UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ISABEL DE BARROS RODRIGUES

**(D)Efeitos da medicalização sobre a escolarização de crianças
diagnosticadas com TEA**

SÃO PAULO

2017

ISABEL DE BARROS RODRIGUES

**(D)Efeitos da medicalização sobre a escolarização de crianças diagnosticadas
com TEA**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestra em Educação.

Área de Concentração: Educação e Ciências Sociais –
desigualdades e diferenças

Linha de Pesquisa: Educação Especial

Orientadora: Profa. Dra. Carla Biancha Angelucci

SÃO PAULO

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo

371.9	Rodrigues, Isabel de Barros
-------	-----------------------------

R696d	(D)efeitos da medicalização sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA / Isabel de Barros Rodrigues; orientação Carla Biancha Angelucci. São Paulo: s.n., 2017.
-------	---

190 p. ils.; graf.; tabs.; apêndice

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Educação Especial) - - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

1. Inclusão escolar 2. Autismo 3. Educação especial 4. Diagnóstico 5. Medicalização I. Angelucci, Carla Biancha, orient.

RODRIGUES, Isabel de Barros. **(D)Efeitos da medicalização sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA**. 2017. 190 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestra em Educação.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^a. Carla Biancha Angelucci

Instituição: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo - FeUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^a. Cláudia Rodrigues de Freitas

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^a. Ilana Katz Zagury

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IpUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Para a criança que me ensinou sobre o encanto do imprevisível

AGRADECIMENTOS

À Biancha Angelucci. Sem você esse trabalho não teria sido possível. Agradeço pelo acolhimento, pela disponibilidade, pela força e pela parceria. Você me convoca a ser essa pesquisadora comprometida com o mundo em que vivemos. Te encontrar foi transformador.

À Ilana Katz, pela leitura atenta e apontamentos certos no momento da qualificação, e pela parceria construída desde então. Seu estilo foi e é um respiro para mim.

À Claudia Rodrigues de Freitas, pela disponibilidade de fazer parte desse momento.

Ao Rinaldo Voltolini, que fez e faz parte de um longo caminho. Agradeço pela escuta, pela transmissão e pelas perguntas trazidas no meio do percurso desse trabalho.

Às mulheres de nosso grupo de pesquisa, por todas as discussões ao longo desse caminho. O engajamento de todas é sempre motor. Um agradecimento especial à Fábiana, que me pegou pela mão e me trouxe até esse grupo; à Aline por todas as leituras cuidadosas e respostas tranquilizadoras; à Kelly, pelos encontros que me mostram que sempre tem alguém ali, no mesmo barco que eu; à Renata, pela preocupação na leitura e pelo trabalho, que desde antes do mestrado me fazem apostar na potência de nosso lugar; à Larissa Costa, por todas as questões; à Larissa Ornelas, por me fazer lembrar da relação entre Educação, Política e Ética.

À “Fátima” e à “Marina”, por terem participado dessa pesquisa. Como é bom encontrar pessoas tão corajosas!

À Michele Faria, que não me deixa esquecer de escutar e perguntar, por ter esse espaço tão acolhedor. Entre tantas coisas, com você aprendi que ler na fonte é essencial.

Às pessoas que estiveram comigo na mesma. Bia, por me apresentar esse novo lugar e pela sua determinação. Carol, pela tranquilidade de pensar que o mundo existe para além da Academia. Aline, que sempre mostra o quanto é importante nos posicionarmos. Lenara, que entre escola, faculdade, pós-graduação e clínica, não deixa nunca de aparecer.

À Flavinha, minha querida parceira de todas as horas. Pela leitura, pelos comentários, pelas opiniões, pelas dúvidas. O que fazemos é muito difícil, mas poder partilhar meu estrangeirismo com você é o que não me faz desistir.

À Sil, minha irmã, pela delicadeza e pela braveza. Saber que você está sempre ao meu lado me permite ser mais corajosa.

Ao Leo, meu irmão, pela curiosidade e pelo humor. Te ver crescer me fez ser mais atenta aos outros.

Aos meus pais. Se eu fosse enumerar tudo a que sou grata, faltaria papel. Mas nesse momento, nesse trabalho, principalmente: à minha mãe, Maria Helena, por sempre acreditar que somos capazes de mais; e ao meu pai, Luis Eduardo, por me ensinar que falar com densidade teórica não significa ser incompreensível.

Ao Gabriel, com quem aprendi que somos melhores quando caminhamos juntos.

RESUMO

RODRIGUES, Isabel de Barros. **(D)Efeitos da medicalização sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA**. 2017. 190 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestra em Educação.

A inclusão escolar e a nova realidade criada por ela na escola, por vezes, gera um mal-estar na equipe pedagógica, uma vez que há uma distância entre as clássicas prescrições pedagógicas e a realidade da sala de aula. A busca pela padronização dos comportamentos para direcionamento da prática pedagógica acaba, muitas vezes, por tornar desimportantes os parâmetros oferecidos pela própria relação entre professor e estudante. Entre a prática pedagógica e a prescrição médica, o encontro do professor com o aluno diagnosticado com transtorno do espectro autista (TEA) acaba sendo atravessado por saberes externos à relação educativa. A presente pesquisa tem o objetivo traçar um panorama do campo de estudos sobre a escolarização de estudantes diagnosticados com TEA, da organização da oferta e da sistematização do atendimento escolar, no contexto da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Para isso, refletimos sobre as políticas sociais de atenção à pessoa com autismo, os processos de medicalização e alguns discursos sobre o autismo. Vimos que o campo de estudos e ação na escolarização de pessoas com diagnóstico com TEA é marcado por concepções biomédicas. Como efeito disso, temos a coexistência de diferentes concepções sobre o que se nomeia “autismo”, sua etiologia e o que constitui o atendimento a esse público. Com a predominância da compreensão dos manuais de Psiquiatria, ofusca-se a existência de um campo interdisciplinar e multiprofissional, com diferentes compreensões sobre o tema, bem como a discussão sobre os saberes e experiências da Educação sobre a escolarização desse público. Nesse contexto, primeiramente analisamos a produção sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA no Brasil, a partir do estudo da publicação acadêmica sobre o tema, tendo como método uma análise bibliométrica do *corpus* de pesquisa e análise do conteúdo das teses, dissertações e artigos analisados. A partir disso, discutimos quais os sentidos do diagnóstico de TEA para o campo educacional e quais as perspectivas sobre a aprendizagem e escolarização das crianças assim diagnosticadas para os pesquisadores. Em seguida, realizamos entrevistas com duas professoras que trabalham ou trabalharam em salas comuns de escolas regulares e que partilham do princípio ético da Educação para Todos. Nas entrevistas tivemos o intuito de discutir as questões levantadas em nossa pesquisa bibliográfica a respeito dos aspectos da escolarização desse público. Concluímos que há a predominância de produções acadêmicas cujo foco é a interação social dos alunos com seus professores e colegas; tende-se a interpretações sobre as dificuldades dos professores no trabalho como falta de instrumental pedagógico; e permanece a clássica afirmação de que a interação ou a socialização são pré-condições para a aprendizagem. Por outro lado, as entrevistadas nos mostram a importância de não condicionar o trabalho educacional aos saberes biomédicos, atitude que possibilita que o trabalho tenha efeitos importantes na inclusão no grupo e na escolarização das crianças. Isso nos mostra que o saber biomédico e a especialidade clínica não são condicionais para o trabalho pedagógico do professor. Outrossim, a produção de espaços coletivos na escola que permitam o reconhecimento e o compartilhamento de dúvidas a respeito dos caminhos pedagógicos a serem percorridos é trazido à cena pelas entrevistadas como principal elemento necessário para a efetivação do processo de escolarização.

Palavras-chave: Inclusão Escolar; Transtorno do Espectro Autista; Educação Especial. Diagnóstico; Medicalização.

ABSTRACT

RODRIGUES, Isabel de Barros. **Medicalization (d)effects on the schooling of children diagnosed as ASD** 2017. 190 p. Dissertation (Master's in Education) – Education College, São Paulo University, Brazil, 2017.

School inclusion sets a new reality and creates, in some cases, discomfort in the teaching staff, as there is a distance between classical pedagogical prescriptions and the reality of the classroom. Attempts of standardizing behaviors so as to direct the teaching practice often times detract from the parameters offered by the relationship between teacher and student itself. Between pedagogical practice and medical prescription, the meeting of a teacher with a student diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) ends up being affected by knowledge external to the educational relationship. This research has the objective of outlining the field of studies on the schooling of students diagnosed with ASD, the systematization of schooling services and the way their offer is organized, in the context of the Brazilian National Special Education Policy from the perspective of Inclusive Education. To this end, we reflect about the social policies of assistance to the person with autism, the processes of medicalization and some arguments regarding autism. We have seen that the field of study and action in the schooling of people diagnosed with ASD is marked by biomedical conceptions. As a result, we have the coexistence of different conceptions about what is called "autism", its etiology and what constitutes policies to the caring of this public. With the predominance of the understanding from manuals of Psychiatry, the existence of an interdisciplinary and multi professional field, with different understandings on the subject, as well as the discussion about the knowledge and experiences of the Education Field on the schooling of this public, is obfuscated. In this context, we first analyze publications on the schooling of children diagnosed with ASD in Brazil, based on the study of academic publications on the subject, using bibliometric analysis on the *corpus* of research and analysis of the contents of the thesis, dissertations and articles. From this basis, we discuss the implications of an ASD diagnosis for the educational field and what are the perspectives on the learning process and schooling of the children thus diagnosed for the researchers. Then we conducted interviews with two teachers who work or have worked in regular classrooms in regular schools and who share the ethical principle of Education for All. In the interviews, we intended to discuss the issues raised in our bibliographical research regarding aspects of the schooling of this public. We concluded that there is a predominance of academic productions whose focus is on the social interaction of students with their teachers and colleagues; there is a tendency to construe the difficulties teachers face in their work as lack of pedagogical techniques; the classical assertion that interaction or socialization are preconditions for learning remains. On the other hand, the interviewees show us the importance of not conditioning the educational work to biomedical knowledge, an attitude that allows the work to have important effects on the process of inclusion in the group and the schooling children. This shows us that biomedical knowledge and clinical expertise are not prerequisites for the teacher's pedagogical work. Moreover, the production of collective spaces in the school that allow for the recognition and sharing of questions about the pedagogical paths to be covered is the main element mentioned by the interviewees as a necessary element for the effectiveness of the schooling process.

