



MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA EDUCAÇÃO: UM DIÁLOGO COM A PSICOLOGIA ESCOLAR E OS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS ÀS QUEIXAS ESCOLARES.

Fernanda de Lima Rodrigues
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo, 2007

SUMÁRIO

1	Introdução	2
2	A biologização da vida	4
2.1	Enfim, chega-se ao termo medicalização	5
2.2	Os medicamentos	9
3	O processo de Medicalização na Educação	11
3.1	Dislexia e TDAH: Os supostos transtornos que mais permeiam o discurso do não aprender	14
3.2	O discurso competente no ambiente escolar e na família	18
3.3	A culpabilização das vítimas	19
4	Contextualizando a redefinição do objeto de estudo da Psicologia no campo da Educação e sua relação com a medicalização	21
5	Considerações sobre a medicalização e o atendimento psicológico às queixa escolares	25
6	Conclusão	30
7	Bibliografia	32



1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho, é objetivo tratar sobre a medicalização, que consiste em transformar questões de ordem política, social, etc, em questões biológicas, individuais. Esse processo se manifesta em várias esferas da sociedade, inclusive na Educação. Assim, a intenção é realizar um diálogo entre a medicalização da vida e da Educação e a Psicologia Escolar, incluindo os atendimentos psicológicos às queixas escolares que caminhe na contramão da medicalização.

O psicólogo, ao atuar no campo das relações do sujeito consigo mesmo, com o mundo, envolvendo o processo de subjetivação, torna-se importante pensar a medicalização, conhecer a raiz desta forma de controle social.

Este trabalho, requisito para a conclusão do Curso de Aperfeiçoamento “Orientação à Queixa Escolar”, busca compreender melhor como se deu o processo da medicalização, seus efeitos, sua relação com a Educação. Consequentemente, observando sua relação com o atendimento psicológico às queixas escolares. Busca-se, também, compreender como a Psicologia, em muitos momentos de sua história, contribuiu para que o ideal patologizante ganhasse campo em nossa sociedade.

Os problemas no processo de escolarização tem sido cada vez mais comuns. Mas, mesmo com evidências do fracasso do sistema educacional brasileiro, na maioria dos casos, a queixa é compreendida como um “defeito da pessoa”. Os transtornos de aprendizagem ganham campo nesse contexto. A visão patologizante dos problemas escolares culpabiliza as vítimas – crianças/ adolescentes, a família e os educadores.

Conhecer o processo de medicalização da vida e da Educação e formas de atendimento às queixas escolares que consideram o contexto em que elas são produzidas, permite a compreensão de como a Psicologia Escolar – após romper com a lógica da individualização das questões escolares - passou a mostrar que era possível sair da lógica medicalizante.

Com o desejo de uma boa leitura e na intenção que este trabalho tenha por objetivo iniciar um pensar sobre a medicalização e não esgotar discussões – muito distante



disso! – possa nos levar a repensarmos a sociedade, a Psicologia, a Psicologia Escolar, os atendimentos psicológicos às queixas escolares e a relação entre estes.



2 A BIOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Segundo Guarido (2010), é comum acompanhar na mídia a divulgação de resultados de estudos genéticos e pesquisas em neurologia. Estes estudos aparecem, muitas vezes, como forma de explicar os comportamentos, sofrimentos e as sensações humanas. Atualmente, o discurso social é repleto dos enunciados científicos, os quais apontam novas descobertas e os possíveis efeitos delas na vida humana.

A medicina, como representante do discurso científico, baseada na biologia, tem se esforçado em apontar o que é próprio do ser humano de acordo com suas bases neurofisiológicas e determinismos genéticos.

Pesquisas sobre a ação dos neurotransmissores e sua participação no funcionamento do cérebro, permitiram a construção de hipóteses causais, referente a sua participação nas variações de conduta, humor e pensamento. Com o mapeamento do código genético, é possível apontar determinantes de tendências de comportamento e formação da personalidade, baseadas na sequência e a identificação genética.

Com o desenvolvimento da biotecnologia, pensou-se ser possível pela Biologia e reduzir-se a ela a compreensão de tudo o que seja humano. Conforme Terzagghi (texto inédito, citado por GUARIDO, 2010), o sofrimento foi transformado em transtorno, o medo em excitação da amígdala, por exemplo.

Os enunciados da biociência difundidos socialmente, permitiu a proliferação de simplificações e mitificações e, em decorrência desta, efeitos também foram produzidos. Em relação às crianças, tem se produzido uma quantidade enorme de diagnósticos psicopatológicos e terapêuticas que simplificam as determinações dos sofrimentos na infância. Passou-se a diagnosticar e a tratar as dificuldades de escolarização sem considerar o contexto em que elas são produzidas, atribuindo causas biológicas.

Nestas situações, a mídia (por exemplo) não trata sobre as intenções que levaram tais informações a serem divulgadas e que não há consenso sobre supostos transtornos entre os profissionais. Assim, as pessoas ficam à mercê de explicações simplificadas, reducionistas



e com grande interesse mercadológico por detrás.

Atualmente, vivemos em uma sociedade em que o sofrimento humano deve ser diagnosticado e tratado. Não há uma intenção, em muitos casos, de buscar formas de compreender determinado fenômeno, de compreendê-lo de maneira contextualizada, não rotulante.

Em decorrência disso, muitas crianças tem sido, cada vez mais precocemente, medicadas em busca de sanar seus sintomas, desconsiderando o contexto em que esses sintomas foram apresentados. Não importam, inclusive, as manifestações singulares dos sujeitos. Basta que este não responda à norma.

Os enunciados científicos tem adquirido um valor de verdade, seja pela coerência interna dos seus termos, seja por se apresentar como saber exclusivo na percepção dos problemas impostos por seu objeto, mesmo que esse objeto seja a pessoa e sua vida. A produção científica, baseada na pretendida distância entre o objeto e o sujeito que investiga, da suposta impessoalidade, tenta garantir o universalismo dos seus enunciados, podendo discorrer tudo sobre o objeto investigado. Mas a decisão sobre quais pesquisas serão desenvolvidas ocorre entre pares, por decisão técnica e arbitrária. Por isso, corre-se o risco de tornar a ciência alheia à sua responsabilidade e consequência política envolvidas no seu fazer.

Essa discussão não é um tentativa reducionista de criticar o avanço da pesquisa biológica e condições de tratamento das doenças próprias aos seres humanos, nem criticar o desenvolvimento de determinados psicofármacos que determinaram avanços no campo da saúde mental. Trata-se de assumir as implicações que a “biologização do humano tem para a condição humana no mundo, especialmente estando esta difundida no social.” (GUARIDO, 2010, p. 29).

Trata-se de considerar em que ponto o homem está quanto ao domínio da ciência na vida cotidiana e como o discurso científico tem apostado na ilusão da possibilidade de controle técnico da vida. Em relação à condição da experiência humana, vislumbra-se mudanças, ainda não consolidadas, atribuindo às possíveis conclusões um grau provisório. É necessário atentar-se ao enfrentamento dessas novas condições.

2.1 Enfim, chega-se ao termo medicalização

O termo medicalização foi utilizado, principalmente, a partir da década de 70, do século XX, para caracterizar como o processo de aprendizagem das crianças foi concebido,



entendido. Muitas vezes, este conceito também foi utilizado para trazer discussão sobre as práticas higienistas no interior das instituições escolares.

Segundo Moysés e Collares (1994), o processo de medicalização cresce enormemente na sociedade ocidental, representando, na maioria das vezes, uma nítida biologização de conflitos sociais. Como elemento final, presencia-se o reducionismo biológico, que entende que a vida das pessoas, seus destinos e dos grupos poderiam ser explicados por características individuais.

Nesta visão, os contextos sociais, econômicos, históricos e políticos influenciariam minimamente a vida dos indivíduos. Assim, abre-se espaço para entender que o sujeito é responsável pelo seu destino, por sua condição de vida, por sua participação na sociedade. Trata-se de uma visão funcionalista muito elaborada e eficiente, pois desresponsabiliza o sistema sóciopolítico e culminando na culpabilização da vítima, propiciando que esta se considere culpada.

