



Como a medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Juliana de Souza Vilela
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo, 2016

SUMÁRIO

1	Resumo	2
2	Introdução	3
2.1	Breve discussão social dos transtornos	5
2.2	O modo de produção do autismo	7
2.3	O porquê da imposição de se usar um único método de intervenção ao TEA?	8
3	Objetivo	11
4	Método	12
5	Discussão	13
5.1	Contribuições da orientação à queixa escolar à intervenção do psicólogo	13
6	Considerações Finais	16
7	Bibliografia	17



1 RESUMO

Vilela, J.S. (2016) Como a medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trabalho de Conclusão de Curso (Aperfeiçoamento em Orientação à Queixa Escolar) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)

O trabalho busca compreender como a medicalização comparece no campo da educação de pessoas com TEA. É feito um resgate introdutório sobre o histórico do que é considerado como transtorno, como TEA e o que é a medicalização – transposição de problemas de origem social para o campo da medicina, biologizando a vida. No caso do autismo, houve uma ampliação grande de sujeitos diagnosticados com algum dos transtornos que são enquadrados no TEA, chegando a atingir 1 em cada 100 crianças ou jovens. Como metodologia, foi utilizado levantamento de referências na área e reflexão teórica na perspectiva da psicologia escolar crítica. A OQE, nesse sentido, é um exemplo de forjar um olhar para além do diagnóstico, possibilitando a visão de que os sujeitos são possuidores de desejos, têm potências e capacidades a serem desenvolvidas, e pretende centralizar o olhar para a diversidade de condições desses sujeitos, e não à variação de suas patologias/transtornos/diagnósticos.

Palavras - chaves: Medicalização, orientação à queixa escolar, transtorno do espectro autista



2 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso pretende discutir o tema: “Como a medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”.

O interesse em investigar o tema surgiu da minha prática profissional com um grupo de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), em uma instituição localizada na zona oeste da cidade de São Paulo, concomitante as frequentes discussões que ocorriam no Curso de Aperfeiçoamento em Orientação à Queixa Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, à respeito da medicalização da educação de crianças e adolescentes no contexto escolar e também da sociedade, possibilitando a compreensão de como a medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos e por sua vez me despertando o questionamento de: “como o processo de medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Austista (TEA)”.

Sabemos que os discursos que circundam o contexto escolar sofrem grande influência dos discursos médicos, o que contribui para que se passe a centralizar as características individuais do sujeito, enxergando apenas seus “problemas”, “transtornos”, “dificuldades”, direcionando o olhar para as suas deficiências e lhes atribuindo cada vez mais limitações, deixando de considerar o contexto social no qual esse sujeito está inserido, a sua família, o seu histórico de vida, sua subjetividade e também o que acontece no próprio contexto escolar em que este se encontra.

De acordo com Moysés e Collares (2015), nas sociedades ocidentais existe a prática de se descolar problemas que dizem respeito à vida para o campo da medicina, de modo a transformar questões que são coletivas de ordem social e política, em questões individuais e biologizando-as, igualando o mundo da vida ao mundo da natureza, onde os processos e fenômenos são regidos por leis naturais. “A medicalização naturaliza a vida, todos os processos e relações socialmente constituídos e, em decorrência, desconstrói direitos humanos, uma construção histórica do mundo e da vida” (Moysés e Collares (2007, citado por MOYSÉS; COLLARES, 2015). Dessa maneira isentam - se de quaisquer



responsabilidades todas as instâncias de poder, nas quais esses problemas são gerados e nelas se perpetuam.

Além de isentar de responsabilidade todo o sistema social, segundo Collares e Moysés (1992), outro objetivo é alcançado, “culpabilizar a vítima”, tal expressão é de Ryan (1976). A partir disso pode-se tentar compreender o porquê de tal concepção de ciência e os resultados decorrentes delas são aceitos e difundidos pela sociedade, e sobretudo pelas próprias pessoas atingidas por essa ideologia dita como Ciência. O positivismo que é a corrente filosófica base desta, é a mesma que atravessa a sociedade atual, especialmente no que diz respeito ao cotidiano, não desenvolvendo conflitos e transformando essas questões em senso comum.