Keywords: Inclusive Education; Autism Spectrum Disorder; Special Education. Diagnosis; Medicalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Pesquisa em periódicos científicos pela SciELO	105
Tabela 2 - Pesquisa em periódicos científicos pela BVS	106
Tabela 3 - Pesquisa na base digital de teses e dissertações	107
Tabela 4 - Distribuição de artigos por região do Brasil	109
Tabela 5 - Distribuição de periódicos em que os artigos foram publicados por região	110
Tabela 6 - Teses e dissertações por região	111
Figura 1 - Distribuição das datas de publicação de artigos e defesa das teses e dissertações	112
Figura 2 - Distribuição programas de pós-graduação	112
Quadro 1 - Perfil dos autores dos artigos	171
Quadro 2 - Perfil dos autores das teses e dissertações	172
Quadro 3 - Programas de pós-graduação	175
Quadro 4 - Esquematização dos dados de pesquisa dos artigos selecionados	179
Quadro 5 - Esquematização dos dados de pesquisa das teses e dissertações selecionadas	189

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

TEA	Transtorno do Espectro Autista
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
AEE	Atendimento Educacional Especializado
Teacch	Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
CFN	Currículo Funcional Natural
PEI	Programa Educativo Individual
OMS	Organização Mundial da Saúde
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CF	Constituição Federal
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
Unicef	Fundo das Nações Unidas para Infância
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Pnud	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
CID	Classificação Internacional de Doenças
DGD	Distúrbios Globais do Desenvolvimento

Cidid	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
Atsm	Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Dapes	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
CAPSi	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Pepsic	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
Lilacs	Índice e Repositório de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Bdtd	Banco Digital de Teses e Dissertações
PEI	Plano Educacional Individualizado
AE	Auxiliar de Educação
ATP	Aula de Trabalho Pedagógico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	17
I. SOBRE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO: diagnóstico em Psiquiatria e seus efeitos	27
1.1 Patologização e medicalização	27
1.2 A racionalidade médica e o surgimento da Psiquiatria	34
1.3 Loucura e desvio: lógica diagnóstica e ampliação nosográfica.....	39
1.3.1 A loucura na infância: tratamento e educação	45
1.4. Os manuais estatísticos e a amplitude dos diagnósticos.....	48
1.5. Sobre sofrimento psíquico, patologias e transtornos.....	55
II. AUTISMOS: polissemias diagnósticas.....	58
2.1. Idiotia e demência: os antecedentes do diagnóstico de autismo	59
2.2. De sintoma à classe diagnóstica: o surgimento do termo autismo	62
2.3. A coexistência de teorias sobre a etiologia do autismo	64
2.4. Os autismos nos manuais diagnósticos	66
2.5. Transtornos mentais e deficiências: a convergência de posições	71
III. A CONQUISTA DE DIREITOS E O ESTABELECIMENTO DE POLÍTICAS SOCIAIS	77
3.1 O direito à saúde.....	80
3.1.1 A ampliação do conceito de saúde e a Atenção Básica.....	80
3.1.2. A Saúde Mental no Contexto Nacional e Internacional: alguns apontamentos	83
3.2. O direito à educação	85
3.2.1. O caminho para a Política de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva....	87
3.3. A rede de proteção à infância e juventude e seus sentidos para a atenção a pessoas com diagnóstico de TEA.....	92
3.3.1. Efeitos da aproximação autismo-deficiência para o atendimento na rede	95
IV. UM PANORAMA DAS PESQUISAS SOBRE A ESCOLARIZAÇÃO DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TEA	102
4.1. Análise bibliométrica	103
4.2. O que se discute sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA?	114
4.2.1. O diagnóstico do aluno	115
4.2.2 O ensino	117
4.2.3 A experiência subjetiva e o laço social	119
4.3. Reflexão sobre a análise	120

V. AUTISMO, ESCOLARIZAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DOCENTE	123
5.1. Sobre o método	124
5.2. Sobre Fátima	127
5.3. Sobre Marina	134
5.4. Estar juntos na escola para todos: o que a experiência revela	141
5.4.1. A importância da equipe na construção de um projeto de escola para todos.....	142
5.4.2. O lugar do diagnóstico na inclusão escolar	144
5.4.3. Escolarização não é sinônimo de ensino-aprendizagem	145
DE DIAGNÓSTICOS, SIGLAS E SUJEITOS: O QUE SABE, ENTÃO, A ESCOLA?	146
REFERÊNCIAS.....	157
APÊNDICES.....	171
Apêndice 1: Perfil dos autores dos artigos.....	171
Apêndice 2: Perfil dos autores das teses e dissertações	172
Apêndice 3: Programas de pós-graduação em que as pesquisas foram realizadas	173
Apêndice 4: Síntese da análise dos artigos selecionados	176
Apêndice 5: Síntese da análise das teses e dissertações selecionados.....	180
Apêndice 6: Modelo de termo de consentimento.....	190

APRESENTAÇÃO

Alguns interesses específicos parecem acompanhar-nos desde a infância. No meu caso, a educação sempre me despertou curiosidade. Estudei em uma pequena escola na cidade de São Paulo, onde minha mãe trabalhava como coordenadora. A escola era como uma extensão da minha casa, um espaço no qual passava períodos preciosos e que me trouxe experiências que carrego comigo até hoje. Naquela época, não conseguia me imaginar frequentando diariamente nenhum outro lugar.

Com o passar dos anos, porém, essa relação se modificou. Mudei para uma escola muito maior e deixei de me sentir à vontade nesse ambiente. Na hora de decidir que faculdade prestar, que profissão escolher, não levei em consideração aquilo que tinha sido tão precioso na infância. Cheia de incertezas, entre idas e vindas nesse processo de decisão, comecei o curso de Psicologia no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Minha escolha estava mais ligada à proximidade que a Psicologia parecia ter de mim (já que tanto meu pai quanto minha mãe são psicólogos), do que uma certeza do que eu queria ou deveria fazer.

Ao longo da graduação, o campo educacional voltou a me encantar. Foi a partir de uma pesquisa de iniciação científica financiada pela Fapesp¹ (RODRIGUES, MOREIRA, LERNER, 2012), que passei a me envolver mais com o tema. Essa pesquisa tinha como objetivo explorar a concepção de professores sobre alunos diagnosticados como autistas – aquelas crianças diagnosticadas com os chamados transtornos globais do desenvolvimento (TGD). Com o objetivo de entender a posição instituída do aluno no processo educacional, a pesquisa me colocou frente à experiência de professoras cheias de questionamentos. Em seus discursos, apresentavam-se uma série de oposições com relação aos alunos entendidos como tendo dificuldades na escolarização, oposições que encontravam convergência na caracterização dessas crianças como “alunos-problema”. Alunos apresentados a partir de diferentes diagnósticos – entre eles os nomeados como autistas – eram encaixados nessa categoria

¹ Processo Fapesp nº 2009/05753-1

“problema” sem que houvesse grandes distinções entre as características de cada aluno e as questões que envolviam a escolarização².

A grande diferença entre esses alunos com algum tipo de laudo e os demais era a sensação de impotência relatada pelas professoras. A marca atribuída pelo diagnóstico médico a essas crianças tinha como efeito para essas professoras a sensação de não possuírem ferramentas teóricas, materiais, ou as estratégias ideais para receber esses alunos em suas salas de aula. O diagnóstico médico levava a um questionamento comum: “o que fazer com esses alunos?”.

A inserção dos ditos alunos com necessidades educacionais especiais³ nas salas regulares não representava de fato a sua participação nas atividades da turma. Esses alunos, vistos como alunos-problema na sala de aula, eram excluídos em muitas das atividades realizadas por todo o grupo, por não representarem o que é esperado de uma criança considerada normal. A sensação de ausência de um padrão de comportamento que ajudasse a predizer as atitudes dessas crianças, cristalizava a sensação de impotência das professoras. Essa sensação de falta de parâmetros que ajudasse a acreditar no desenvolvimento da criança, levava as docentes entrevistadas ao estranhamento e, na maioria dos casos, as impedia de investir no vínculo com os alunos.

Dessa forma, persistia entre as professoras a sensação de “não conhecimento”. E por que o não conhecimento incomoda a escola? Diferentemente do psicanalista, que se posiciona em um lugar de não saber para sustentar uma pergunta sobre a causa do sintoma em quem o procura, o não conhecimento das professoras produzia a sensação de que não havia o que poderia ser feito. Por sua vez, ao se confrontarem com esse desconhecido, as professoras reagiam culpabilizando os alunos e seus jeitos de ser.

Parece que a pergunta “o que fazer com esse aluno?” esconde na verdade a questão “esse aluno deve mesmo estar na escola?”. A dúvida surgida da sensação de impossibilidade do

² O termo “escolarização” que utilizo ao longo do texto foi escolhido para nomear os aspectos educacionais que são de responsabilidade da escola. Ou seja, quando falamos em escolarização estamos pensando em um conjunto de aspectos que não se reduzem apenas ao ensino/aprendizagem.

³ O termo alunos com necessidades educacionais especiais (NEE) surgiu como tentativa de atenuar a marca negativa de expressões como deficiência, síndrome ou condutas desviantes. Cabe aqui ressaltar, porém, que essa qualificação acaba por sustentar a permanência de uma distinção do que seria necessidade comum e o que seria especial, fazendo persistir uma lógica de inclusão marginal – para usar a terminologia discutida por Martins (1997) A terminologia NEE foi abandonada a partir da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, de 2008.

trabalho pedagógico com esses alunos levava as professoras a recorrerem, então, a profissionais especialistas da Saúde para tentar compreender e manejar a inclusão desses alunos.

Logo após participar da pesquisa citada, comecei a estagiar em uma escola, trabalhando como assistente de sala de aula. Passei a refletir, então, a partir de um outro lugar. Agora como professora, sentia os desafios vivenciados no dia a dia da sala de aula e nas reuniões de equipe. A realidade das professoras entrevistadas durante a pesquisa já não era mais tão estranha a mim, que também compartilhava de muitas das dificuldades, inseguranças e dúvidas.