A biologização da sociedade, ainda segundo as autoras supracitadas, se difunde de forma ampla e rápida, devido trazer a ideologia que atravessa o sistema de preconceitos operante na vida de cada pessoa. E, sem conflitos ideológicos, infiltra-se no senso-comum, no bom-senso.

Segundo Moysés e Collares (2010), no ideário da medicalização, questões sociais são transformadas em problemas de ordem e solução no campo médico, através de operações discursivas. Ivan Illich denominou este processo. Ele alegava que a ampliação e extensão do poder médico prejudicava as pessoas a lidarem com os sofrimentos da vida, os transformando em doenças.

Posteriormente, Foucault discutiu muito este processo, apontando que sua sustentação era uma promessa da medicina, pois se afirmava capaz de curar e prevenir doenças, justificando que, num futuro, não precisaria mais existir, pois seria capaz de eliminar todas as doenças. E, mesmo sendo perceptível que isso não se confirmará, a medicina continua com este discurso.

A partir do final do século XX, o campo da medicina foi caracterizado como “medicina do poder e da perplexidade” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, pg 73). Poder no sentido de seu desenvolvimento científico e tecnológico lhe atribuiu maior controle sobre a vida e a morte. Mas perplexidade, no sentido de que foi constantemente questionada por novos problemas e obstáculos que desmentem suas promessas de salvação da humanidade.

Segundo Guarido (2010), as críticas a diversos autores sobre a medicalização diziam



respeito à redução de questões amplas, que necessitariam de análise de outras disciplinas (como a psicologia, a sociologia, ciências políticas, economia, medicina, dentre outras), remetendo apenas uma, a medicina. A medicalização, neste contexto, foi colocada como “expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social.” (GUARIDO, 2010, p. 30).

Os primeiros 30 e 40 anos do século XX foram analisados à luz da medicalização, nos quais os ideais médico-higienistas e da psicométrica são fortemente aderidos nas instituições escolares. Neste contexto, uma visão profilática também passou a ser dirigida para a infância e a educação das crianças.

O conceito de medicalização pode ser aplicados a diversas áreas da vida, com um discurso fortemente carregado do saber médico, no que diz respeito ao homem, sua natureza desde o século XIX. Gori e Del Volgo (2005, citado por GUARIDO, 2010, p.30) citaram a medicalização da existência como decorrente não apenas do saber médico na modernidade, mas como:

pertencente à condição humana na modernidade e consideram que esta se constitui numa organização de formulações epiistemológicas próprias de uma ciência experimental, que configura uma técnica de apreensão dos fenômenos humanos, e, ainda, a compreendem como inserida no interior das práticas mercantilizadas de troca humana no mundo moderno.

Assim, a medicalização envolve como o homem moderno significa seu corpo, seu lugar político, sua vivências e tudo o que está relacionado à difusão da medicina no ideário moderno.

A biologização é entendida como umas das manifestações da medicalização na atualidade. A redução dos fenômenos humanos ao funcionamento bioquímico é uma das expressões do discurso médico atual,mas a biologização destes fenômenos não exclusiva da medicina como o termo pode dar a entender. Mas não se pode negar que é na área médica que a sua utilização e difusão se dá de maneira importante e determinante do que é considerado como condição humana.

A presença considerável da tecnobiologia na medicina mostra o alcance das determinações para a apreensão que as pessoas podem fazer do que lhe ocorre. Assim, o desenvolvimento de novas drogas como menos efeitos colaterais, tecnologia de neuroimagem, por exemplo, são técnicas que podem se apresentar tanto no sentido de manutenção da vida diante de agentes agressores, até a criação de seres e possibilidade de interferir



em seu psiquismo através da via química. Não é possível negar que, hoje, é grande o espectro de atuação da pesquisa biológica em relação à elucidação, cura e reprodução de seres humanos. Também é complexa a discussão ética sobre esta atuação e seus efeitos.

De Serpa (1998, citado por GUARIDO, 2010), aponta para a importância da genética e da neurologia na psiquiatria atual. Afirma a relevância que o fundamento biológico tem na abordagem dos fenômenos humanos. Trata-se de um hegemônico determinismo biológico vigorando, sustentando uma racionalidade médica que tende à pesquisa de evidências, objetivação dos sintomas e uso de medicamentos psicotrópicos como central no tratamento aos sofrimentos humanos.

As práticas psiquiátricas contemporâneas assumiram esta direção sob a influência, na atuação médica, do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (o DSM). Este manual, desenvolvido nos EUA, desde 1980 tem como meta objetivar os sinais diagnósticos dos transtornos mentais, buscando evitar problemas como a existência de diferentes concepções que fundamentavam a prática diagnóstica psiquiátrica. Atualmente, do DSM – IV (versão do DSM de 1994) é referência mundial para diagnósticos psiquiátricos. Mas, mesmo sendo uma referência para profissionais da área médica, não é raro ver a mídia leiga difundir seu conteúdo.

Cabe lembrar Foucault, que discorreu sobre a passagem da era clássica para a modernidade, do poder soberano sobre a morte ao poder político de gerenciar a vida. Neste contexto, ele apresenta dois mecanismos de poder, que são o desenvolvimento das disciplinas do corpo no século XVII e o controle às populações no século XVIII. A partir da relação entre estes dois mecanismos de poder na regulação da vida ao longo do século XIX, configurou a ideia de biopoder. Para Dreifus, (apud GUARIDO, 2010, p.31):

Biopoder é o crescente ordenamento em todas as esferas sob o pretexto de desenvolver o bem-estar dos indivíduos e das populações...esta ordem se revela como sendo uma estratégia, sem ninguém a dirigi-la, e todos cada vez mais emaranhados nela, que tem como única finalidade o aumento da ordem e do próprio poder.

Assim, Foucault coloca em foco uma visão de governo do homem no mundo moderno. As formas de viver, a saúde, os domínios sobre a sexualidade, assim como os sofrimentos existenciais, são objetos do biopoder. A vida está em jogo, na dimensão subjetiva e biológica, não somente para ser disciplinarizada nos domínios da medicina social e sanitária. As formas de viver, a saúde, os domínios sobre a sexualidade, assim como os sofrimentos existenciais serão objetos do biopoder de que fala o estudioso. A noção de biopoder enfatiza “a medicina como participante dos discursos que compõem a própria



experiência de existência humana na modernidade. A medicina não como soberana no exercício de um poder, mas como um discurso que compõem estratégias políticas de gestão da vida. (GUARIDO, 2010, p. 31).

A biopolítica envolve-se com os aspectos da vida e da morte, com nascimento e propagação, com saúde e doença - física e mental – e com processos permitem ou dificultam a otimização da vida. Assim, há preocupação com questões de saúde pública, administração doméstica, migração, níveis de crescimento econômico e padrões de vida, etc.

O que se coloca em discussão, é a idéia da vida como um valor e o controle para a saúde como uma conduta moral. Garantir o comportamento para a saúde vai além da noção da saúde do indivíduo, envolvendo a manutenção da saúde na esfera coletiva, moralizando condutas em relação ao governo de si e dos hábitos em geral.

2.2 Os medicamentos

Segundo Peter Conrad (1992, citado por PEREIRA, 2010), o uso crescente de medicamentos é uma das manifestações da medicalização enquanto uma forma de controle social. Comportamentos entendidos como destoantes de uma “normalidade” estabelecida social e politicamente, são combatidos com medicamentos que buscam “fazer com que os agitados se concentrem, se aquietem, etc”. Para Conrad (1992) apud Pereira (2010), muitos são os problemas decorrentes do controle social caracterizado pela medicalização, dentre eles, a suposição de

10 neutralidade da medicina, o domínio dos especialistas, despolitização do comportamento, a exclusão do comportamento considerado indesejado, a individualização dos problemas sociais, etc.

A partir dos anos 50 do século XX, as práticas em saúde e saúde mental tornaram-se muito dependentes dos produtos farmacológicos, crescendo, desde então, os lucros deste tipo de indústria.

