea de riesgo, pues parece generar angustia a los padres, puesto que la medicina aparenta ser la única forma de aprender que los profesionales de la escuela y de la salud anuncian.

Preguntamos a los alumnos si utilizaban la medicina, cuál era el nombre de él y la razón. Todos los participantes afirmaron que usaban y supieron nombrarlo, pero ni todos supieron relatar la razón de haber que utilizarlo, como en los casos: *“El médico no explicó muy bien, pero él dijo que yo tengo que tomar para toda mi vida. Veinte, treinta, cuarenta años”* (A2), *“Lo que sé es que tengo que tomar”* (A4).

Considerando que la franja etaria de los alumnos que toman la medicina esta entre seis y trece años de edad, el hecho de tratarse de una medicina de uso continuo que atraviesa el proceso de desarrollo de estos sujetos necesita cuestionarse, sobretodo en razón de los posibles efectos fisiológicos ocurridos por el uso continuo de la medicina.

En este sentido, identificar los factores de riesgo y protección constituye tarea importante para comprender como se encuentran ‘organizadas’ las relaciones que atraviesan el proceso diagnóstico y permite evidenciar la resiliencia en contexto. Esto porque la resiliencia consiste en un proceso elaborado con base en la relación riesgo-protección que no se excluye pero favorecen el movimiento de reconstrucción de un dicho evento.

El equilibrio de fuerzas se manifiesta conforme las significaciones de los participantes permitieron observar, puesto que cada uno de ellos a su modo, ha se mostrado ocupado y preocupado en hacer el mejor para que el alumno pueda desarrollar e insertarse de la mejor forma en los contenidos, aún ante las limitaciones presentes en el proceso que nos fue relatado.

### **Consideraciones finales**

Las significaciones de los participantes revelaron la prevalencia de discursos que categorizan al sujeto que posee el diagnóstico de TDAH. Los rótulos empleados al alumno con TDAH, señalados por los grupos de participantes, pueden ser asociados a las disposiciones inhibitoras que muchas veces representan entabes al proceso de

desarrollo de la persona, conforme sugiere la lista de atributos negativos señalados por los participantes para definir el alumno con TDAH: agitado, agresivo, indisciplinado, “atascado”, amenaza al ambiente y a los compañeros.

Sin embargo, riesgo y protección también se encuentran en el contexto de diagnóstico y de encaminamiento. Las acciones de los que están envueltos revelan muchos matices de la formación que poseen, de la visión acerca del TDAH, del aprendizaje y de los familiares. Todo eso se vincula a las políticas públicas orientadoras del funcionamiento de la red en estos espacios e atención y constituye el contexto en el cual los sentidos son producidos y empiezan a garantizar las acciones en estos espacios.

Los resultados del estudio llevaron a la comprensión de que el uso de medicina por alumnos ni siempre constituye riesgo al proceso de aprendizaje. El cuestionamiento se vuelca a las cuestiones en las cuales el uso de medicinas representa la condición de acceso y permanencia del alumno en la escuela, en que las estrategias de abordaje a la familia son coercitivas y la llevan a creer que la medicina consiste en el único recurso favorecedor de suceso escolar del hijo. Esto porque esta concepción, muchas veces, anuncia el empoderamiento del diagnóstico y del remedio en relación al paciente.

El referencial teórico adoptado colaboró en la revisión de determinados conceptos acerca del proceso de aprender y no aprender. Esto en razón de los equívocos que se comete, al realizar una lectura superficial que muchas veces victimiza al alumno y culpa a veces a los padres, a veces a los profesores, a veces a los profesionales de la salud, por las adversidades que conviven con el proceso de aprender. Y paralelamente a estas cuestiones los procesos que constituyen las interrelaciones en contexto son ignorados, como si no produjesen cualquier efecto sobre el proceso de aprender en clase.

Sin embargo, oponerse a la necesidad de tratamiento medicinal a todos los sujetos nos parece igualmente perjudicial. Escapar de esta lógica se hace posible cuando consideramos los factores de riesgo y protección presentes en proceso, los cuales nos ayudan a pensar las expresiones de resiliencia en contexto y las posibilidades de enfrentamiento. Ejercitar la mirada para aspectos saludables y de suceso puede ayudar a pensar la resiliencia como proceso, además de evitar las clasificaciones y/o rotulaciones que se determinan ideológicamente.

## REFERENCIAS



ASBAHR, Flávia da S. F.; NASCIMENTO, Carolina P. Criança não é manga, não amadurece: conceito de maturação na teoria histórico-cultural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 414-427, 2013.

BARBARINI, Tatiana de Andrade. A medicalização da vida e os mecanismos de controle: reflexões sobre o TDAH. **Plural**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 93-115, 2011.

BAZONI, Jane Esther da Silva. **O significado do não aprender na sala de apoio à aprendizagem**: a resiliência na voz dos protagonistas do mesossistema constituído pela família e escola. 2014. 187 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

BENETTI, Idonézia Collodel.; CREPALDI, Maria Aparecida. Resiliência revisitada: uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, v. 7, p. 7-30, jan., 2012.

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque. **Problemas de atenção**: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica. 2013. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas linguísticas. In: ORTIZ, Renato. (Org.). **Pierre Bourdieu**: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p. 1-97. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

COLLARES, Cecília Azevedo Lima.; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR. (Orgs.) **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 193-213.

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

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

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

LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra. Escola: risco, proteção e processos de resiliência durante a adolescência. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32. 2009, Caxambú. **Anais eletrônicos...** Timbaúba: Espaço Livre, 2009. v. 1, p. 116. Disponível em: <<http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/trabalhos/GT205283Int.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

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

OLIVEIRA, Francismara Neves.; MACEDO Lino. Resiliência e insucesso escolar: uma reflexão sobre as salas de apoio à aprendizagem. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 9831004, 2011.

PATTO, Maria Helena Souza. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 107-121, 1992.

POLETTI, Michele.; KOLLER, Silvia Helena. Contextos ecológicos promotores de resiliência: fatores de risco e proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, jul./set., 2008.

SCRIPTORI, Carmem Campoy.; BORGES JUNIOR, Jair Fortunato. Discriminação e preconceito como fatores de violência e atitudes docentes como fator de promoção de resiliência na escola. **Revista do Centro de Educação da UFSM**, Santa Maria, v. 35, n. 3, p. 431448, 2010.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003.

YUNES, Maria Angela Mattar.; JULIANO, Maria Cristina. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas interfaces com educação ambiental. **Cadernos de Educação** (FaE/PPGE/UFPel), Pelotas, n. 37, p. 347-379, set./dez., 2010.

YUNES, Maria Angela Mattar.; MIRANDA, Angela Torma.; CUELLO, Sandra Eliane Sena. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: KOLLER, Silvia Helena (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 201-222.

YUNES, Maria Angela Mattar.; SZYMANSKI, Heloísa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações práticas. In: TAVARES, José Pereira da Costa. **Resiliência e educação**. 3 ed. São Paulo: Cortez: 2002. p. 13-42.

### Como referenciar este artigo

SANTOS, Regina Lemes dos.; OLIVEIRA, Francismara Neves de.; BIANCHINI, Luciane Guimarães Batistella. Medicalização da Aprendizagem e Resiliência: significações produzidas na escola. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 13, n. 4, p. 1792-1813, out./dez., 2018. E-ISSN: 1982-5587. DOI: 10.21723/riaee.unesp.v13.n4.out/dez.2018.10190

**Submissão em:** 30/07/2017

**Revisões requeridas:** 07/19/2017

**Aprovação final em:** 06/11/2017