Após a conclusão da graduação, passei a atuar como psicóloga em consultório particular e como acompanhante terapêutica. Iniciei um curso de especialização e estudei psicanálise. Também continuei a trabalhar como professora.

Minha permanência na escola trouxe a exigência de uma nova formação. Por isso, iniciei uma nova graduação, dessa vez em Pedagogia na Universidade Federal de São Carlos. Voltar à experiência de aluna de graduação permitiu-me ressignificar algumas das minhas vivências anteriores na escola. Entre as noções de metodologia, currículo e avaliação, a pergunta “o que fazer com esses alunos?” ganhou uma nova camada de sentido: a de uma expectativa sobre a aprendizagem do aluno e do planejamento de aula de acordo com uma rota curricular.

Pensando, então, nos aspectos relativos ao fazer docente que dizem respeito à organização e planejamento de aula, mas sem esquecer dos aspectos relativos aos fatores sociais que permeiam essa prática, algumas questões que causavam inquietação na equipe começaram a me chamar a atenção. Questões como: o que fazer quando um aluno tem uma crise durante a explicação ou execução de uma atividade? Como fazer com as situações de conflito em sala de aula? Como lidar com o aluno que responde de maneira desrespeitosa, agressiva ou esquisita?

Essas questões pareciam convergir em dois aspectos. Primeiramente no que diz respeito à angústia causada na equipe da escola, que era acompanhada pela persistente sensação de despreparo (e desamparo) para lidar com o inusitado, o diferente, o que não é “normal”. Mas também convergiam na prevalência de questionamentos acerca dos comportamentos dos alunos que não eram alvo de reflexão quando se discutia mais especificamente sobre o aprender – ou seja, comportamentos entendidos como algo que atrapalha o aprender.

Diante dessa sensação de mal-estar das professoras, passei a pensar sobre as diferentes contradições presentes na escola, que desestabilizam a função docente. Seja por conta de sua função social ou econômica, pelo ambiente de competitividade (entre crianças e, até mesmo,

entre professores e funcionários), pelos comportamentos que não correspondem às exigências tradicionais de aprendizagem e disciplina ou das pressões externas que a instituição sofre, os professores parecem sempre carregar a responsabilidade da eliminação das contradições em suas práticas pedagógicas.

Tendo essas questões em vista, surgiu a intenção de iniciar uma nova pesquisa, agora no mestrado, que tivesse como foco os aspectos da escolarização daqueles alunos tomados como problema pela instituição escola. Essa intenção estava distanciada de uma posição que se propõe a julgar o trabalho docente em suas fragilidades ou interpretar as causas das problemáticas dos impasses escolares. Isso porque esse tipo de interpretação pode aproximar-se da função diagnóstica – o diagnóstico que nomeia, mas não pensa ações ou possibilidades para lidar com o mal-estar.

Minha questão de pesquisa, portanto, centrou-se na pergunta: como é para os professores estar com as crianças que a escola nomeia como problema? Mais especificamente, como as crianças que são entendidas pela escola como tendo os ditos transtornos mentais são atendidas pela escola. Entendendo que a política educacional atual inscreve no diagnóstico de TEA o campo dos ditos transtornos mentais, o foco da pesquisa passou a ser os aspectos da escolarização de crianças com diagnóstico de TEA, no que tange à organização da escola e ao lugar do professor. A partir dessa investigação, então, trago aqui reflexões sobre a escolarização desses alunos, bem como sobre o lugar do diagnóstico psiquiátrico atualmente e das políticas públicas relativas ao atendimento desse público no âmbito da saúde e da educação.

INTRODUÇÃO

O mundo comum acaba quando é visto somente sob um aspecto e só se lhe permite apresentar-se em uma única perspectiva.

Hannah Arendt (1981)

Não se pode mudar a escola se não se entende, ao mesmo tempo, quais são as tensões fundamentais que a comovem e como ela as enfrenta no dia a dia.

Bernard Charlot (2013)

Nos dias de hoje é muito comum vermos características individuais sendo interpretadas como doenças. Não falamos mais que estamos tristes, dizemos que estamos deprimidos. Um adolescente mais tímido, que tem poucos amigos, gosta de ficar sozinho e tem um interesse mais específico, é chamado de autista. Uma criança que fica se levantando, brincando ou brigando com os colegas no meio da aula é chamada de hiperativa. Essa tendência à nomeação de modos de ser e de levar a vida como patologia conduz à uma inflação de diagnósticos. Será que estamos ficando mais doentes?

Entre esses breves exemplos, vemos como o nome do diagnóstico prevalece. “Fulano é desatento”, “Ela tem ansiedade”, “Sou assim porque tenho síndrome do pânico”. Em nenhuma dessas falas cotidianas percebemos um aprofundamento, uma significação subjetiva do que se fala. Trata-se objetivamente como um fato: essa pessoa é assim porque tem tal transtorno mental. Apaga-se o contexto em que esses fenômenos acontecem, apaga-se a diferença individual e converte-se um possível sofrimento psíquico em um rótulo.

Por isso, dizemos: a lógica biomédica tem mudado as nossas vidas. Conflitos que eram antes nomeados como eventos da vida, hoje são considerados problemas de saúde, sinal de doença, distúrbio, transtorno. Estamos inseridos em uma lógica binária – esse indivíduo é ou não é doente? E entendemos que esse raciocínio conduz a dois problemas: ao mesmo tempo em que reduz uma queixa a uma explicação simplista (que trata problemas sociais, históricos, econômicos, políticos, enfim... como um problema individual passível de tratamento, no geral medicamentoso), ele mascara a queixa e silencia o conflito.

Em junho de 2015, a psicóloga Rosely Sayão comentou brevemente, em sua coluna no jornal Folha de São Paulo⁴, os resultados de uma pesquisa realizada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Segundo a psicóloga, ao investigar o que a população considera importante para o desenvolvimento de crianças de zero a três anos e quem seria a referência a se buscar em caso de dúvida no cuidado delas, 71% das pessoas entrevistadas apontaram que o pediatra seria a melhor pessoa indicada para resolver qualquer dúvida das mães – mesmo se essas dúvidas não tivessem relação com questões anatomofisiológicas.

O que isso nos mostra? As questões que as famílias (crianças e seus pais e mães) enfrentam são vistas como problemas médicos. E mais do que isso, o médico é a figura que garantiria a saúde e o *melhor* desenvolvimento da criança. Há algo a mais implícito aí: a ideia de que há uma garantia para o melhor desenvolvimento mostra que nossa sociedade tem instituída uma mentalidade que leva a crer que existe *uma* forma certa (ideal) de se viver. É justamente isso que chamamos de “medicalização da vida”.

A medicalização não é apenas o tratamento por meio de remédios, é uma estratégia administrativa de gestão das populações. Isso quer dizer que a medicalização é uma maneira de tratar os indivíduos e a sociedade de forma a garantir a ordem social, por meio da consideração de aspectos da vida de cada um como questões de saúde ou doença. Sobre esse fenômeno, Guarido (2008) afirma:

A garantia de um comportamento para a saúde ultrapassa a noção de saúde do indivíduo, pois o engaja na manutenção da saúde no espaço coletivo, moralizando as condutas em torno do governo de si e dos hábitos em geral. E mais: a medicalização da vida se apresenta na gestão que o homem, a partir da modernidade, faz de sua saúde, de seu bem-estar, bem como de seu comportamento e das representações de si mesmo. (GUARIDO, 2008, p. 22)

Trata-se, portanto, de uma forma de lidar com as diferenças significativas individuais como questões médicas, ao mesmo tempo em que se trata de uma distorção (e apagamento) de problemas sociopolíticos como problemas individuais. Mas quando essa lógica surge?

A medicalização surge a partir de uma noção, construída na modernidade, de que os fenômenos humanos são melhor compreendidos pela objetividade das ciências. Delegar às ditas

⁴ Os dados a qual fazemos referência, presentes na publicação “Conflito de Gerações”, se encontram disponíveis em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/roselysayao/2015/06/1646470-conflito-de-geracoes.shtml>.

ciências exatas ou naturais (as chamadas *hard sciences*⁵) a compreensão dos fenômenos da vida significou uma interpretação de que seria importante estabelecer as leis de funcionamento humano. Dessa forma, imagina-se que todos os fenômenos da vida poderiam ser decifrados a partir da compreensão física, química ou biológica. A partir dessa suposta compreensão das leis naturais do humano, poder-se-ia, então, garantir uma boa condição para a manutenção da vida e da sociedade.

Faz-se necessária, aqui, uma breve contextualização histórica para entender esse lugar guardado às ciências. Com o advento da modernidade, a ascensão do capitalismo e dos ideais liberais no longo século XIX (como discutido por Hobsbawm⁶), a ciência surgiu como instrumento de leitura do mundo, sendo entendida como o saber objetivo essencial para a determinação da verdade sobre a natureza e a vida. É nesse contexto que surgem a Física e a Matemática como entendidas hoje. É nesse mesmo contexto em que surgem a Psicologia e a Medicina. Ainda segundo o autor, o rigor técnico das ciências foi ao encontro de uma necessidade mercadológica capitalista de ordem e produtividade. A ciência é o saber que naturaliza a ideia de homem como objeto. Objeto teórico que pode ser apreendido em sua totalidade objetiva. Essa perspectiva se relacionou muito bem na noção administrativa de sociedade do capitalismo emergente.

Já no século XX, as mudanças na estrutura socioeconômica foram aceleradas, bem como o desenvolvimento técnico. A partir da década de 1980, a aceleração da globalização impulsionou uma mudança estrutural no capitalismo que conduziu a teses neoliberais, com as reestruturações produtiva e organizacional. Essa nova condição produziu o reforço da lógica da qualidade e eficácia como lógica de modernização das relações produtivas.

O indivíduo, vinculado e identificado a uma massa, torna-se um anônimo, um “homem-máquina” que deve ser produtivo e evitar conflitos e sofrimentos como estratégia de normalização. Segundo Roudinesco (2010, p.13), “quanto mais a sociedade apregoa a emancipação, sublinhando a igualdade de todos perante a lei, mais ela acentua as diferenças”.