Mais uma vez, cabe lembrar que essa discussão não tem a intenção reduzir o avanço da pesquisa biológica e as condições de tratamento das doenças, inclusive de determinados psicofármacos que implicam avanços no campo da saúde mental. A crítica envolve a redução de questões sociais e políticas à uma questão biológica e individual.

Pesquisas sobre o funcionamento neuroquímico do homem impulsionam e são impulsionados pela indústria farmacêutica. Apesar de haver um sistema de licença para a



produção e comercialização de remédios que regula as drogas que podem ser apresentadas para o consumo, a lógica do mercado atua neste contexto. Os remédios tem se tornado bens de consumo, relacionados a condição de produção de bem-estar, felicidade, etc. Não pode ser deixado de lembrar que o marketing deste tipo de indústria faz apelo a uma dose de automedicação.

Em nível de exemplificação, no Brasil dos últimos anos, houve uma aumento vertiginoso da venda de Ritalina®[®], que é utilizada no tratamento de crianças com suposto diagnóstico de TDAH (Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade).



3 O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO

Recapitulando, o termo medicalização, conforme Moysés e Collares (1994) refere-se ao processo de transformar questões de origem social e política, em questões de ordem médica, buscando encontrar no campo da medicina, as explicações para problemas de outra natureza. Desta forma, é omitido que o processo saúde-doença seja determinado pelas relações sociais que o indivíduo estabelece, desconsiderando que é a expressão tanto do individual quanto do coletivo.

Segundo Angelucci e Souza (2010), a patologização dos problemas de escolarização está ligado à idéia de transformar as dificuldades de escolarização, que são produções sociais e institucionais, em suposto distúrbio orgânico dos alunos.

Moysés e Collares (2010), definem que a medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a Educação no que se refere a invenção das doenças do não aprender. Esta aparece como uma das maiores demandas nos atendimentos psicológicos. A discussão apresentada até aqui deve pautar a atuação do psicólogo para que seja coerente, para que desempenhe seu papel social, não contribuindo com os processos de exclusão que não permitem que a escola exerça sua função que é ensinar.

A biologização da Educação, até alguns anos atrás, era feita pela ciência médica e nos espaços de atuação do médico. Daí parte o termo medicalização nomeando essa prática. Mas, recentemente, com a ampliação e criação de novos campos de conhecimento, novos profissionais estão envolvidos neste processo. Aliados aos médicos em sua prática biologizante, vem os psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos. A partir daí, houve a substituição do termo medicalização para patologização, que é mais abrangente devido à ampliação que fugiu à prática médica. Em determinados contextos, o termo medicalização é utilizado devido já ter se disseminado por autores referência.

Assim como outras áreas, a Educação vem sendo medicalizada rapidamente, destacando o fracasso escolar e a aprendizagem como objetos essenciais deste processo. Tanto



o aprender quanto o não –aprender foram sempre encarados como uma questão individual, inerentes aos alunos, sendo que o professor não tem acesso ao motivo, não tendo, também, responsabilidade. O diagnóstico que justifica o fracasso escolar está centrado no indivíduo e, no máximo, à sua família. No cotidiano da escola, raramente a escola ou a política educacional são questionados. O problema está nas crianças/ adolescentes que não aprendem.

As autoras citam que a patologização do fracasso escolar ocorre sob duas vertentes: o fracasso escolar como produto da desnutrição, sendo uma explicação que atinge apenas as classes trabalhadoras e, também, seria resultado da existência de disfunções neurológicas. Esta última vertente, antes restringida às crianças de classe média, atualmente está disseminada nas classes trabalhadoras.

A desnutrição e sua relação com o fracasso escolar tem sido objetos de diversos estudos. Cabe relatar que, entre os autores que se dispuseram a estudar esta relação, é consenso – adotando os preceitos mínimos do método científico – que as formas mais leves da desnutrição (deste grupo que as crianças da rede pública de ensino fazem parte) não tem repercussão sobre o sistema nervoso central, mesmo tratando de anatomia. Admite-se, atualmente, que a desnutrição grave e ao longo da vida pode interferir o desenvolvimento das funções intelectuais mais complexas, principalmente o raciocínio abstrato superior. Mas, mesmo com esta última constatação, as funções mais complexas e sofisticadas do ser humano não estão desenvolvidas aos sete anos de idade, não podendo ser consideradas como fundamento necessário para a alfabetização. A aquisição da leitura e da escrita, apesar de necessitar das funções intelectuais superiores, não necessita das mais complexas.

Apesar das constatações acima, no discurso de professores ainda podemos encontrar a desnutrição como umas das principais causas do fracasso escolar.

Outra forma de patologizar o não-aprender, envolve as disfunções neurológicas, sendo que os transtornos de aprendizagem sua expressão atualmente em moda. As autoras apontam que, mesmo após mais de cem anos em que estes transtornos foram citados pela primeira vez – por um oftalmologista - ainda não se comprovou sua existência. Estas citam que há uma longa trajetória de mitos, estórias irrealis, verdades omitidas sobre uma suposta doença não comprovada, que não passou pelos critérios de clareza e rigor exigidos pela ciência médica. O conceito é vago e abrangente demais.

Segundo Moysés e Collares (1994), os ditos transtornos de aprendizagem representa um desviador de responsabilidade, pois, se é uma doença neurológica, por mais que o



professor alegue ter tentado tudo para que o aluno aprendesse, ele não aprende. O problema é apontado como sendo um “defeito” da criança e a escola não tem nada a fazer. Assim, crescem assustadoramente o número de clínicas que atuam no tratamento destes diagnósticos medicalizantes.

Neste sentido, as instâncias de poder isentam-se de responsabilidades, “em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas.” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, pg. 72).

Pode-se pensar em dois efeitos do processo de medicalização das questões escolares. Um efeito, é a rotulação de crianças normais como anormais, doentes, que tem que lidar com este estigma. Isso impossibilita que o aluno seja visto como é, que se apresente de forma diferente do que é constantemente taxado e, como consequência, a visão construída sobre ela na escola torna-se cristalizada.

Nos atendimentos psicológicos às queixas escolares, é comum se apresentarem crianças que demonstram sentir-se incapazes para aprender, paralisadas do seu processo de escolarização devido ao estigma, mas que, encontrando um espaço para serem elas mesmas, sendo reconhecidas como capazes, percebendo-se potentes, o rendimento escolar passa a ser diferente, a apontarem possibilidades. Inclusive, por perceberem que a escola estava envolvida na construção da queixa.

O segundo efeito seria a desvalorização do professor, que acabe se percebendo pouco capacitado para lidar com tantos transtornos que supostamente acometem o alunado. Um agravante notado neste contexto, é a percepção de que a única intenção é ter um diagnóstico que justifique a não-aprendizagem. Não é observada a postura de buscar um diagnóstico real que busque uma ação efetiva para resolver o problema ou minimizá-lo. Com o diagnóstico, o que é observado é que encerram-se as preocupação, as angústias. É comum, na Saúde e na Educação, que os profissionais se contentem com o diagnóstico e a tentativas de buscar formas de ajudar a criança cessam.

Os professores, nestas ocasiões, ao invés de procurarem analisar e resolver os problemas educacionais (que são de sua responsabilidade), assumem uma postura passiva diante dos diagnósticos. Assim, passa a ser apenas mediadores, encaminhando os alunos para especialistas da Saúde. Essa prática acaba por tranquilizar os professores e, não apenas por transferirem responsabilidades, mas pelo fato de que o foco das preocupações passam do coletivo para o pessoal. O processo pedagógico que deveria ser objeto de reflexão e de mudança, fica mascarado pela prática de diagnosticar e tratar as questões de maneira individual, já que o problema está localizado no aluno.



O resultado de todo este processo é a culpabilização da vítima e a inércia de um sistema educacional perverso, permeado por ideologias. O espaço pedagógico da escola torna-se esvaziado, vago. A instituição social em que seus participantes/autores são rebaixados na escala social, com salários vergonhosamente baixos, percebendo-se como incapazes e sendo expropriados de seu saber, estão prontos para se submeter a uma nova ordem.