Nesse sentido, a medicalização da sociedade se apresenta cada vez mais crescente e abrange quase todos os âmbitos da vida. Entendido como um processo político e cultural que modifica experiências cotidianas da vida, restringindo-as a uma lógica médica, patologizando-as. Quer se dizer que, pela lógica medicalizante a diversidade humana é tida como doença. No que diz respeito a crianças e adolescentes, a medicalização tem achado explicações médicas para as dificuldades de aprendizagem apresentadas por elas, desse modo essas dificuldades são transformadas em doenças.

Os encaminhamentos de crianças aos serviços de saúde mental com demandas sociais tem aumentado e as indústrias farmacêuticas se apresentam no cenário da medicação diante o aumento da prescrição e do consumo de psicofarmacos para as crianças (SANCHES; AMARANTE, 2014)

O saber médico atribui para si a aptidão para legislar e normatizar aquilo que pode vir a ser saúde ou doença e, fazendo valer suas raízes positivistas, biologizando a vida, instituindo assim o seu estatuto de ciência moderna. Não se pode deixar de mencionar que tal processo tem seu início com a medicina, mantendo-se ainda em todos os campos científicos provenientes delas, como a psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, entre outras. Foca-se no campo médico somente por seu caráter epistemologicamente fundante de todas as áreas da saúde (MOYSÉS; COLLARES, 2015).

Para Collares e Moysés (1992) a ação medicalizante da medicina se fortalece ao ser capaz de se introduzir no pensamento cotidiano, ou, mais especificamente, no agrupamento de concepções provisórias e pré conceitos que dominam a vida cotidiana. E a ampliação (e a intensidade) em que tal processo se dá, pode ser tomada pela inserção do discurso médico, não se diferenciando entre científico ou preconceituoso, pela sociedade. Para quase todos os segmentos que constituem a sociedade brasileira, questões de saúde



compõem uma barreira para a aprendizagem e, também, uma das principais causas do fracasso escolar. Até mesmo para os profissionais da educação...

Tanto para os profissionais da Saúde, quanto da Educação, a doença impossibilita a aprendizagem. Mas, que tipo de doença, em que gravidade? Ao que parece, estas questões não se colocam. Estar doente, independente de sua gravidade (ou sua ausência), nem a época da vida em que se esteve doente, nem o tempo é um estado absoluto. A doença, nesse pensamento fantasioso, não admite modulações. O processo Saúde/Doença se transforma em Saúde Total e Doença Total. Se desvincula das determinações com as condições de vida, com a inserção do grupo familiar nas esferas sociais, nos meios de produção. Se torna anistórico. Determinada concepção de saúde e doença, que privilegia ao máximo o aspecto biológico, que volta sua atenção praticamente apenas para o indivíduo, tanto em termos de determinantes como de soluções, se direcionando no máximo até a família, de fato não pode admitir condicionantes.

2.1 Breve discussão social dos transtornos

Algumas concepções de loucura, que antes foram discutidas por estudiosos, nos faz refletir a respeito do lugar que a loucura ocupa na sociedade, nos faz pensar que a loucura sempre fez parte da sociedade: “[...] até o século XVII, deu-se, no essencial, liberdade à loucura: ela circula, ela faz parte do cenário e da linguagem comum; o próprio louco não tem direito a nenhuma consideração especial, ele é simplesmente portador de um enigma, tão temível quanto fascinante.” (Roland Jaccard, 1979, citado por BRAUNSTEIN, 2012).

Com a constituição da burguesia, a psiquiatria torna-se necessária para legitimar cientificamente a exclusão de uma “categoria comum, que agrupa todos os que são levados às casas de internação, são os incapazes de participar da produção, da circulação ou acumulação de riquezas.” (JACCARD, 1979, p.20 citado por BRAUNSTEIN, 2012).

Para Braunstein (2012) desta maneira àqueles que não se enquadravam aos moldes desejados pela burguesia, eram vistos como fora da “norma” social. Sendo assim, os conceitos de patologia e normalidade estão vinculados ao contexto social em tempo e espaço específico e:

[...] ser louco difere, de acordo com as culturas, e as diversas enfermidades [...], o sintoma não tem uma existência em si, mas sim uma significação e uma função para o paciente e o círculo a que se destina. Onde a psiquiatria não existe, a loucura não é doença, é um desvio em relação à norma social, [...] toda civilização em um sistema próprio de



normas, o que é normal numa delas poderia ser considerado patológico em outra e vice-versa (JACCARD, 1979, p. 34 citado por BRAUNSTEIN, 2012).