⁵ São chamados *hard sciences* os campos científicos considerados com maior rigor metodológico, objetividade, exatidão e reprodutibilidade (no geral, as ciências naturais, físicas e formais). Em oposição a isso, as chamadas *soft sciences*, ou ciências sociais, são entendidas como inexatas e imprecisas.

⁶ Fazemos aqui referência aos livros *A Era da Revoluções* (2009), *A Era do Capital* (2009) e *A Era dos Impérios* (2009).

A ilusão da liberdade institui, segundo a autora, um deslocamento do lugar do sujeito para o de um indivíduo sem história. Ela afirma:

Longe de construir seu ser a partir da consciência das determinações inconscientes que o perpassa à sua revelia, longe de ser uma individualidade biológica, longe de pretender-se um sujeito livre, desvinculado de suas raízes e de sua coletividade, ele se toma por senhor de um destino cuja significação reduz a uma reivindicação normativa. (ROUDINESCO, 2010, p.14)

Retomando ao lugar da ciência, entendemos que, uma vez que o discurso capitalista faz dos homens objetos, há uma constante busca pela codificação, medição e quantificação a fim de prevenir e controlar possíveis desvios. Ao mesmo tempo em que se diz querer prevenir e tratar os desviantes, o discurso hegemônico produz mais desvios. Cabe à Medicina, como ciência instituída responsável pelo cuidado, a construção de um saber médico que passa a classificar tais comportamentos como doença.

E qual o efeito disso para a escola?

Em primeiro lugar, vamos localizar, desde nossa perspectiva, qual a função da Educação. Entendemos por Educação não apenas o acompanhamento das crianças em seu processo de desenvolvimento, formação e apropriação intelectual e cultural, mas sobretudo em seu sentido mais amplo: um papel político de acolhimento das crianças na sociedade e de aposta de que, através dela, é possível operar mudanças na sociedade. Segundo Arendt (2000), a educação, da maneira como foi compreendida por inúmeras sociedades, parece naturalizar a representação da possibilidade de condução dos novos membros da sociedade a um futuro melhor. Apesar disso, Freire (1991) nos lembra que é necessário reconhecer que a Educação não será a única responsável pelas transformações da sociedade, pois ela é pensada e orientada a partir da rigidez de suas estruturas sociais e econômicas.

Historicamente, como apontado por Charlot (2013), a marca das Revoluções Francesa e Industrial, bem como dos ideais iluministas, caracterizou um período (até 1950) em que a preocupação com relação à educação era de seu enlace com o ideal de nação e de cidadania. A educação era pensada como ferramenta de construção nacional. Nesse período, a intenção era inculcar valores na população e moralizar o povo a fim de favorecer a vontade e o interesse social geral. Segundo o autor, é instaurada a escola básica pública, laica, gratuita e obrigatória, com características de organização que persistem até hoje.

A partir das décadas de 1960 e 1970, a Educação passa a ser entendida como estando ao serviço do desenvolvimento do país e de seu crescimento econômico. O Estado (chamado Estado Desenvolvimentista, por Charlot) tem a função de pilotar as políticas educacionais de forma a promover o desenvolvimento e gerar empregos qualificados, o que tem aceitação das classes médias e promove esperança às classes populares. O que estava em jogo nesse momento era a elevação do nível de formação da população para que se pudesse atuar em novos modos de produção e consumo. A organização da escola permaneceu a mesma, mas a igualdade de oportunidades e a justiça na escola passaram a ser questionadas. O nível fundamental passou a ser considerado como básico, e houve uma ampliação do nível médio e superior.

As mudanças estruturais causadas pela globalização – como descritas anteriormente – características especialmente da década de 1980, trouxeram consigo uma nova concorrência (internacional) nos mercados. Questionamentos sobre a *qualidade, eficiência e diversificação* dos processos produtivos, com o surgimento de novas tecnologias, tiveram grande efeito na escola. A lógica neoliberal, que levou a um recuo do Estado (seja no engajamento do Estado nos assuntos econômicos, seja na descentralização e territorialização) levou a uma compreensão da educação na lógica da formação profissional do trabalhador especialista e no consumidor qualificado. As relações de produção trazem consigo exigências de eficácia e qualidade que passam a ser assimiladas no cotidiano escolar. Propostas do Banco Mundial passam a influenciar na formulação de políticas públicas educacionais. A crescente descentralização das ações estatais na educação, acompanhada pela incorporação da forma de gestão utilizada na iniciativa privada, promovem um atropelamento do funcionamento tradicional da escola.

Nesse contexto de capitalismo avançado, globalização e de uma ideologia neoliberal, a função da escola, portanto, parece ter se deslocado: a educação passou a ser entendida como mercadoria (CHARLOT, 2013).

Como afirmamos anteriormente, torna-se função da escola a formação para o trabalho e o consumo. Ao mesmo tempo, o Estado passa a se preocupar com a regulação de normas fundamentais para manutenção de um equilíbrio social básico, desvinculando-se de uma atuação mais direta sobre o desenvolvimento econômico. Sendo considerado ferramenta para o desenvolvimento e equilíbrio, o ensino eficiente e de qualidade torna-se também importante ao Estado.

Por isso, a instituição passa a se ocupar não apenas da transmissão do saber ou de aquisição de conhecimento técnico, mas com a formação integral. O trabalho do professor deixa

de ser predefinido e passa a ser pautado na habilidade de resolver problemas e garantir a aprendizagem. Ele precisa ser criativo, reflexivo, responsável, mas também autônomo e crítico. Apesar disso, sua autonomia passa a sofrer cerceamentos derivados das expectativas das avaliações internacionais.

Se, enquanto nos séculos XVII, XVIII e XIX, a predominância, nas discussões educacionais, era de prescrições elaboradas a partir de fundamentos filosóficos e didáticos, a partir do século XX, passou-se a confiar nas prescrições fundamentadas nas teorias psicológicas (SAVIANI, 2008). À instituição escola cabe não apenas a instrução formal, mas também o papel de desenvolver novas competências nos sujeitos que adentram a sociedade e, para conseguir isso, precisa saber e garantir os processos de aprendizagem.

Diferentemente de uma tendência tradicional que centraliza o processo pedagógico no professor (como responsável pela adequação de procedimentos e conhecimentos para a instrução), o foco agora é nos processos de aprendizagem do aluno. Portanto, a maneira como hoje se compreende a educação levou a um deslocamento, nas teorias pedagógicas, da ênfase no ensino para as questões da aprendizagem.

Aí surge uma associação entre a estratégia medicalizante e a ideia da função da escola atual. Se o foco são as questões de aprendizagem e desenvolvimento e se – como consideramos inicialmente – quem sabe sobre o que é melhor para as crianças é o médico, tem-se que a escola deve ser também submetida à autoridade biomédica.

Para Arendt (2000), esse ideal da Pedagogia moderna carrega uma contradição: ao mesmo tempo em que é imperativo o educar através do controle dos aspectos da aprendizagem, as condições essenciais para a educação se tornam impossíveis. Isso porque, a medida em que abraça uma ilusão naturalista de desenvolvimento, destitui-se o sujeito de sua singularidade, tornando impossível o lugar da experiência e do querer de cada pessoa. E por que experiência e desejo são importantes? Ora, justamente porque quem aprende é uma pessoa com interesses próprios, que interpreta o mundo através das suas experiências e que as faz a partir de sua prática intelectual.

Para controlar os aspectos da aprendizagem, então, é entendido como necessário o seguimento de prescrições daquilo que Lajonquière (2009) chamou de discurso (psico)pedagógico hegemônico. Lidar com as diferenças, nesse contexto, significa seguir à risca

determinações a respeito das especificidades de sua intervenção. Um exemplo disso são os novos métodos pedagógicos que despontam para lidar com um ou outro diagnóstico.

Essa instrumentalização visa instituir a disciplina e sustentar os ideais imaginários da escola. Mas, como consequência, faz com que a escola se desresponsabilize das intervenções e procure por um saber especializado que possa dizer mais sobre as falhas dos sujeitos. Nesse sentido, as crianças que recebem certos diagnósticos são vistas a partir de um olhar específico. Segundo Guarido (2008), a crença seria de que o diagnóstico viesse associado “a uma técnica adequada de ensino que pudesse fazer aprender aqueles que, supostamente, têm fracassado”. O especialista, então, aparece como “portador das soluções da problemática educacional de nossos tempos” (GUARIDO, 2008, p. 91). A entrada de discursos científicos sobre a criança no campo pedagógico, portanto, vai de encontro à busca de um discurso de verdade como validação do que seria normal e esperado.

Essa busca por padrão e direcionamento da intervenção torna desimportantes os parâmetros oferecidos pela própria relação do professor com a criança. Ao se colocar como instrumento, o professor deixa de se questionar, passando a trabalhar conforme pressupostos aparentemente naturais. Fica obliterado, entretanto, que as crianças aprendem *apesar* dos conjuntos teóricos. A pergunta “o que fazer com esse aluno?” fica apagada e o professor se sente incapaz de lidar com quem não segue o parâmetro, mas que também não tem nenhuma rotulação e prescrição.

Pensamos até aqui nas características sócio-históricas e seus efeitos para a escola. Também sobre os processos de patologização da infância e de medicalização da vida. Vamos pensar agora mais especificamente no caso do Brasil. Qual o estado das políticas brasileiras? E em que contexto elas se desenvolveram? E quais as diretrizes de atendimento para pessoas com diferenças significativas?

No Brasil, reconhece-se que, a partir dos anos 1980, com o acirramento de lutas sociais pela democratização do Brasil, uma nova visão sobre direitos de participação e liberdade tiveram reflexos na concepção sobre a educação. Em 1988, com a promulgação de uma nova Constituição, a educação passa a ter como papel definido o preparo para a cidadania e qualificação para o trabalho. De acordo com Riscal e Luiz (2014), o estabelecimento do papel compartilhado da educação entre Estado, família e sociedade aponta para uma compreensão sobre a responsabilidade que a educação tem para a superação de desigualdades e exclusões sociais.