Com o trabalho dos professores desvalorizados, abre-se espaço para outros profissionais, a maioria estimulados pela necessidade de mercado de trabalho. O espaço escolar, que tem como proposta ser um local de aprendizagem, normal e saudável, transforma-se em um espaço clínico, com foco nos erros e nos distúrbios – e interessante – sem melhoria nos índices educacionais, sem diminuição do fracasso escolar.

Cabe concluir que a doença é inexistente, diante deste panorama apresentado sobre a construção da queixa escolar.

A medicalização do campo da Educação, segundo Moysés e Collares (2010), assumiu muitas faces no passado recente, dando sustentação a preconceitos racistas referente a suposta inferioridade dos negros e, posteriormente, a inferioridade intelectual da classe trabalhadora. Preconceitos travestidos de ciência!

A partir dos anos 1980, estes espaços são progressivamente ocupados pelas supostas doenças neurológicas. Chega-se a um ponto em que, atualmente, a maioria dos discursos medicalizantes referente a crianças e adolescentes tratam da dislexia e do TDAH.

Vários autores tem pesquisado a medicalização da vida no sentido da crítica a este processo. Podem ser destacados Peter Conrad, Peter Breggin e Thomaz Szasz. Estes estudiosos tem atuado contra a medicalização da vida e o uso de psicotrópicos, com importantes pesquisas e reflexões teóricas sobre o processo de medicalização.

3.1 Dislexia e TDAH: Os supostos transtornos que mais permeiam o discurso do não aprender

Este trabalho quer tratar sobre pessoas normais, que apresentam apenas problemas no seu processo de escolarização e nas formas de se comportar. São pessoas saudáveis, mas que apresentam formas de aprender e comportamentos diferentes do padrão homogêneo e uniforme, entendidos como normais. Moysés e Collares (2010), chamam a atenção para as perguntas do tipo: Para quem é normal determinado comportamento? A partir de que? Por que?



O que as autoras apontam é para a variabilidade de comportamentos e formas de aprender e como elas são transformadas em doença neurológica que nunca foram comprovadas, que são muito questionadas no campo médico e tratadas, muitas vezes, apenas com intervenção pedagógica.

Moysés e Collares (2010) relataram que, ao se pesquisar as raízes científicas das disfunções neurológicas, observa-se transmutações, omissões e distorções de fatos, criação de mitos, etc. As evidências científicas, o rigor metodológico e a ética ficam fora deste contexto. Desde 1896 sucederam-se hipóteses de doenças neurológicas que comprometeriam apenas a aprendizagem e/ou o comportamento. Vale ressaltar que, nenhuma delas foi comprovada e são criticadas pela medicina. Ocorreram pequenas mudanças, mas que nunca envolveram realmente transformação da essência das disfunções.

Distúrbio significa “alteração violenta na ordem natural por anormalidade patológica” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 74). A dislexia foi e é o distúrbio de aprendizagem mais falado e diagnosticado.

Atualmente, o site da Associação Nacional de Dislexia responde às perguntas frequentes e uma delas é se a dislexia é hereditária: Segue a resposta: “A dislexia de desenvolvimento, aquela que nasce conosco, com frequência aparece em outros casos familiares. As causas genéticas e distúrbios neuroquímicos estão sendo estudados pelas ciências neurocognitivas”.

O olhar médico medicalizante possui um compreensão de inteligência, comportamento e de aprendizagem reduzida ao fator biológico. Assim, a criança diagnosticada é rotulada como doente por toda a vida, devido a um diagnóstico abstrato, não considerando aspectos históricos, políticos, sociais, etc.

Os transtornos de aprendizagem tiveram sua origem em 1896. James Hinshelwood (um oftalmologista) postulou sobre a cegueira verbal congênita. Mesmo com relatos de casos, com sua hipótese não comprovada, não tendo seu trabalho reconhecido durante décadas, ele é citado em comumente como o primeiro grande autor no campo desses distúrbios. Um dos absurdos relatados sobre ele foi o tratamento de uma aluna que sentia-se humilhada e não conseguia ler. Foi sugerido à professora que a aluna não lesse em voz alta e sua melhora foi percebida. Assim, desta forma tão simplista este caso foi citado como um dos que validava o diagnóstico.

Em 1918, o neurologista americano Strauss efetuou especulações sobre a existência de uma lesão cerebral muito pequena para prejudicar outras funções neurológicas, mas que comprometia o comportamento e/ou a aprendizagem. Surge a LCM (Lesão Cerebral



Mínima). Sua hipótese não foi muito considerada no meio científico e nem chegou a ser conhecida pela sociedade.

A partir daí, outros nomes surgiram para falar sobre os “defeito”. Em 1925, Orton (neurologista) publicou um caso de cegueira verbal congênita. Mas logo constatou que se tratava de strphosymbolia e não cegueira verbal congênita. Em 1937 Bradley, um neurologista norte-americano, realizou experiências em criança e adolescentes abrigados, dando drogas psicotrópicos. Em 1957, Vernon (psicólogo inglês) concluiu não haver evidência da existência da cegueira verbal congênita. Em 1962, num workshop internacional, foi constataram que não foi encontrada a lesão nas pessoas que receberam o diagnóstico de LCM. Para MOYSÉS; COLLARES (2010, p. 78):

Neste momento, duas trajetórias distintas , iniciadas uma com a cegueira verbal congênita e a outra com a lesão cerebral mínima confluem e se fundem...entre os “critérios” para o diagnóstico da DCM constavam os distúrbios de aprendizagem, sendo que o mais frequente seria a dislexia específica de evolução, novo nome da cegueira verbal congênita.

Recentemente, a Dislexia Específica de Evolução foi transformada em Dislexia de Desenvolvimento, para que ficasse claro que tratava de uma entidade que surgia no decorrer do desenvolvimento do sujeito.

Atualmente, vemos a exposição de alguns sintomas e sinais, como por exemplo, que constam no site da Fundação Nacional de Dislexia, para obtermos uma idéia da arbitrariedade e absurdos encontrados no que se refere ao diagnóstico de dislexia, disponível em: <http://www.dislexia.com.br>.

Na primeira infância:

- 1 - atraso no desenvolvimento motor desde a fase do engatinhar, sentar e andar;
- 2 - atraso ou deficiência na aquisição da fala, desde o balbucio á pronúncia de palavras;
- 3 - parece difícil para essa criança entender o que está ouvindo;
- 4 - distúrbios do sono;
- 5 - enurese noturna;
- 6 - suscetibilidade à alergias e à infecções;
- 7 - tendência à hiper ou a hipo-atividade motora;
- 8 - chora muito e parece inquieta ou agitada com muita freqüência;
- 9 - dificuldades para aprender a andar de triciclo;
- 10 - dificuldades de adaptação nos primeiros anos escolares.

Referente ao TDAH, Moysés e Collares (2010) apresentam que em 1984, a Academia Americana de Psiquiatria, considerando os critérios diagnósticos da DCM (Disfunção Cerebral Mínima, um dos nomes da Dislexia ao longo da História) eram vagos, confusos



e subjetivos. Entendendo também que o defeito se localizava na área da atenção e a hiperatividade não estariam tendo o destaque adequado, foi proposta uma mudança. Neste momento, surge no mercado a Attention Deficit Disorders (ADD), ainda com os critérios diagnósticos vagos. Posteriormente, no Brasil, surge a terminologia TDAH (Transtornos por Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Ao acessar a página na Internet da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, observa-se que os critérios diagnósticos do TDAH não apresenta alterações importantes em relação aos da DCM. Para exemplificar, disponível em: <http://www.tdah.org.br>:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)
8. Distrai-se com estímulos externos
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma
14. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.
15. Fala em excesso.
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas
17. Tem dificuldade de esperar sua vez
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).

Esta lista mostra-se questionável, vaga, subjetiva... Enfim, nada tem a ver com diagnósticos médicos precisos, realizados dentro dos rigores da ciência médica e, mesmo assim, aparecem nos atendimentos psicológicos como justificativas do não aprender.