Nesse contexto, a psiquiatria se estabeleceu como ciência e a sua prática iniciou-se reconhecidamente no século XIX, quando os alienistas começam a pesquisar as causas biológicas, físicas que explicassem as desordens do comportamento, do pensamento e da afetividade humana (BRAUNSTEIN, 2012).

Para Braunstein (2012), existem pessoas que se relacionam com o outro de uma maneira muito peculiar, apresentam comportamentos inusitados que variam em suas manifestações, que não buscam contato social, com falas e atitudes descontextualizadas e mostram fixação de interesses por alguns assuntos ou atividades em especial, chegando em algumas situações a serem héteros ou auto – agressivos, além de apresentarem movimentos repetitivos e estereotipados.

Essas pessoas segundo o DSM – V são diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, apresentando as seguintes características diagnósticas:

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na co-municação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro.

De acordo com Laurent (2012), ocorreu na Filadélfia entre os dias 5 a 9 de maio de 2012, o Fórum mais concorrido nos debates em curso na prática clínica. Integração era a palavra de ordem do 165º congresso da American Psychiatric Association (APA). Nesse congresso foi discutido as consequências da reorganização do campo clínico sob a influência do DSM – V, publicado em maio de 2013, bem como a relevância dessa reorganização no que diz respeito aos “cuidados integrados”.

No que se refere ao autismo, o Comitê DSM-5 decidiu realizar uma severa redução, propondo eliminar a “síndrome de Asperger” e o “transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado”. Atingir essa decisão foi objeto de intensos debates. Pois, a partir de 1994 essas categorias mais abrangentes tinham possibilitado o grande aumento da



extensão do transtorno autista. Com a publicação do DSM – V, a quantidade crescente de autistas será então reduzida pela incorporação de um critério mais restritivo de inclusão no espectro de tal transtorno. Dessa maneira a redução mecânica se garante, segundo o Comitê DSM – V, prometendo números menos alarmantes.

Nesse contexto, segundo o DSM – V: “O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.”

2.2 O modo de produção do autismo

“Ninguém quer ser amado como “normal” – cada um quer ser amado pelo que há de único em si.”

A reprodução exponencial do autismo, renomeado de “transtorno do espectro do autismo” na esfera do DSM, é algo agora estabelecido. A sua presença tem se tornado cada vez mais insistente. Desde a publicação do DSM-IV, em 1994, o número de casos associados a essa categoria vem avançando em ritmo epidêmico. Tal aumento nos põe um problema perspicaz: como entende-lo? Como explicar que, em vinte anos, a quantidade de itens agrupados sob a categoria “autismo” tenha se multiplicado por dez?

Embora seja difícil responsabilizar uma mutação na espécie humana, o autismo é de fato o espectro que ronda as burocracias sanitárias. Esse real que insiste nos dá uma ideia do que somos como discurso da civilização: aprendemos com os autistas algo que fascina, que convoca em sua diversidade. No entanto, tal proliferação não acontece sem provocar angústia. Para diferenciar a causa ou as causas dessa angústia, precisamos repensar o caráter e o futuro bem estranhos da categoria “autismo”, conforme é uma das consequências mais percebidas da reincorporação da psiquiatria à medicina no final dos anos 70. Indo além da neurologia, a psiquiatria, que até então realizava o estudo da relação que os sujeitos estabelecem entre si, perde sua condição singular, e se torna uma disciplina completamente biológica focada no corpo reduzido ao organismo (LAURENT, 2012).

Sobre isso Laurent (2012), defende que:

Pode-se em todo caso, tirar um primeiro ensinamento dos debates sobre o autismo: um nome excede as descrições possíveis de seu sentido. Não se sabe muito bem o que esse nome designa exatamente. Sua



função classificatória produz efeitos paradoxais: a classificação que disso resulta revela-se instável. A instabilidade dessa categoria se constata principalmente nos trabalhos preparatórios do DSM – V, que, portanto, previam suprimir a síndrome de Asperger, incluída no DSM – IV e retomada doze anos atrás no “transtorno autista” (TA) do DSM – IV – TR. Uma categoria mantida por doze anos é pouco.