Posterior ao estabelecimento da Constituição foram criadas leis específicas para regulamentar e normatizar as questões relativas à educação e o direito à educação. Entre eles, destacamos o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA (BRASIL, 1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a LDB/96 (BRASIL, 1996). O primeiro documento foi responsável pela ampliação das condições para efetivação do direito à educação por meio da garantia do direito das crianças e adolescentes, estabelecendo a possibilidade de discussão dos critérios de avaliação do rendimento escolar pelas famílias, a garantia do respeito às crianças pelos educadores e a possibilidade de exigência de transporte escolar gratuito, quando necessário. Já a LDB/96 não só determina obrigações do Estado, como também acrescenta a gratuidade do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, bem como o atendimento gratuito em creches e pré-escolas.

Cabe ressaltar que esses documentos se alinham às discussões dos fóruns mundiais sobre a universalização do acesso à educação. Nesse momento, o princípio de que “toda pessoa tem direito à educação” abria espaço, no campo educacional, para um público historicamente excluído das escolas regulares: as pessoas com deficiência. A Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994) e a Conferência Mundial sobre a Educação para Todos (1990) reforçavam a ideia de que a diferença faz parte da própria humanidade e, por isso, não deveria utilizá-la a fim de classificar, patologizar e excluir os sujeitos.

Já na década de 2000, as políticas sobre a inclusão dessa parcela da população na escola regular, em âmbito nacional, foram fortalecidas com a promulgação da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (2008). Esse documento traz aportes para a inclusão, a partir da concepção da educação como direito humano, visando a garantia o acesso, a participação e a aprendizagem de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades/superdotação. A política também visa a garantir a oferta de atendimento educacional especializado (AEE), acessibilidade universal, formação de professores e profissionais e transversalidade entre ensino especial e regular.

Portanto, a presença de diferenças significativas dentro das escolas brasileiras teve forte crescimento com o aparecimento do paradigma de inclusão escolar. Os alunos com deficiências, altas habilidades/superdotação e transtornos globais do desenvolvimento (TGD)⁷,

⁷ O termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) não aparece nos documentos legais que fazem referência ao público da Educação Especial (BRASIL, 2008). Nesses documentos o público hoje diagnosticado com TEA é

compreendidos como público-alvo da Educação Especial, passaram a frequentar as classes regulares das escolas. Tal mudança na política ampliou e sistematizou a confrontação diária das instituições escolares com diferentes demandas, sejam elas educacionais ou de outras ordens.

Frente a essa situação, o encaminhamento para diagnóstico médico e psicológico, para que se nomeie fora da escola o estranho no aluno e, só então, direcionar o trabalho pedagógico, instituiu-se como expedientes muito utilizados pelas escolas. A procura da escola por explicações biomédicas tem efeitos sobre a posição do professor, sua relação com os alunos e a própria maneira como esses alunos transitam pela instituição.

Diante dessa convergência de dizeres, é de se esperar que tal realidade impacte os sujeitos que estão inseridos na instituição escolar. Mas que tipo de discurso interpela esses movimentos subjetivos? Como respondem as pessoas envolvidas no processo de escolarização? E que efeitos isso tem no trabalho docente?

Tomamos como ponto de partida a convergência entre as noções de Saúde Mental e Educação Especial, que recai sobre a delimitação de parte do público-alvo compreendido pela Política Nacional, para entender como se desenha o campo da escolarização de crianças com diagnóstico de TGD/TEA. Elegemos a temática por se tratar do público-alvo da Educação Especial que mais se reporta à ampla categoria de transtornos mentais.

Assim, tivemos como **objetivo central traçar um panorama do campo de estudos sobre a escolarização de estudantes diagnosticados com TEA, da organização da oferta e da sistematização do atendimento escolar, no contexto da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. Como objetivos específicos, pretendemos analisar:

- Quais os sentidos do diagnóstico de TEA para o campo de estudos;
- Quais as perspectivas sobre a aprendizagem das crianças diagnosticadas com TEA discutidas entre pesquisadores e profissionais da educação;
- Quais os sentidos atribuídos pelos pesquisadores e profissionais da educação para a escolarização desses alunos.

Entendendo a escolarização como um conjunto de elementos do processo educacional realizado na escola que não se limitam à dimensão ensino-aprendizagem, optamos por discutir

descrito como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). No capítulo II trataremos mais sobre as questões relativas a essa mudança na nomeação.

aspectos da escolarização de crianças diagnosticadas com TEA na perspectiva de pesquisadores do campo da educação e de professoras justamente entendemos que a sistematização do atendimento de forma a favorecer a inclusão escolar é pensada e realizada por adultos.

Inicialmente, procuramos realizar a análise e caracterização do panorama da produção científica a partir de busca em plataformas científicas. Nesse primeiro momento da pesquisa em que constatamos uma escassez e fragilidade do debate em produções científicas sobre o tema, recorremos à narrativa de professoras sobre suas experiências, reinstaurando a centralidade da preocupação com o processo de escolarização.

Com isso, o segundo momento de nossa pesquisa centrou-se em uma interlocução com professoras colaboradoras, convidadas por serem pessoas com densidade biográfica, com compromisso ético com a escolarização de todos e com trajetória profissional junto a esse alunado, que nos permitiu discutir como os adultos envolvidos avaliam os aspectos da escolarização desse público. Pedimos, então, a memória das professoras sobre seu ofício em situações de classe em que havia estudantes diagnosticados com autismo. A partir desse trabalho da memória, solicitamos reflexão sobre o panorama da escolarização, dialogando com os achados na análise das produções científicas.

Nossa dissertação, então, organiza-se da seguinte forma. No primeiro capítulo discutimos a naturalização de conceitos como normal e patológico, bem como a aproximação entre as anteriormente chamadas doenças mentais e as deficiências. A seguir, no segundo capítulo, apresentamos a história dos diagnósticos que se relacionam ao autismo, destacando a polissemia existente na nomeação. No terceiro capítulo traçamos um percurso das bases de cuidado, especificamente em Saúde Mental, dentro de uma realidade marcada pelo histórico das Reformas Sanitárias e Luta Antimanicomial. Com isso, pretendemos caracterizar a função da escola no atendimento a esse público e os desdobramentos, para a educação, das várias mudanças das categorias diagnósticas. No quarto capítulo apresentamos o panorama das publicações do campo a partir da análise bibliométrica e da análise de conteúdo. No quinto capítulo apresentamos a análise de entrevistas com as professoras colaboradoras, relatando as experiências de escolarização de crianças diagnosticadas com TEA. No último capítulo, apresentamos as considerações finais e discutimos os efeitos produzidos no campo para, por fim, discutir os (d)efeitos da entrada da nosografia psiquiátrica na educação.

I. SOBRE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO: diagnóstico em Psiquiatria e seus efeitos

Se você forjar dinheiro, é chamado de contrafactor; se um documento oficial, de falsário; se uma identidade, de farsante, psicopata ou esquizofrênico; se fingir uma doença, de histérico; se fingir uma cura, de quacker; se simular falar uma nova língua, de glossolalista; e assim por diante. Em todo caso, nunca devemos esquecer que a pessoa ou o grupo pode aceitar como real o que é na verdade falso, ou rejeitar como falso o que é verdadeiramente real.

Thomas Szasz, 1973 (tradução nossa)

Certa vez, em uma conversa, uma amiga comentou que havia ido a uma consulta médica, pois estava trabalhando muito e vinha se sentindo cansada, irritada e nervosa. Segundo ela, havia ouvido do psiquiatra que, como não relatava sentimento de tristeza, não era o caso de prescrever a ela uma medicação.

Talvez à primeira vista esse relato não soe estranho para muitas pessoas. Mas, ao considerarmos natural, deixamos de nos perguntar sobre o corte que é efetuado e demonstrado pelo discurso do médico: pessoas cansadas, irritadas e nervosas se diferenciam das pessoas cansadas, irritadas, nervosas e tristes. Umas não recebem medicação e outras recebem. Umas são “normais” e outras “doentes”. Mas de onde vem essa ideia?

Também naturalizamos o próprio fato de se delegar a um especialista médico a busca por uma causa do cansaço, irritação e nervosismo – mesmo que a própria pessoa que sinta e relate essas queixas já as atrele à uma possível causação. Por quê mesmo que nos consultamos?

Por fim, é comum pessoas parecerem satisfeitas em receber a prescrição de um remédio que acalme ou diminua os sintomas, mesmo que ele não os cure ou que o tenha que tomá-lo para o resto da vida. E por que? Essas são algumas das perguntas que tentaremos elucidar ao longo desse capítulo.

1.1 Patologização e medicalização

“Será que estou doente?”. Essa é uma pergunta que todos nós nos fazemos em algum momento de nossas vidas. Essa pergunta pode ser disparada por um desconforto físico, uma febre ou alguma alteração que nos leva a estranhar o que se passa conosco. Entretanto, em dado

momento podemos também achar estranha aquela mania que temos de balançar a perna, pois notamos que ninguém ao nosso lado parece estar fazendo o mesmo ou podemos sentir que estamos acima do peso quando vemos nos comparamos com as modelos magérrimas nas passarelas.

As perguntas acerca de nosso estado físico ou mental também são perguntas feitas pelos médicos. A distinção entre o que é da ordem da saúde e o que é da ordem da doença é o que permitiu o desenvolvimento de um campo de terapêutica e assistência que reduziu significativamente a mortalidade na modernidade. Porém, essa mesma distinção, tratada com suposta objetividade, também nos conduz a uma colonização de outros campos de atendimento e a um excesso normativo.

Como apontado por Canguilhem (1995), apesar de esforços de racionalização científica, o essencial da Medicina continua sendo a clínica e a terapêutica. Isso significa que a Medicina não se reduz a um simples campo de conhecimento. A Medicina se sustenta como uma técnica. E sua preocupação técnica é justamente a restauração do normal.

Dessa forma, como apontado ainda na Introdução de sua clássica tese “*O Normal e o Patológico*”, Canguilhem nos situa

O problema geral do normal e do patológico pode, do ponto de vista médico, dividir-se em problema teratológico⁸ e em problema nosológico⁹, e este último, por sua vez, em problema de nosologia somática ou de fisiopatologia, e em problema de nosologia psíquica ou de psicopatologia. (CANGUILHEM, 1995, p. 7)

Entre o problema do adoecimento somático (fisiopatológico) e do dito adoecimento psíquico (psicopatologia), Canguilhem assume como foco o debate dentro do primeiro campo, utilizando o segundo para ponderação.