Outro exemplo de arbitrariedade e falta de rigor científico pode ser observado no site do IPDA (Instituto Paulista de Déficit de Atenção), referente a explicação sobre a causa do TDAH:



O TDAH é um transtorno de “base orgânica”, associado a uma disfunção em áreas do córtex cerebral, conhecida como Lobo Pré-Frontal. Quando seu funcionamento está comprometido, ocorrem dificuldades com concentração, memória, hiperatividade e impulsividade, originando os sintomas do TDAH - déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Outro texto do mesmo site:

O funcionamento orgânico do cérebro interfere sobre todas as coisas que fazemos. Ao mesmo tempo, também sofre interferência direta do ambiente ao redor e de nossos comportamentos. A intensidade dos sintomas do TDAH é diretamente relacionada ao histórico familiar (famílias mais ou menos estruturadas, com regras claras, horários, organização, etc), aos hábitos que desenvolvemos (usar bem o tempo, manter as coisas organizadas) e ao contexto (onde estudamos, com quem moramos e trabalhamos). O cérebro é parte integrante do problema em casos de TDAH; contudo, qualquer pessoa é sempre mais que seu cérebro.

Quando discutimos sobre as queixas escolares, especificamente, é comum, na prática cotidiana, o psicólogo deparar-se com falas de pais e educadores que encaminharam crianças/ adolescentes para atendimento devido a suspeita de que eram “portadores de TDAH ou Dislexia”. Estes discursos, muitas vezes, são pautados por pesquisas efetuadas por pessoas que convivem com as crianças/ adolescentes (pais, professores, por exemplo) através da Internet, jornais, revistas, etc.

3.2 O discurso competente no ambiente escolar e na família

Segundo Guarido (2010), observa-se, na atualidade, a disparidade entre os avanços tecnológicos e o progresso da humanidade. Esta afirmação se dá por conta da constatação das situações de violência, ausência de direitos, desrespeito às diferenças, dentre outros problemas vivenciados pela sociedade.

Assim, segundo Novaes (2008, citado por GUARIDO, 2010), vivemos em uma época em que o saber instituído demonstra dificuldade em explicar o mundo. Assim, é necessário à tecnociência novos saberes.

No ambiente escolar, há uma presença maciça do discurso médico e psicológico apontando suspeitas de diagnósticos e demandas para que estes se realizem. Este processo se dá devido à própria “formação do campo escolar que esteve pautada, partir da modernidade, pela administração de uma intervenção do estado e dos especialistas na educação das crianças.” (GUARIDO, 2010, p. 35).



Na modernidade, a infância não é reconhecida apenas como um período particular do desenvolvimento humano, mas também como tempo de preparação de pessoas para o trabalho e saudáveis, psiquicamente, para a vida social. Assim, trata-se de um período a ser assistido, cuidado.

Nesse contexto, a autoridade da família foi substituída por um conjunto de especialistas, considerados capazes de orientar a educação das crianças no que diz respeito às relações afetivas, à moralidade e à escola.

As teorias higienistas, as teorias médicas sobre degeneração, a concepção de puericultura, o desenvolvimento de teorias e técnicas psicométricas e da psicologia do desenvolvimento estão na raiz do que diz respeito à visão de vulnerabilidade infantil como período de preparo, relacionada à intervenções na instituição escolar e na família.

A partir de informações da Psicologia, foi solicitado aos professores que fossem uma extensão do olhar “especialista”, levados a observarem as mudanças de comportamento das crianças e a orientarem as famílias sobre a busca de tratamentos para os problemas que os alunos apresentavam. Esta concepção ia ao encontro de transformar questões de outra ordem em individuais.

3.3 A culpabilização das vítimas

Patto (1993, citado por GUARIDO, 2010), aponta para as teorias psicológicas que atuam à favor da culpabilização das crianças e de suas famílias em relação ao fracasso escolar, trabalhando, também, na manutenção da divisão de classes e da ideologia burguesa. Outro discurso que contribuiu para este cenário é o chamado discurso psicopedagógico hegemônico, que Segundo Lajonquière (1998, citado por SILVA, 2008), o discurso psicopedagógico hegemônico trata de uma premissa totalizante, que engloba tanto aspectos preventivos quanto prognósticos. Segundo a autora, “nada escapa à este tipo de discurso, posto que tudo o que ocorre na cena educativa está sujeito a um viés explicativo que convoca a ciência, seja ela representada pela Medicina (com suas categorias nosográficas e a consequente medicalização do cotidiano escolar) ou pela Psicologia (ao propor um desenvolvimento maturacional). A escola e os pais – suscetíveis a essa influências – acabam por renunciar ao ato educativo Lajonquière, (1999, citado por SILVA, 2008), demitindo-se – em nome da Ciência – da tarefa de educar.

Remetendo à Foucault (GUARIDO, 2010, p. 36):

poderíamos tomar a mesma demanda como resultado das práticas dis-



ciplinares que ganharam na modernidade a eficácia de caracterizar os indivíduos, classificando-os, localizando-os e os registrados nos parâmetros da Norma.

Já que os problemas e as condições do aprendizado das crianças são dados pelo funcionamento cerebral – na visão medicalizante - e não pelas relações, interferências de outros aspectos na sua estruturação e desenvolvimento são desconsiderados. Desconsidera-se a dimensão simbólica da subjetividade, apontando para a impossibilidade de atuação dos sujeitos sobre o que ocorre com eles.

Guarido (2010) aponta que crianças e adulto desresponsabilizados sobre o que lhes acontece, tornam-se impotentes para que possam atuar sobre seus sofrimentos e aprendizados. Assim, a impotência mostra-se como mais uma das consequências do discurso biológico. Em decorrência deste quadro, torna-se potente o discurso do especialista, que profere um diagnóstico e saberia o que fazer com este.

Assim, a aprendizagem perde a condição de ser resultado da ação humana, “dimensão do encontro na pluralidade própria do mundo público, onde produzimos história”. (GUARIDO, 2010, p. 37). Desta forma, criou-se a ilusão que o conhecimento pode ser construído individualmente.

Neste contexto, o encontro entre os adultos e as crianças na escola corre o risco de ser reduzido como a uma administração de estímulos que são direcionados aos alunos. Aqui, cabe ressaltar, a tendência a um esvaziamento do ato educativo e da diversidade e riqueza da experiência humana.

Em relação à pessoa, o biologismo que embasa a psiquiatria e os discursos científicos sobre o ser humano tende a naturalizar os fenômenos humanos. Segundo Moysés e Collares (2007, citado por MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 72):

No mundo da natureza, os processos e fenômenos obedecem a leis naturais. A medicalização naturaliza a vida, todos os processos e relações, socialmente constituídos e, em decorrência disso desconstrói direitos humanos, uma construção histórica do mundo, da vida.

O discurso freudiano vem contribuir, neste sentido, com a importância do conflito e do desejo como elementos na construção dos sintomas. Desta forma, a psicanálise mostra como a maneira singular com que cada indivíduo expressa sua busca por satisfação na relação com o outro. A medicina iria na contra-mão, entendendo os sintomas como doenças ou desvio e não como inerente à experiência humana. Do ponto de vista da psicanálise, o sujeito se constitui a partir da experiência com o outro.



4 CONTEXTUALIZANDO A REDEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO DA PSICOLOGIA NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A MEDICALIZAÇÃO

Após tratar sobre o processo da medicalização da vida e da Educação, torna-se necessário discutir o papel da Psicologia na ampliação do seu alcance. Isso porque a atuação do psicólogo, em determinados momentos da história, caminhava na via da medicalização, da individualização de questões de ordem coletiva.