No DSM – V, o autismo é transformado em “Transtornos do Espectro Autismo” (TEA). Esse espectro está tão abrangente que a quantidade de sujeitos supostamente afetados se multiplicou por dez somente em vinte anos, até atingir a frequência de uma criança em cada cem. Se incluídos nesse espectro os chamados “não especificados”, esse número aumenta ainda mais. Em nível mundial, o número de sujeitos com autismo pode dobrar por conta dos itens considerados pertinentes. Um especialista calculou que, no ritmo que está, uma criança em cada cinquenta logo será considerada autista (LAURENT, 2012).

Nesse contexto Laurent (2012), ainda nos mostra que o movimento de crescimento aplica-se ao campo da psiquiatria infanto-juvenil. Em dez anos, a quantidade de crianças que se enquadram nas categorias psicopatológicas aumentou 35 vezes. No entanto, é no âmbito dos espectros do autismo que o ritmo é mais intenso.

Nesse sentido, existe uma outra questão mais paradoxal, decorrente do nome classificatório que o autismo se transformou, pois deve-se reconhecer a ausência de tratamento farmacológico correspondente a essa patologia. A farmacopeia, que tem sido útil as psicoses, esbarra no autismo, pois não há ainda um medicamento de referência para tratá-lo. Sendo assim, a única saída é inventá-lo, contando com a força de algumas hipóteses. Por mais que os laboratórios sejam engenhosos no que diz respeito a invenção de remédios para tudo, existe um limite: nenhuma instituição nacional de saúde no mundo toparia pagar o reembolso de um tratamento farmacológico para o autismo. Portanto, na prática os psiquiatras efetivamente os receitam. Porém, os psicotrópicos não tratam de fato o autismo, mas a agitação, os problemas de sono, transtornos de humor, etc. Não há farmacopeia de fato reconhecida. A ética médica se encontra aqui confrontada, com uma grave questão: diante tal pandemia, é um dever achar uma solução e algum tipo de medicação.

2.3 O porquê da imposição de se usar um único método de intervenção ao TEA?

Sobre isso, Laurent (2012), afirma que:



Há uma tautologia oculta na vontade de se limitar apenas às variações dos aspectos comportamentais. Em nome dos critérios da Evidence-Based Medicine e sob a alegação de que só se pode medir com certeza o que foi ativo para um indivíduo, recusam-se as cortes de casos, com seu acompanhamento aprofundado e seus resultados efetivos, tangíveis. Começa-se, portanto, decretando que somente o aspecto comportamental é objetivável e observável. Afirma-se, em seguida, que apenas a supressão do comportamento tido por inapropriado, obtida por um método que visa especificamente a modificação comportamental, é, também, objetivável e mensurável. Conclui-se daí, necessariamente, que somente um método dedicado a erradicar (por punições e recompensas) cada aspecto comportamental considerável desviante permite fazer aparecerem resultados objetáveis e mensuráveis, com a certeza de uma relação estrita de causa e efeito.

Nesse contexto, Laurent (2012), ainda defende que:

Serão deixados de lado todos os sujeitos que não conseguem seguir o protocolo, seja porque o recusam, porque o abandonam ou porque ele os faz sofrer. Também serão consideradas desprezíveis as dificuldades de fazer variar os comportamentos assim condicionados em ambientes distintos daquele em que ocorreu a reeducação. Considerar-se-á que o “viés de mensuração” apaga esses limites e esses imponderáveis que constituem problemas indesejáveis, mas insignificantes. Ora, as objeções contra a ABA e suas pretensões de dominação são incontáveis. Emanam de várias fontes, e em primeiro lugar, de sujeitos autistas.

Laurent (2012), nos apresenta Michelle Dowson, diagnosticada como autista no começo dos anos 1990, pouco antes de completar trinta anos, que faz parte da equipe de pesquisa Laurent Motttron em Montreal, e assina um artigo de grande repercussão intitulado: “The misbehavior of behaviourists. Ethical challenges to the autism-ABA industry” (O mau comportamento dos comportamentalistas. Problemas éticos da indústria ABA-autismo). No entender de Dowson, o autismo vai além do comportamento. Não é ela mesma a prova viva disso? Ela, que não foi tratada pelo método ABA, desenvolveu um modo original de aprender, depois se torna pesquisadora na Universidade e não se considera uma Asperger de alto nível. Quando questiona os comportamentalistas sobre o lado positivo de seus comportamentos que não a impediram de se desenvolver, obtém como resposta que seu caso é excepcional e, por tanto anedótico, ou seja, não conta. Mas isso não a desanima.