Mas de que forma pensar o adoecimento físico pode nos ajudar, aqui, a pensar a questão da dita “doença mental”? Tomamos, para esse esclarecimento, outra passagem do autor:

Se sentimos, porém, a necessidade de nos tranquilizarmos é que uma angústia pesa constantemente sobre nosso pensamento; se delegamos à técnica, mágica ou positiva, a tarefa de restaurar na norma desejada o organismo afetado pela

⁸ Teratologia entendida como especialidade médica que estuda as anomalias e malformações.

⁹ Nosologia entendida como ramo da Medicina que estuda e classifica as doenças.

doença, é porque nada esperamos de bom da natureza por si própria.
(CANGUILHEM, 1995, p.10, grifos nossos)

Entendemos que é importante pensar por que, atualmente, delegamos à Medicina prioritariamente a terapêutica do sofrimento psíquico. Enfatizamos essa questão como forma de manter aberto um debate e problematizar concepções acerca das noções de tratamento e cura em Saúde Mental.

Antes de focar neste campo, porém, pensamos ser importante um apontamento sobre algumas concepções que subjazem à própria técnica da Medicina. Como nos lembra Canguilhem (1995, p.9), a necessidade terapêutica faz surgir a necessidade de localização do problema para que se possa agir: “Basta pensar que a doença atinge o homem para que nem toda esperança esteja perdida”. Ver um problema e entendê-lo como problema já antecipa a ação de o extinguir.

Entre a teoria ontológica¹⁰ sobre as doenças e a dinâmica ou funcional¹¹, Canguilhem (1995) nos lembra que, para o pensamento médico, a experiência do “estar doente” é tida como situação polêmica (uma crise):

A doença difere da saúde, o patológico, do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica. (CANGUILHEM, 1943, 1995, p.11, grifos nossos)

É essa situação de crise que distancia o normal (o saudável) da doença. Cada tipo de doença é visto como um processo de luta interna para reestruturação da saúde – seja pela eliminação de um ponto (infeccioso ou parasitário) ou pelo reestabelecimento funcional. Combatendo-se a causa do adoecimento, extingue-se a doença e retorna-se à saúde.

Essa concepção de “saúde” e de “doença” é corroborada a partir das descobertas da anatomopatologia. A partir do momento em que a ciência médica nota que alterações estruturais podem ocasionar processos patológicos, a associação entre lesões orgânicas e sintomas passa a ser o foco da clínica médica. Distinguir sinais e sintomas é o que possibilita associar uma lesão

¹⁰ Segundo o dicionário Michaelis (2015), Ontologia tanto pode ser entendido como o ramo de estudo cujo objeto são os seres, como pode ser entendido, para a Medicina, como uma doutrina segundo a qual a enfermidade tem existência própria e bem definida e pode ser estudada em sua essência.

¹¹ Por teoria dinâmica ou funcional entende-se as teorias que explicam a relação entre o dinamismo das funções.

a uma doença correspondente e, com isso, fazer a distinção entre uma doença ou outra. É a partir da distinção na própria sintomatologia que se torna possível o diagnóstico diferencial na Medicina geral, importante para a indicação de terapêuticas adequadas para cada caso.

Voltando à afirmação de Canguilhem, temos que o patológico se diferencia do normal como uma qualidade se difere de outra. Entre um sintoma e outro, é a diferenciação que permite do diagnóstico mais coerente. Entretanto, quanto pensada a diferenciação do próprio patológico (enquanto categoria) como alteração qualitativa há um problema. Isso porque, pensar a doença como nuance qualitativa choca-se com uma compreensão moderna de que é possível dobrar ou comandar a natureza. Ou seja, entender a doença não como marcada como um ponto a ser dominado, mas como gradação, torna-se incompatível a própria racionalidade técnica moderna.

Por isso, segundo Canguilhem (1995, p.11), é compreendido que “dominar a doença é conhecer suas relações com o estado normal que o homem vivo deseja restaurar, já que ama a vida”. Nessa dualidade, normal e patológico recebem valores opostos. Ou seja, a doença difere da saúde como o bem difere do mal; o aceito do proibido; o normal do anormal. O normal é positivo e o patológico é negativo e indesejado.

Ao mesmo tempo, o patológico também se apresenta como possibilidade de experimentação biológica. Ou seja, a doença se apresenta como possibilidade de estudo para averiguação e determinação da lei de funcionamento biológico do normal. Quer dizer, ao observar as alterações de um organismo doente, os cientistas se tornaram capazes de determinar o funcionamento dos órgãos e das regulações do corpo. A pesquisa anatômica do corpo adoecido se tornou instrumento para a compreensão do corpo saudável.

Com isso, podemos dar um passo a mais na tentativa de elucidar as práticas patologizantes de nossa sociedade atual. Vemos a existência de uma racionalidade que pretende diferenciar tal como qualidades as expressões do corpo e dos indivíduos. Ao mesmo tempo, vemos a luta em eliminar aquilo que recebe valor negativo. Levada ao limite, essa concepção conduziria ao desvanecimento do conceito de doença, vista a necessidade de estabelecer a continuidade dos fenômenos e, assim, melhor agir. “A convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico” (CANGUILHEM, 1995, p.12).

Assim como a distinção entre saúde e doença, o que é entendido como “normal”, “comum”, “natural” é algo que é instituído como uma verdade para dada sociedade. A própria

etimologia da palavra “normal” já nos remete a uma dupla conotação: é normal aquilo que é usual para um grupo, mas também é normal aquilo que se relaciona a uma norma, uma regra.

Apesar dessa dupla conotação, é perceptível que nem tudo que é comum a uma grande parcela da população é considerado como norma(1). Para ilustrar o que apontamos aqui, basta pensar na própria noção de “média” utilizada nas escolas: a nota média não representa a média aritmética das notas de cada um dos alunos, mas sim a nota mínima que cada aluno deverá obter para passar de ano (ser normal). A interpretação mais comum, mesmo em uma sala em que a maioria dos alunos tira notas baixas, é que a culpa da “falha” é do aluno (e não da média). Com isso entendemos tanto que a média é algo que baliza o que o aluno deve almejar alcançar para ser aprovado, como também é a base da interpretação do professor de sua aprovação ou não aprovação.

Por isso Canguilhem (1995, p.79) assinala a confusão do termo: “(...) o estado normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica”. Há aí o que o autor chama de “normatividade biológica”. Ou seja, um julgamento que ao mesmo tempo qualifica, institui e se subordina a um fato tomado como norma.

Vale a pena destacar que uma norma não é a mesma coisa que uma lei. A lei é o que institui o que não pode ser feito, é o que proíbe. A norma institui como a coisa deve ser, é normatizadora, determinadora. A norma é a régua que corta quem está incluído e quem não está a partir daquilo que é considerado ideal.

No caso das ciências, o progresso científico conduziu a uma concepção que nos diz que todos os movimentos que ocorrem no meio físico são naturais, ou seja, conforme as leis da natureza. Isso nos abre espaço para entender que algo pode estar dentro de dada lei, mas não estar de acordo com uma norma. Como no exemplo que é dado por Canguilhem:

Quando os dejetos da assimilação deixam de ser excretados por um organismo e obstruem ou envenenam o meio interno, tudo isso, com efeito, está de acordo com a lei (física, química etc.), mas nada disso está de acordo com a norma, que é a atividade do próprio organismo. (CANGUILHEM, 1995, p.82)

A exigência de que as coisas sejam de dada forma, portanto, não corresponde às possibilidades que elas têm de serem como são. Se existem normas, é possível declarar quem está fora da norma, quem desvia. Não é por conta da lei que se funda o desvio. É a norma que

funda o desvio. Se não há declaração de desvio, não há desvio. E, assim, fica evidente que é a propositura do desvio que funda a normalidade e não o contrário, como costuma parecer.

É justamente por isso que Canguilhem aponta para a importância de se considerar o conceito de “normal” para a Medicina. Segundo o autor

Para o médico, a vida (...) é uma atividade polarizada, cujo esforço espontâneo de defesa e de luta contra tudo que é valor negativo é prolongado pela medicina (...) (CANGUILHEM, 1995, p. 84)

Cabe à Medicina a defesa da vida. Para defender a vida, é necessário lutar contra o que a atrapalha. Se o patológico é o que atrapalha, ele deve ser eliminado.

Paramos aqui para um destaque para a distinção do objeto da clínica e da pesquisa no campo da fisiologia. Para os fisiólogos, o fenômeno normal é aquele que pode ser medido (em laboratório) e que, dentro de uma dada amplitude, se revelam idênticos entre indivíduos postos em situações iguais. Por isso, o “normal” na fisiologia é aquele que é estatisticamente predominante. Mas não devemos esquecer que “as *normas funcionais do ser vivo* examinado no laboratório só adquirem um sentido dentro das *normas operacionais do cientista*” (CANGUILHEM, 1995, p. 97, grifos do autor). Ou seja, mesmo na pesquisa, aquilo que é observado só é considerado normal a partir do pressuposto do pesquisador.

A partir disso, questionamos: o que é considerado anomalia? No sentido estatístico, é anomalia o elemento desviante. Anomalia, porém, é um termo que se aproximou da ideia de anormalidade, daquilo é diferente e afastado. Se o esforço da Medicina é de afastar o que é negativo, tudo aquilo que é concebido como sendo negativo, então, cai na ideia de desvio, ainda que estatisticamente não corresponda como tal. Entretanto, novamente Canguilhem (1995, p.89) nos aponta: “(...) diversidade não é doença. O *anormal* não é o patológico. (...) Mas o patológico é realmente o anormal”.

A diversidade, tomada como anomalia, monstruosidade, anormalidade, não é necessariamente patológica. Para fazer referência a isso, basta lembrar que, para a teoria darwiniana, é justamente a diversidade (com suas distinções/anomalias anatômicas e funcionais) que permite que haja a seleção e, com isso, a evolução da espécie.