Souza (2010), cita Patto (1984), trata sobre a autocrítica da Psicologia e da psicologia escolar em relação a serviço de quê e a quem estaria numa sociedade de classes. A atuação profissional do psicólogo não estava contribuindo para a melhoria da qualidade da escola e os seus benefícios à todas as pessoas, principalmente às das classes populares. Aqui, aponta a presença da teoria da carência cultural, que embasava a explicação sobre o fracasso escolar dos alunos de escolas públicas. Patto (1990, citado por SOUZA, 2010) realizou grande e importante pesquisa, explicando como se deu, a partir do Brasil-Colônia no pensamento educacional brasileiro, as explicações para o baixo rendimento dos alunos, e como a Psicologia e a Medicina comparecem nesse contexto. Assim, tratou sobre as explicações a partir do Movimento da Higiene Mental e a medicina e as questões de saúde e doença, que se articularam com teorias psicológicas e passaram a construir um dos ramos centrado nos distúrbios orgânicos e nas disfunções das crianças, disfunções estas de várias naturezas.

Nos anos 1980, começa um conjunto de questionamentos da Psicologia e da Psicologia Escolar: o papel social da Psicologia, os pressupostos que norteavam a construção de conhecimento na área e as suas finalidades relacionadas à escola e os sujeitos dela participantes. Essas críticas se deram na época da redemocratização do Estado brasileiro, momento propício para uma discussão teórica e metodológica em uma visão emancipatória e com raiz na realidade social. Neste cenário nacional, incluindo a descentralização do poder para municípios e estados, a educação passa a ter autonomia para planejar, gerir



e implementar políticas públicas educacionais.

As críticas e discussões no campo da Psicologia na sua interface com a Educação, a Psicologia Escolar e Educacional se voltam para um novo objeto de estudo, que é o fracasso escolar. Assim, passa-se a estudar a escola tanto na Psicologia quanto o campo da Educação. A partir das discussões, foram efetuados estudos sobre a vida diária escolar, as práticas educacionais, relações nas instituições, processos de estigmatização escolares, diferenças de classe social e de gênero, papel da avaliação psicológica, instrumentos de diagnóstico e avaliação dos processos escolares, papel do psicólogo, etc.

A análise do fracasso escolar mostrou que os problemas de aprendizagem recaem sobre os alunos de classes populares. Essas explicações equivocadas e analisadas de acordo com seu caráter ideológico, colocam que estes sujeitos apresentam problemas psicológicos, biológicos, orgânicos, ou sócio-culturais (mais recentemente este último), resultando em concepções preconceituosas sobre a pobreza. Outro aspecto importante a ser considerado são as questões institucionais, políticas, individuais, de funcionamento e estruturais que permeiam o cotidiano escolar e que produzem seu fracasso, mantendo um grande movimento de exclusão.

Os referenciais teóricos da psicologia tradicional mantinham como foco de análise os aspectos do psiquismo e do desenvolvimento cognitivo do sujeito ou, ainda, meramente pedagógicos.

A concepção sobre o fracasso escolar, da escola como produtora desse fracasso, levou a questionamentos como o posicionamento político do psicólogo em relação aos excluídos. Além de ser necessária a superação aos referenciais teórico-práticos da Psicologia que produziram exclusão através da visão medicalizante da queixa escolar. Estes questionamentos apresentam desafios para o psicólogo e para a formação de profissionais que atuam no campo da Educação.

Houve contribuição do referencial teórico crítico, vindo da Sociologia e das metodologias de pesquisa qualitativas, provenientes de perspectivas antropológicas, para analisar o processo de escolarização. Estas permitiram a percepção sobre a complexidade desse processo, que antes era concebido como uma questão individual, familiar, puramente metodológica, ou como uma relação entre professor e aluno. Assim, inseriu-se um novo foco de análise: o processo de escolarização, “constituído a partir das condições objetivas, concretas, que permitem, ou não, que a escola possa cumprir as suas finalidades sociais”. (SOUZA, 2010, p. 60).

Uma concepção teórica que visa analisar o processo de escolarização e não os pro-



blemas de aprendizagem, muda o foco da análise do sujeito para a escola e as relações institucionais, históricas, psicológicas, pedagógicas e políticas que se fazem presente e constituem o cotidiano escolar.

“... os aspectos psicológicos são parte do complexo universo da escola, encontrando-se imbricados nas múltiplas relações que se estabelecem no processo pedagógico e institucional presentes na escola”. SOUZA, 2010, p.60). Assim, não tratou-se de uma ampliação de contexto, mas de uma ruptura com a visão que desconsiderava a escola e seu universo. Ruptura com a visão de considerar as dificuldades no processo de escolarização como problemas de aprendizagem, decorrentes de questões emocionais, sintomas destas.

Ter essa visão de escola, implica considerar que ela é atravessada por reformas educacionais. Assim, na Psicologia Escolar, compreender as políticas públicas significa compreender como os professores, alunos e gestores experienciam sua implantação e participam – ou não – da sua concepção. Passa a ser de suma importância para o psicólogo que atua no campo da educação, compreendê-las, as condições de trabalho em que são implantadas, como os educadores se colocam a respeito delas, suas perspectivas, etc.

Segundo Souza (2010), aponta para o sistema educacional brasileiro que, degradado por políticas públicas (dentre outros fatores) implantadas de maneira autoritária e, na maioria das vezes, com objetivos mais econômicos e propagandísticos do que comprometidos com o acesso a uma educação de qualidade. O cotidiano escolar tem se deteriorado, apesar do idealismo e dos profissionais qualificados e comprometidos. Enquanto o movimento de crítica foi se fortalecendo, a pouca presença do psicólogo no campo da educação escolar permaneceu. No espaço deixado pela Psicologia nesse momento de autocrítica, outras concepções foram ganhando terreno. As outras concepções, de origem adaptacionista, vinham para responder às demandas dos professores e gestores. As explicações vieram, principalmente, da Psicopedagogia e Psicomotricidade.

Com uma visão clínica e com atendimentos fora da escola, estes dois campos de interface com a Psicologia e a Educação, que se fortaleceram nos anos 1990, buscavam realizar diagnósticos, considerando os aspectos cognitivo, afetivo, pedagógico ou psicomotor e com atendimentos individuais. Mais uma vez, o problema do não aprender é atribuído à criança que, de acordo com esses campos, deveria ser tratada, acompanhada ou passar por um processo de reeducação para voltar a aprender.

Este movimento formou diversos profissionais e, atualmente, encontraram muitos aliados. Com o fortalecimento da genética, da neurologia e da neuropsicologia, as questões biológicas voltam a explicar as causas do não aprender. A partir do ano 2000, assistimos



ao retorno das teorias organicistas focadas nos distúrbios e transtornos. Nesse contexto, observou-se uma retomada de termos como dislexia, disortografia, dislalia, dentre outros, tão questionados nos campos da Psicologia, da Medicina e da Educação.

As concepções organicistas contam, também, com diagnósticos neurológicos, possibilitando a medicalização de crianças e adolescentes. A patologização dos sujeitos, segundo a visão organicista, é considerada um direito, alegando-se que é direito da família saber o que a criança tem, que seja propiciado seu atendimento, diagnóstico e medicação. Percebe-se um processo extremamente perverso, conforme Souza (2010). Isso levou a exigir do estado que arcasse com estas despesas.

Souza (2010) chama a atenção para a gravidade desse momento histórico, no qual estamos diante dos piores momentos de avaliação da qualidade da educação oferecida aos brasileiros. “ Além dos projetos legislativos, atualmente constituiu-se um grupo assessor no Ministério da Educação, na área da Educação Especial, que estuda a inserção dos transtornos e demais distúrbios como passíveis de atendimento na área da Educação Especial por meio do Plano Nacional de Educação Especial”, segundo Souza (2010).

O Brasil está à mercê de projetos políticos de interesses de alguns segmentos da sociedade de classes, que não atingem um projeto nacional efetivo para as classes populares e de avanço na qualidade do ensino.

Neste momento, mostra-se importante introduzir a discussão sobre as políticas públicas pela Psicologia e pela Psicologia Escolar. Essa discussão passou a ser considerada importante a pouco mais de vinte anos, considerando Souza (2010). Cabe ressaltar a importância da atuação do psicólogo às queixas escolares – tanto nos atendimentos clínicos quanto na atuação institucional – ir na contra-mão da visão medicalizante. A ruptura com a forma de compreender as questões escolares como questões individuais abriu espaço para a consideração da escola e do seu universo.