Dowson é contra o intuito de transformar as crianças autistas em “crianças como as outras” “eliminando as condutas bizarras que talvez lhes possam ser necessárias (como o balanço das mãos e os jogos mais analíticos que sociais ou imaginativos)”, vai contra também a vontade de impor condutas às crianças que possam ser estressantes, dolorosas ou inúteis. Ela ainda se opõe de um lado, a temível complexidade e especialização de



saberes de que os autistas dão prova, e também dos comportamentos simples que querem lhes impor e não lhes interessam:

“Nossos pendores pelos extremos, pela dissidência e pela erudição revelam que somos partidários do saber implícito. E não surpreende que tenhamos de ser comprados – ou, mais eficazmente, castigados – para fazer o que fazemos menos bem. Os terríveis sofrimentos das primeiras semanas de ABA não se devem ao fato de sermos extraídos de nossos supostos mundos privados. É mais plausível que os choros, os gritos pungentes e as fugas sejam os de uma criança que se rebela ao ser forçada de maneira repetitiva a abandonar seus pontos fortes”. Ao fazer valer o “saber implícito”, noção capital, irredutível aos comportamentos explícitos e mensuráveis da aprendizagem, ela exige um acesso educativo ao saber que respeita o sujeito autista e o deixa desenvolver por si só suas competências.



3 OBJETIVO

Investigar e refletir sobre como a medicalização comparece no campo da educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e as contribuições da Orientação à Queixa Escolar na prática do psicólogo.



4 MÉTODO

O presente trabalho buscou realizar uma reflexão teórica acerca da questão da presença de uma postura medicalizante no campo educacional, com o foco na educação dos sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), lançando mão de leituras de produções da psicologia escolar crítica, que discute as implicações e os riscos de uma lógica medicalizante que individualiza questões que são de ordem social, patologiza e culpabiliza sujeitos, que na verdade são vítimas de uma sociedade que medicaliza. Além de questionar a imposição e predomínio da linha de trabalho com os sujeitos com TEA, sendo o método ABA, pertencente a uma abordagem comportamental – cognitivo comportamental.



5 DISCUSSÃO

5.1 Contribuições da orientação à queixa escolar à intervenção do psicólogo

É importante ressaltar o asseguramento ao direito fundamental à educação daqueles que historicamente, não só esteve fora dos bancos escolares, mas principalmente, foi enxergada como não pertencendo ao processo educacional. Atualmente partimos do pressuposto de que toda e qualquer pessoa possui direito à educação. E, aqui mesmo, aonde reconhecemos o domínio de um discurso muito mais legalista do que propriamente politizado (deve-se aceitar a matrícula, caso contrário, virá a punição), se reconhece o estabelecimento da ameaça da exclusão escolar (ANGELUCCI; LINS, 2013)

Acolhendo a sugestão de Amaral (1995 citada por ANGELUCCI; LINS, 2013), utilizamos aqui da expressão “pessoas significativamente diferentes”, pela abrangência de condições que mostra: não só aquelas que são intrínsecas ao sujeito (deficiência, síndrome, transtorno, etc.) ou as que implicam em dificuldades do processo de aprendizagem, mas também as que dizem respeito à características físicas, do uso de uma forma de comunicação ou de código específicos, pertença social/econômica/cultural/étnica, considerada rebaixada. Nenhuma destas condições em si, colocaria o sujeito em situação de desigualdade política, ou seja, reduzindo seu direito de se envolver na construção, participação e decisão sobre os rumos da comunidade que pertence, no entanto, em sociedades capitalistas como a nossa, têm sido cada vez mais comum utilizar para se justificar a presença de supostas dificuldades ou mesmo impedimentos no processo de escolarização. Acima de tudo, com a expressão “pessoas significativamente diferentes”, pretendemos recuperar a afirmação que sustenta toda a discussão sobre a Educação para Todos: o foco está na diversidade de condições do humano e não na variação de patologias.