Entretanto, a compreensão de que o patológico é indesejado e que ele é divergente da saúde sendo, por isso, não usual e, logo, anormal, leva a uma colagem conceitual entre diversidade e patologia. Há uma sobredeterminação conceitual do problema (causado pelo

adoecimento) e da anormalidade (o desvio). Enfatizamos, porém, que essa é uma associação moralizante, e não estatística.

A partir desses destaques para a técnica da Medicina e para os conceitos tomados por ela para sua ação clínica, marcamos aqui que a tendência a nomear características inerentes ao ser humano como patologia não significa que o que assim é nomeado é doença. A esse processo nomeamos como *patologização*.

A patologização é um processo que, segundo Untoiglich (2014), leva-nos a conceber certas particularidades dos sujeitos como doenças. Se consideramos “normal” que as crianças de sete anos fiquem cinco horas sentadas em silêncio, consideramos “patológico” o comportamento daquelas que, em sala de aula, ficam se levantando e conversam com os colegas. Essa divisão entre normal e patológico conduz à construção de um conjunto de operações políticas, estratégias e dispositivos de intervenção. No caso da criança agitada, terapias medicamentosas e comportamentais para controlar os impulsos, além da supervisão dos professores e cobrança dos pais.

Já essa concepção de que os medicamentos são a intervenção terapêutica essencial para o sofrimento humano é o que chamamos de *medicalização*. Essa estratégia, como nos lembram Freitas e Amarante (2015), é constituída a partir da hipótese de base que as doenças se originam por uma disfunção biológica. No caso mais específico do que foi tradicionalmente considerado como doença mental pela Psiquiatria, a hipótese que predomina e que sustenta a intervenção medicamentosa é a de que os ditos “transtornos” são efeito de um desequilíbrio químico do cérebro, com a alteração das quantidades de neurotransmissores.

Sobre tais fenômenos, relembremos a colocação de Renata Guarido:

Medicalizar um fenômeno teve, tradicionalmente, o sentido de reduzir as problemáticas sócio-políticas a questões de foro privado, individual. Além disso, se o objeto da medicina foi, até certo momento histórico, quase que exclusivamente a investigação sobre as doenças, suas causas e suas terapêuticas, medicalizar um fenômeno ou acontecimento, significava patologizá-lo (GUARIDO, 2008, p.20)

Façamos agora um percurso sobre a história da Medicina para discutir mudanças conceituais e discursivas que afetaram a técnica e a prática produzidas a partir da construção de uma racionalidade médica.

1.2 A racionalidade médica e o surgimento da Psiquiatria

A palavra “Medicina”, de origem latina, significa “arte de curar”. Essa breve localização etimológica nos remete a sua origem história, em que a prática médica estava ligada a um saber mais próximo da arte do que da ciência – afinal, o que chamamos hoje de ciência está remetido a um tempo muito posterior.

Ao longo da Antiguidade, segundo relembra Scliar (2007), as interpretações sobre as causas das doenças eram mágico-religiosas, como forças resultantes de uma maldição ou punição divina. O aparecimento da Medicina grega fez surgir uma nova forma de encarar o adoecimento – em que a doença passou a ser entendida como tendo uma causa física (de desequilíbrio dos humores) e uma cura (por meio de plantas e métodos naturais).

Na Idade Média, época marcada por inúmeras epidemias, a força da doutrina da Igreja Católica marcou uma associação entre doença e pecado. As doenças eram novamente vistas, portanto, castigos divinos ou possessões demoníacas. As terapêuticas da época envolviam rezas e penitências, bem como repousos e dietéticas. O medo das doenças e a impotência frente a elas geravam medo e preocupação. Frente a isso, foram criadas instituições de isolamento como medidas de separação e exclusão para evitar um possível e perigoso contágio.

Nos séculos seguintes, o avanço das descobertas nas mais diversas ciências, como a química e a mecânica, influenciou as compreensões da Medicina sobre o funcionamento do corpo. De acordo com Scliar (2007), entre os séculos XVIII e XIX, com a descoberta de fatores etiológicos¹² de determinadas doenças, a Medicina passou a preocupar-se com a pesquisa para identificação de causas mórbidas. A partir desse momento, passou a entender-se que era necessário o estudo para prevenção e cura das doenças. Scliar (2007) aponta que é nessa época que surge a epidemiologia e uma noção de “saúde expressa em números” por John Snow.

Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números - os sinais vitais -, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística. (SCLIAR, 2007, p. 34)

¹² Segundo o Michaelis (2015), para a Medicina, Etiologia é o ramo da ciência cujo objetivo é a determinação das causas das doenças e de seus modos de ação.

Essa apropriação pelo campo da Medicina, segundo Moysés e Collares (2013), conduz a um mito da profissão médica com poderes sobre os corpos (poder que antes era instituído à Igreja) e a um mito do desaparecimento total da doença (o ideal de uma sociedade sem distúrbios ou paixões). Há, portanto, nesses mitos apontados pelas autoras uma associação que levanta duas questões importantes: uma crença na possibilidade de existência de uma sociedade sem conflito e o posicionamento da Medicina como responsável técnica pela garantia de tal feito. Mas quais os efeitos desses dois mitos?

O medo e preocupação com relação à fragilidade da vida e a necessidade de cuidado, interpretado de diferentes maneiras ao longo do tempo, levou a uma idealização, na modernidade, de uma sociedade sem distúrbios. Se, com o surgimento da Medicina Científica, o enquadramento e explicação sobre os comportamentos humanos passaram a ser diagnosticados e justificados a partir de causas biológicas, tudo aquilo que ocasiona distúrbio e sofrimento na sociedade passa a poder ser justificado por meio da Biologia.

Nesse ponto, percebemos que o discurso médico se foca na busca pela identificação de lesões que expliquem os sintomas orgânicos. É esse recurso, próprio da anatomopatologia, que permite com que a Medicina se foque no diagnóstico diferencial. A correlação entre causas orgânicas e sintomas leva ao estabelecimento de uma prática clínica de investigação que conduziria a um diagnóstico único que justificasse a causa do adoecimento.

Ou seja, com o estabelecimento das correlações anatomopatológicas, tornou-se possível a individualização das doenças, bem como dos problemas sociais. A Medicina adquire, assim, a função de legitimar o desvio em seu lugar de doença, identificando comportamentos fora do padrão através de diagnósticos e prescrevendo tratamentos para tais. Essa colonização da racionalidade médica levou à busca por interpretações biológicas de questões como a delinquência, dificuldade em aprender, delírio, entre outros.

Entretanto, ao contrário das doenças que encontravam correspondência entre sintoma e determinação orgânica para a caracterização da especificidade do quadro clínico, o que era entendido como sintoma de uma dita doença mental ou um desvio no comportamento social tinham caracterizações descritas de forma distinta.

Como já dito anteriormente, o conceito de “normal” remete tanto a uma média estatística quanto a uma valoração moral do que é desejável para a sociedade. O que é indesejável, anormal, representa um risco. No caso das doenças físicas, em que a explicação para o

adoecimento é encontrada na correlação entre lesão orgânica e sintomas, o controle que leve à contenção do risco fica a cargo da Epidemiologia e, posteriormente, da Medicina preventiva. Mas, e no caso das desordens mentais?

O que é considerado hoje “doença mental” se contrapõe a uma noção de normalidade que não se opõe à morte, mas sim à anormalidade e à monstruosidade (CAPONI, 2012). A loucura é aquilo que foge das médias estatísticas e do valor desejado pela sociedade, fugindo dos comportamentos que o indivíduo “deveria ter”. É por isso que esses indivíduos – louco, delinquente ou deficiente mental – são considerados um perigo para a sociedade, pois representam ameaça à norma.

Segundo Foucault (2006a), por se tratar de um risco, o sofrimento mental é tomado pela Psiquiatria, inicialmente, por meio de uma pergunta cuja função é institucional: esse indivíduo é ou não louco? Ele está ou não doente? Ou seja, a Psiquiatria se distingue inicialmente das outras áreas médicas pois não está em busca de uma precisão diferencial em seu diagnóstico, mas sim de uma determinação.

Mas como justificar aquilo que é da ordem do mental? Não há nesse campo de trabalho um corpo adoecido em que lesões correspondam a sintomas. Não tendo a referência inicial de determinar se tal lesão corresponde a tal comportamento desviante, a Psiquiatria passa a investir em técnicas que produzam provas do enlouquecimento (alienação) para explicar o que acontece. É isso que Foucault (2006a) chama de “interrogatório psiquiátrico”.

Por meio do interrogatório, o médico é capaz tanto de atribuir uma identidade ao indivíduo (“é louco”), quanto buscar causas para as origens de sua doente. Essas causas serão buscadas na família e na história individual. Com isso entendemos que a figura do médico foi convertida em responsável pela avaliação e juízo dos desviantes. Por isso, Foucault afirma que: “[na Psiquiatria] se trata (...) de fazer existir como saber médico o poder de intervenção e o poder disciplinar da psiquiatria” (FOUCAULT, 2006a, p.349). Essa é a compreensão nosológica¹³ sobre o diagnóstico impulsionada a partir do século XIX.

¹³ Nosologia aqui é entendida como a definição do dicionário (MICHAELIS, 2015) “descrição, definição e classificação de doenças”. Ou seja, como as definições sobre critérios e limites dos grupos que permitem a classificação de uma pessoa em determinada categoria de doença, a fim de compreender causas da doença e os problemas a ela relacionados, com finalidades estatísticas e diagnósticas. Já Nosografia, segundo o dicionário (MICHAELIS, 2015), se relaciona ao próprio tratado que contém essa classificação.

A busca por justificativas para o comportamento desviante levou à produção de interpretações sobre quais comportamentos ou reações anteriores à crise seriam consideradas de risco. Pensar que havia algo antes do adoecimento que justificasse a loucura leva ao estabelecimento de estratégias de controle. Sobre a técnica da Psiquiatria, Caponi afirma,

Foucault dirá que essa técnica não pode ser entendida a não ser dentro da lógica de estratégias e mecânicas de poder: atribuição de identidade, diferenciação normalidade/anormalidade, estabelecimento de faltas e responsabilidades e, finalmente, atribuição da loucura (CAPONI, 2012, p.40)

A função do controle social da Medicina é, portanto, não mais a de curar e evitar a morte do indivíduo, mas a de antecipar e prevenir condutas indesejáveis pela sociedade. Como apontam Freitas e Amarante (2015, p.35): “Controla-se o que é acidental, o aleatório, as deficiências e o que ao não estar na norma ameaça a homeostase social”. Mas como se articular esse controle social?