5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO E O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ÀS QUEIXA ESCOLARES

Acompanhamos, na sociedade atual, uma crescente busca pela padronização e homogeneização das pessoas. Quem não se submete, enfrenta processos desgastantes e humilhantes para que perceba que é mais fácil conformar-se. Isso também tem ocorrido na escola.

Moysés e Collares (2010), chamam a atenção para o fato de que pessoas normais:

até serem diagnosticados/rotuladas, ocupam os espaços de discursos e de ações que deveriam ser destinados ao acolhimento e atendimento daqueles que realmente têm problemas. A esses, sob a máscara da inclusão, restam cada vez mais menos corações e mentes efetivamente sintonizados com eles... Até mesmo os poucos recursos públicos a eles destinados têm sido objeto de cobiça dos que inventam e reinventam as doenças do não-aprender e do comportamento . (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p.72).

Torna-se necessário ressaltar a importância do serviço Orientação à Queixa Escolar (OQE), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cuja atenção e o respeito à singularidade e à diversidade são princípios fundamentais no atendimento às queixas escolares. Segundo Souza (2010) no texto “A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos”. Os princípios do OQE vão de encontro a um projeto de sociedade em que a diversidade de estilos, culturas, etnias, dentre outros aspectos das pessoas e dos grupos, são reconhecidos e utilizados ao máximo.

Nesta modalidade de atendimentos, os distúrbios de aprendizagem aparecem como hipóteses dos pais para a origem dos problemas na escolarização. Estes distúrbios são apresentados como incuráveis, de origem neurológica e genética. Muitas vezes, o diagnóstico era levantado pelos professores das crianças atendidas no serviço.

Neste momento, torna-se fundamental tratar sobre a situação do sistema educacional brasileiro. Ele encontra-se degradado, atravessado por políticas públicas implantadas de



maneira autoritária, muitas vezes, com objetivos mais econômicos e propagandísticos do que firmados em um compromisso com uma educação de qualidade para todos.

Segundo Souza (2010), na OQE a queixa escolar é entendida, enquanto sua natureza e gênese, a queixa que tem em seu centro, o processo de escolarização. Trata de uma rede de relações que tem como participantes a criança/ adolescente, a família e a escola. A unidade em que se manifesta e é sustentada é o universo escolar. Nesta modalidade de atendimento, o objetivo é conseguir uma movimentação nessa rede dinâmica que vá no sentido do desenvolvimento de todos os seus participantes.

O seu objetivo deve ir na contra-mão dos atendimentos psicológico tradicionais, medicalizantes, que valorizam o diagnóstico, o rótulo e o tratamento do aluno-problema. Deve-se buscar investigar/ intervir no objeto que é a rede e como se dão as relações entre seus participantes. Considera-se que o momento é construído ao longo de uma história que lhe atribuí sentido. Sendo assim, no atendimento inclui conhecer e problematizar essa história.

Para que o trabalho do psicólogo se desenvolva, é necessário que haja atenção e respeito à diversidade e à singularidade, princípios norteadores de sua prática. Esta concepção está em acordo com um modelo de sociedade que reconhece a riqueza da diversidade humana, suas características e as aproveita ao máximo.

Todos os são ouvidos devem ter sua demanda ouvida, saídas são pensadas conjuntamente, os limites e as potencialidades também. Não há necessidade de roteiros pré-determinados na conversa com pais e professores, por exemplo. As perguntas a serem realizadas dependem do caminho que a narrativa sugere e a concepção de queixa escolar é compreendida. Muitas vezes, um único encontro é suficiente para se perceba os recursos da família, criança/ adolescente e/ou escola.

É importante ressaltar que faz-se necessário compreender a sua demanda das crianças/adolescentes e permitir que ela tenha espaço. Esta deve ser pensada e problematizada. inclusive através do encontro com a versão da família, da escola e da exploração do material escolar.

A história escolar deve ser resgatada, para que seja possível compreender o processo de construção da queixa. Deve ocorrer a circulação de informações, que possibilita a compreensão da queixa escolar por todos os envolvidos. Caminhos são pensados, reconsiderados...

Essa visão da queixa escolar, que a compreende como uma construção que ocorre em



uma rede de relações combate a visão medicalizante, que individualiza e patologiza as dificuldades escolares.

Conforme Souza (2010), é importante que tenha lugar central nos atendimentos a apropriação e desenvolvimento das potências (intelectuais, emocionais e/ou corporais) por parte da criança:

assim como o resgate do vínculo com a aprendizagem das letras e do pensamento, frequentemente embotado por duras histórias de escolarização, pontuadas muitas vezes por cenas de violência, simbólica e física. (SOUZA, 2010, p.272).

Faz-se necessário o contato direto na instituição escolar. Parece até óbvio que a escola deva ser incluída no processo de atendimento às queixas escolares. Mas como mostra Souza (1996), os atendimentos nas Clínicas-escola mostram que o centro do processo é a utilização dos testes psicológicos. A tríade inteligência, percepção viso-motora e os aspectos emocionais continuam sendo a base do raciocínio clínico. Muitas vezes, a escola aparece apenas em uma das questões da tradicional anamnese.

Este contato com a escola, por ele mesmo, traz informações importantes para a compreensão e condução do trabalho. A observação e o estar na escola permite perceber alguns determinantes institucionais da queixa escolar. É importante, segundo a autora, que o contato direto com a escola seja mais ao final do processo, pois é necessário ter informações e experiências para oferecer e ao apenas apresentar perguntas (cabe ressaltar que são solicitadas informações sobre a escola atual e sobre a anteriores).

É importante que o professor participe deste encontro, pois está em contato direto com a criança, assim como a presença do coordenador pode possibilitar o apoio à ação do educador e garantir a continuidade do trabalho se a criança trocar de professor. Deve-se buscar, nesse contato, “promover, identificar e valorizar os recursos e potencialidade dos educadores e da escola.” (Souza 2010, pg 272). Isso inclui buscar seus saberes, informações e experiências, além da importância de ter uma postura respeitosa, considerando as condições precárias e adoecedora em que muitos educadores se deparam, procurando desenvolver uma relação horizontal para que ocorra um encontro positivo. Busca-se um caminho possível de superação da situação de queixa ou da sustentação do movimento de superação.

Nessas situações, é possível compartilhar uma visão diferente – não rotulante – da criança, suas potencialidades, o que possibilita que a visão cristalizada se modifique e ela possa ocupar o lugar de quem aprende.



Torna-se necessário problematizar com todos os envolvidos as explicações patologizantes, focar-se nos funcionamentos institucionais escolares, nas relações entre estes participantes. Se estas questões não forem abordadas, continuaremos a acompanhar a culpabilização das vítimas – crianças, adolescentes e famílias – e a desresponsabilização dos governantes diante de péssimo estado do sistema educacional nacional. Assim, não será possível compreender a rede que atua na produção do fracasso escolar, pois os problemas no processo de escolarização são considerados de ordem individual, biológica e não há nada a fazer a não ser aceitar a “doença” e tratá-la. Os reais problemas são mascarados por esta lógica medicalizante.

É importante atentar-se à questão da desresponsabilização de professores. Estes, além de não sentirem-se capazes de lidar com uma avalanche de diagnósticos, não encontram espaços para discussão da prática docente, se deparam com políticas públicas implantadas sem consulta e orientação ao educador. Enfim, não se discute as questões do funcionamento escolar.

Em atendimentos efetuados no OQE, não é raro serem acompanhadas crianças e adolescentes que, pelo fato de não aceitarem a violência a que muitos são submetidos na escola, como falta de espaço para pensarem, questionarem o sistema de ensino ou mesmo uma atitude de profissionais da escola, de não compreenderem o sentido da cópia que é tão comum neste ambiente (dentre outros questionamentos), passam a ser criticados, considerados alunos-problema. Seus pais são chamados para ouvirem que os filhos não se concentram, não respeitam os professores, que não realizam as tarefas e que é necessário que a família acompanhe com mais afinco a vida escolar deles. Bom, as crianças estão sendo levadas aos atendimentos, vários pais tem até assistido aulas – o que significa faltar no emprego – para tentar resolver os problemas escolares dos filhos e ainda tem que ouvir este “desaforo”.