A intervenção a ser feita pelo psicólogo nesse contexto, assim é de conhecer e construir conjuntamente, com as crianças ou jovens, seus familiares e educadores, inclusões. Se retirar do campo da técnica implica não tomar a intervenção como aplicação de uma



formula única e geral, mas como situação concreta, que visa articular vivências singulares a condições sociais compartilhadas. Aí, então, conseguiremos estar menos ao lado dos ideais, e mais próximos das pessoas envolvidas, de nossas potências de realização. Possivelmente a maior contribuição que o psicólogo pode ofertar ao corpo docente, quando convocado – por sua consciência ética ou por seus interlocutores – a conversar sobre uma pessoa com diferenças significativas, seja suportar a grande quantidade de pedidos, enigmas e abstrações, seja suportar os não saberes, sem se colocar no lugar de detentor de todos os saberes a respeito ou de quem ensinará as regras para o bem-conviver com “casos de inclusão”. As vezes, o que nos cabe, com uma família ou com um grupo de educadores, é tornar suportável a experiência de inclusão que não se sustentou, identificando a legitimidade de seu sofrimento, de suas queixas. Ou seja, o compromisso é com a possibilidade de situações de comunicação em que se desenvolva a compreensão do fenômeno e que, portanto, produzam encaminhamentos coletivos comprometidos com a garantia do direito a participação igualitária. Esta mudança na lógica do trabalho psicológico que, ao não atender o pedido de comparecer como técnico especialista, também possibilita a intervenção, necessariamente passa pela crítica de si mesmo, da ciência e, especialmente, de uma lógica que diz que é proibido não saber, é proibido pensar (ANGELUCCI; LINS, 2010).

Nesse sentido, a psicologia escolar crítica, abordagem da Orientação à Queixa Escolar (OQE), contribui com o trabalho desenvolvido pelo psicólogo, na intenção de se contribuir para a melhoria da rede escolar, visando problematizar e reverter os funcionamentos institucionais produtores de fracasso escolar. Tal abordagem entende que existe a necessidade de se aprofundar a compreensão das relações em que indivíduo e instituição se constituem de maneira mútua, não negando nem a um, nem a outro. Sendo assim, o pensamento dialético nos mostra uma relação entre indivíduo e instituição que aponta a necessidade que o psicólogo desenvolva frentes de trabalho diferenciadas, nos planos macro e microestrutural, atuando no sentido de transformação social (SOUZA, 2010).

Indo na contramão de uma visão cristalizada, no qual o foco é no aluno e não em todos os atores envolvidos, Souza (2010), nos mostra a lacuna existente no conhecimento do Serviço e da psicologia Escolar, e o quanto à Orientação à Queixa Escolar supera tais dificuldades das práticas tradicionais, que possui uma concepção abstrata do indivíduo, desconsiderando o seu contexto social e sua família. Visto o conhecimento que a psicologia e outras ciências nos proporciona sobre a importância dos fatores sociais na constituição das subjetividades.

Nesse contexto Souza (2010), nos apresenta uma abordagem de atendimento psi-



cológico: a Orientação à Queixa Escolar. Essa abordagem parte da concepção que tem em seu centro o processo de escolarização do sujeito. Emerge de uma rede de relações que possui como os principais personagens a criança/adolescente, sua escola e família. O cenário principal em que aparece e é mantida é o universo escolar. Dessa maneira o seu objetivo de investigação/intervenção é essa rede e como as relações entre os que a compõe se desenvolvem. Visa alcançar a movimentação nessa rede que caminha sentido ao desenvolvimento de todos os que dela participam, opondo-se as práticas adaptacionistas, que enxergam a superação da queixa escolar como uma transformação apenas da criança, se estendendo a família mas deixando a escola intacta, sem movimentação.