Nos atendimentos à queixas escolares, é importante que o psicólogo se intere e pense questões como: preconceitos e mitos referente às queixas escolares, os métodos de alfabetização (que permite ao profissional compreender os avanços da criança), direitos das crianças e adolescentes, humilhação social, pluralidade cultural, políticas públicas, educação inclusiva, etc. Temas como os citados, podem auxiliar o psicólogo a compreender o processo de rótulação de crianças normais.

É importante que o psicólogo se atente aos efeitos da medicalização. Um deles é o fato de crianças normais serem taxadas de anormais, doentes, tendo que lidar com este estigma. O outro, a desvalorização do profissional da Educação, que não se vê capaz,



com subsídios para lidar com as supostas patologias.

Na prática, segundo Moysés e Collares(1994), a criança que recebe um diagnóstico de suposta doença neurológica, como a dislexia por exemplo, “Passa a ser psicologicamente uma criança doente, com consequências previsíveis sobre sua auto-estima, sobre seu auto-conceito e, aí sim, sobre sua aprendizagem”. (MOYSÉS; COLLARES, 1994, p.5). A criança acaba confirmando, na prática, o diagnóstico/ rótulo estabelecido.

Segundo Machado (2004), Muitas vezes, é perguntado o porque que crianças não aprendem e, para que ocorra movimento neste contexto de naturalização, é necessário problematizarmos as perguntas que são feitas a respeito dos acontecimentos.

Segundo Machado (2004), naturalizar significa pensar que o que acontece é consequência da natureza mesma das coisas e não da história. Desta forma, quando é sentido como natural algo que incomoda, fica-se sem ação, as pessoas se excluem da prática, das relações e, estas últimas, ficam estagnadas. As queixas continuam as mesmas, durante muito tempo, sem que haja movimento. Lembrando Foucault, a prática de objetivação, envolve uma prática de subjetivação. Algo é produzido e produz-se o sujeito que entende esse algo naturalmente. Alunos normais são objetivados como especiais, os professores os tratam como tais, fazendo o que lhes parece evidente, “natural”. Assim, a naturalização fortalece as cristalizações. Se as objetivações são produzidas nas relações e práticas, as perguntas sobre a construção do fracasso escolar, sobre como as relações diagnósticas e de aprendizagem fabricam esses alunos, devem ser feitas sobre elas e não sobre o objeto, a criança. “Deve-se buscar o funcionamento, devolvendo-se com isso à história aquilo cuja existência “naturalizamos”. (MACHADO, 2004, p.41).

Mas, quando um profissional entende a queixa escolar como uma construção, devendo ouvir as versões de todos os envolvidos na queixa (como família, escola e criança/adolescente), respeitando sua individualidade e a diversidade humana, aquele sujeito rotulado passa a desenvolver-se, não apresentando dificuldades ora observadas em outras situações, como avaliações escolares.



6 CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi objetivo tratar sobre a medicalização, este processo consiste em transformar questões de ordem política, social, etc, em questões biológicas, individuais.

O psicólogo, ao atuar no campo das relações do sujeito consigo mesmo, com o mundo, envolvido com o processo de subjetivação, torna-se importante discutir a medicalização, conhecer como esse processo foi se dando ao longo da história e tem se engendrado na sociedade contemporânea.

Como requisito para a conclusão do Curso de Aprimoramento “Orientação à Queixa Escolar”, buscou-se compreender um pouco como se deu o processo da medicalização, seus efeitos, sua relação com a Educação e, conseqüentemente, com o atendimento psicológico às queixas escolares. Objetivou-se, também, compreender como a Psicologia, em muitos momentos de sua história, contribuiu para que o ideário patologizante ganhasse cada vez mais espaço na sociedade brasileira.

Estudos sobre história da educação e sociologia da educação buscaram enfatizar a forma como o saber médico em relação às doenças foi usado para explicar o fracasso escolar. Almejavam analisar como este saber atravessou a prática escolar, que produziu um projeto de educação para a saúde. As propostas pedagógicas também foram influenciadas, dirigindo-se a moralizar e organizar o encontro entre adultos e crianças.

Ao nos depararmos com o quadro da medicalização e a realidade escolar brasileira, apesar de haverem ações coerentes e bem sucedidas com finalidades educativas como aponta Souza(2010) em seu texto que trata sobre a patologia utilizada para justificar a não aprendizagem escolar, devemos nos voltar para o interior da escola, rever as políticas públicas, a prática docente, métodos e práticas político-pedagógicas. É o momento de ser efetuada uma revisão estrutural do sistema educacional para compreensão do porque que crianças passam anos na escola e não estão alfabetizadas e o psicólogo deve estar ciente disso.

Não devem ser atribuídas aos sujeitos as causas da não-aprendizagem. Se o fizermos,



os penalizaremos pelo fato de não estarmos cumprindo nosso papel social (deixando de oferecer uma escola de qualidade) e por acreditarmos que ao encontrar em seu corpo os sinais do não cumprimento desse papel social, daremos a atribuição de distúrbio a esta constatação e utilizaremos terapias, tratamentos para avaliar o peso do não aprender.

A Psicologia e a Psicologia Escolar devem trabalhar para defender a participação de seus conhecimentos para garantir três eixos de ação: “compromisso com a luta por uma escola democrática e com qualidade social; ruptura epistemológica relativa à visão adaptacionista de Psicologia e a construção de uma práxis psicológica frente à queixa escolar”. (SOUZA, 2010, p.65).

Os transtornos de aprendizagem ganharam campo. A visão patologizante dos problemas escolares tem culpabilizado as vítimas e não tem proporcionado mudanças que caminham para superação das dificuldades, no movimento da rede de relações dinâmicas a caminho do desenvolvimento de seus participantes.

Percebe-se um retrocesso no campo educacional quando a transformamos em patologia algo que é produto das dificuldades vivenciadas em um sistema escolar que não dá conta de suas finalidades. “Sistema este fruto de políticas que durante décadas depauperaram a escola pública e dificultaram que desempenhasse seus papéis sociais e políticos”.(SOUZA, 2010 p. 65). Essa percepção deve pautar o atendimento psicológico às queixa escolares.

Espero que o objetivo de iniciar uma discussão sobre a medicalização e não esgotá-la – longe disso, muito longe! – tenha sido alcançado.



7 BIBLIOGRAFIA

COLLARES, C. A. L. e MOYSÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação) Série Idéias n. 23. São Paulo: FDE, 1994 p.: 25- 31 [artigo científico]

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CRPSP; GIQE. (Org.). Medicalização de Crianças e Adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. , p. 27-39.

MACHADO, Adriana M., As crianças excluídas da escola: Um alerta para a Psicologia. In: MACHADO, A. M.; SOUZA, M. P. R. (Org.). Psicologia Escolar: Em busca de Novos Rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 39-54.

MOYSES, M.A. A. ; COLLARES, C. A. L. . Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CRPSP; GIQE. (Org.). Medicalização de Crianças e Adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. , p. 71-110.

PEREIRA, L. Depressão: mobilização e sofrimento social. 2010. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo. N°. p. 116.

SILVA, K. C. B. . A inclusão escolar e o diagnóstico de TGD: uma discussão psicanalítica. In: VI Semana de Educação FEUSP: identidade e diversidade (publicação hipertexto), 2008, São Paulo. Anais da VI Semana de Educação FEUSP, 2008.

SOUZA, B. P. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos. In: CRPSP; GIQE. (Org.). Medicalização de Crianças e Adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. , p. 269-283.

SOUZA, M. P. R. A queixa escolar e a formação do psicólogo. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1996.

SOUZA, M. P. R. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo.



ralismo”. In: CRPSP; GIQE. (Org.). Medicalização de Crianças e Adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. , p. 57-67.

<http://www.andislexia.org.br> – acessado em 13/05/2011, 15/05/2011.

<http://www.dislexia.com.br> – acessado em 15/05/2011.

<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br> – acesso em 15/05/2011.

<http://www.tdah.org.br> – acesso em 15/05/2011.