Compreender a história pessoa/social/escolar como narrativa a ser lida, escrita e inscrita a partir de múltiplas vozes e olhares permite pensar, por exemplo, que o que se constrói na relação com o outro pode ser recontado, reconstruído, permitindo outras significações. Os significados, os sentidos, as possibilidades não se encontram definidas, estabelecidas, mas produzem-se num a posteriori, ou seja, num tempo retroativo que é próprio da linguagem. No que se refere às crianças com graves problemas do desenvolvimento, a escola e o professor podem oferecer outras interpretações para seu aluno, interrogando sentidos que, muitas vezes se cristalizaram em função dos diagnósticos, das classificações e das avaliações. A posição defendida por muitos psicanalistas e educadores é a de que a escolarização pode influenciar nesta construção, permitindo, inclusive, uma virada estrutural. Por isso, sustenta-se a educação como constitutiva para tais crianças. Nesse contexto, é fundamental deslocar o foco do sujeito com autismo, psicótico, para o professor, o terapeuta, o outro que lê, interpreta e constrói possibilidades, implicando-o na construção de uma perspectiva (VASQUES, 2015).

Outro aspecto também importante é que o trabalho liga a escola com a vida, com o entorno, dá às crianças papel de atuação e transformação perante o coletivo escolar e à sociedade como um todo por que é através dele que se ode modificar e construir a vida.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho aqui apresentado pretendeu investigar e discutir o processo de medicalização de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e o quanto a frequência desse transtorno vem crescendo exponencialmente. Partindo-se da mesma lógica da medicalização da sociedade, na qual se desloca problemas que dizem respeito à vida das pessoas, de caráter coletivo de ordem social e política, para o campo da medicina, os individualizando e biologizando. Isentando o sistema de qualquer problema gerado em relação a essa prática, novamente individualizando a questão e “culpabilizando a vítima”. Que entende o autismo como algo estritamente biológico, genético, levando em consideração o sintoma – diagnóstico/transtorno ignorando o sujeito, sua subjetividade, sua história de vida e social, e suas potências. A intervenção desse modo, acontece em relação ao sintoma, na “educação dos comportamentos”, ou seja, predominando nesse sentido o tratamento baseado numa tentativa de modelar comportamentos, utilizando o método comportamental (bahaviorista - método ABA),

Para Foucault (citado por SANCHES; AMARANTE, 2014), a palavra medicalização está ligada a uma medicina que, valendo-se do poder de seu discurso científico, toma a sociedade como objeto de higienização, disciplinando os corpos (FOUCAULT, 2001, p. 35) e ampliando de tal forma sua apropriação que chega à regulação de seus comportamentos: o biopoder, o poder sobre a vida das pessoas. Pretendeu-se ainda refletir a respeito das contribuições que a Orientação à Queixa Escolar pode nos oferecer, visando um trabalho que fortaleça as relações existentes na rede de escolarização desses sujeitos, além de colocar em movimento todos os atores envolvidos nessa rede (crianças, famílias, escola), os fortalecendo também, disparando e reconhecendo potências.

Portanto, quando ocorre a identificação de potências, que se reconhecidas e fortalecidas em parceria, favorecem um olhar para além de um diagnóstico dando lugar a sujeitos possuidores de desejos, potências e capacidades a serem desenvolvidas, pretendendo centralizar o olhar para a diversidade de condições do sujeito, e não a variação de suas patologias/transtornos/diagnósticos.



7 BIBLIOGRAFIA

ANGELUCCI, C. B. ; LINS. F. R. S. (2013) Pessoas significativamente diferentes e o direito à educação: uma relação atravessada pela queixa. Orientação à Queixa Escolar, São Paulo: Casa do Psicólogo.

BRAUNSTEIN, V.C. (2012) Escolarização de pessoas com Transtornos Globais do Desenvolvimento: Possibilidades de atuação no campo da psicologia.

Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-10122012-145930/pt-br.php> (Acesso: 10 de junho de 2016)

Collares, C. A. L; Moysés, M.A.A. (1992) Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau no município de Campinas. Em Aberto, Brasília, ano 11, n.53, jan./mar. 1992

LAURENT, E. (2012) A Batalha do Autismo: Da clínica à política. Rio de Janeiro, Zahar: 2014.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM V. (2013)

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L (2015) Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos, pg. 80-81.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P.D.C. (2014) Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. Saúde Debate Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 506-514, JUL-SET 2014.

SOUZA, B. P. (2013) Orientação à Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VASQUES, C. K. (2015) O Diagnóstico e a Escolarização de Alunos com Transtornos Globais do Desenvolvimento. In. Escolarização e deficiência: configurações nas políticas de inclusão escolar.