Há a pergunta: tais indivíduos são ou não perigosos? Perigos imaginados que se colocam como um problema que – como a própria lógica da doença – precisam ser localizados para serem normalizados. Como afirmam Freitas e Amarante (2015, p.13), “o papel hegemônico, que para os homens do passado havia sido ocupado pela religião e pela lei, tem sido gradativamente substituído pelo imaginário biomédico”. O discurso médico é incorporado como discurso de verdade sobre as desordens mentais, na esperança de que seu caráter científico garantirá saúde e afastará o medo da doença. Essa é a ideia de paradigma, como descrito por Freitas e Amarante (2015, p.32) ao lembrar Kuhn (2003): “[O] paradigma exerce seu poder para os que são incutidos a acreditar que nomes e teorias existem como parte integral de um modo de enxergar o mundo do jeito que ele é: real”.

Como aponta Caponi (2012), a Psiquiatria será instituída como defensora da ordem social, gestora da anormalidade. Para identificar essa anormalidade, uma linguagem e regras de aplicação para controle das formas de se viver foram instituídas. Construída de diferentes formas ao longo do tempo, as classificações da Psiquiatria, segundo Caponi (2011a), foram organizadas em classificações (1) etiológicas; (2) anatômicas; (3) sintomáticas; e (4) evolutivas.

Por classificação etiológica entende-se o estabelecimento de uma relação de dependência entre o conjunto de sintomas e uma especificidade etiológica (de causa). Nesse caso, estabelece-se a lógica que de, se conhecemos a causa, podemos antecipar os sintomas que certo indivíduo pode apresentar. Por exemplo, se sabemos que dada elemento causa uma irritação na pele, um

ambiente que que tenha esse elemento certamente causará adoecimento nas pessoas. Da mesma forma, se pensamos que pais infratores criam filhos criminosos, vamos pensar que o destino de uma criança com um pai ou mãe presos vai seguir pelo “caminho do crime”¹⁴.

Já a classificação anatômica, aquela que é essencialmente ligada à lógica médica, nos diz que as doenças e os sintomas podem ser explicados por alterações anatomopatológicas. Por exemplo, se em um exame de pequenos fragmentos de tecido apresentam-se alterações, é possível que seja concluído que a paciente tem câncer, bem como dizer em que fase de sua evolução ele se encontra. Assim como, na Psiquiatria, acredita-se que desequilíbrios químicos possam ser a causa do TDAH.

A classificação sintomática é aquela que descreve e delimita as doenças a partir de um conjunto sintomatológico específico. Esse tipo de classificação, a que a Psiquiatria recorre ao ver fracassar suas explicações a partir dos modelos etiológicos e anatomoclínico, é uma estratégia sempre provisória e frágil, que busca estabelecer parâmetros objetivos a partir de descrições fenomenológicas.

Por fim, a classificação evolutiva ou por evolução mórbida é a que reconhece e observa a desenvolvimento de dada doença. É considerada indispensável para poder demarcar e classificar grupos patológicos. Por exemplo, se sabemos o que a gangrena pode causar ao organismo (porque já observamos casos em que as complicações levaram a morte), podemos optar por trata-la antes do agravamento. Da mesma forma, se esperamos que um indivíduo com Síndrome de Down nunca vá aprender por conta do que interpretamos como deficiência cognitiva, deixamos de investir nesse sujeito e só oferecemos aquilo que acreditamos que ele seja capaz de atingir.

Essas classificações permitiram à Psiquiatria se estabelecer como um saber organizado. Há aí um deslizamento importante na função social da Medicina: de arte de curar ela passa a ser dispositivo de saber-poder (usando o conceito foucaultiano). Um saber (um campo de conhecimento que se funda como discurso de verdade) vinculado a um poder (disciplinar de controle social). Nessa articulação, portanto, funda-se um saber sobre o corpo que visa vigiá-lo e controla-lo. Como afirmado por Foucault,

¹⁴ Um exemplo disso é o livro de 1947 “A criança-problema: a higiene mental na escola primária” de Arthur Ramos, autor brasileiro que, como destaca Bautheney (2011, p.40), é exemplo de como “o discurso psiquiátrico precipitou a passagem desta concepção de *criança problema* para a de *criança doente*”.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 1979, p. 80)

[o que se quer no exame médico-legal é] (...) estabelecer a demarcação: uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão. (FOUCAULT, 2010, p. 27)

Entendemos, então, que coube à Medicina (e mais especificamente à Psiquiatria) o poder político de gestão da vida, a disciplinarização do corpo e o controle e a regulação da população. Para Foucault (2006a), esse ordenamento populacional a partir de uma estratégia de governo constitui-se como biopoder. O biopoder é uma forma de poder que age diretamente na vida das pessoas.

Vistos como um corpo, os indivíduos são controlados a partir do estabelecimento de regulações biológicas – normas sobre como o corpo deve ser, que estabelecem o que pode e o que não pode no corpo de cada um. Como bem localiza Guarido:

A garantia de um comportamento para a saúde ultrapassa a noção da saúde do indivíduo, pois o engaja na manutenção da saúde no espaço coletivo, moralizando as condutas em torno do governo de si e dos hábitos em geral. [...] a medicalização da vida se apresenta na gestão que o homem, a partir da modernidade, faz de sua saúde, de seu bem-estar, bem como de seu comportamento e das representações de si mesmo. (GUARIDO, 2008, p. 22)

Ao circunscrever o que é normal e o que é patológico, a Medicina normatiza os comportamentos. A normatização é criatura e criadora do controle social. Controle social que agora é feito diretamente nos corpos, através de estratégias de medicalização da vida. Vejamos, a seguir, como essa forma de controle da saúde se relaciona com o controle moral dos indivíduos.

1.3 Loucura e desvio: lógica diagnóstica e ampliação nosográfica

O que um falsário tem a ver com um esquizofrênico ou um histérico? Retomamos agora a provocação na colocação de Thomas Szasz, que introduz nosso capítulo. O que esses nomes

têm em comum é que se constituem como categorias que são atribuídas aos sujeitos identificados com valores negativos.

Enfatizamos anteriormente que o que é normal é uma construção discursiva pensada a partir do patológico. Não esqueçamos que essa construção se dá na relação entre sujeitos, conjuntura social, econômica, política e cultural de dada sociedade. Diante do público que desvia – os loucos, delinquentes, monstros, depravados, ladrões, extravagantes – está uma norma que caracteriza aquilo que é socialmente desejado. Chamar de monstro ou de louco, de depravado ou de doente são variações discursivas que se alteram de acordo com o discurso dominante da época.

Para lembrar brevemente algumas posições históricas, vemos que na Antiguidade a loucura era interpretada como algo que aproximava o indivíduo do sagrado, com uma habilidade de comunicação com as divindades. Posteriormente, na Idade Média, a influência da religião trouxe um movimento de aproximação da loucura à concepção punição por um pecado e de cura como questão de fé. Os loucos passaram a serem vistos como hereges, próximos a manifestações demoníacas. A caça às bruxas da inquisição foi uma expressão desse tipo de estratégia de intervenção, característico do pensamento da época¹⁵.

A partir do século XVIII e do discurso Iluminista, ideais sociais de racionalidade ligada à liberdade produziram uma virada na compreensão sobre a loucura. A partir de então, a loucura estará remetida à falta de entendimento (falha da razão) como uma limitação da vontade (falha da emoção). A hegemonia da Medicina leva à proliferação de classificações das formas de loucura que se distinguem entre as moralistas (mentalistas), em que prevalecem os processos mentais, e as organicistas, em que prevalecem os dados anatomopatológicos (PESSOTTI, 1999).

Essa herança epistemológica, segundo Braunstein (2013), leva à Psiquiatria do século XIX, à hierarquização de categorias em um método que se assemelha à classificação em classe, gênero e espécie, característica da Biologia. Como aponta Braunstein, foi nesse mesmo século o momento em que “os loucos passaram a ser patrimônio, objeto e problema de “higiene pública” e confiado à Medicina” (BRAUNSTEIN, 2013, p. 20, tradução nossa). Entre critérios

¹⁵ Para ver mais sobre isso, consultar o livro “A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de Saúde Mental” de Thomas Szasz (1971).

etiológicos, anatômicos e sintomatológicos e evolutivos, a Psiquiatria procurou estabelecer um modelo objetivo (positivo) de avaliação e classificação diagnóstica.

Sendo entendida como doença e apreendida pelo campo da Medicina, a loucura passará a ser caracterizada por um critério nosológico (CAPONI, 2012). Essa noção de nosologia e taxonomia das enfermidades remonta tanto à obra em botânica de Carl Nilsson Linnæus – conhecido como Lineu (1707-1778) –, bem como a de François Boissier de la Croix – conhecido como Sauvages (1706-1777) – uma nosologia de enfermidades inspirada na obra do primeiro. Essa *Nosologia Metódica* levou à publicação de uma primeira classificação inicial de enfermidades.

Tendo o *Genera Morborum* de Lineu e o aparecimento de uma prática nosológica como antecedentes, Phillipe Pinel (1745-1826) – considerado por muitos autores o fundador da Psiquiatria – desenvolveu um trabalho de classificação complementar em seu trabalho Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania (*Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*). Sendo um trabalho “médico-filosófico”, esse texto teve como proposta o agrupamento de espécies de loucura segundo causas e sintomas. Nesse trabalho, Pinel procurou não apenas classificar, mas também descrever as características da alienação mental.

Nesse contexto, a obra de Pinel aponta para uma noção muito particular sobre a experiência de alienação. Nessa obra, o francês descreve quatro categorias nosológicas: as manias, melancolias, demências e idiotias. Aspectos da “moral” individual, palavra usada por Pinel como sinônimo de psíquico, são descritos em cada uma das categorias. A polissemia da palavra evoca uma ambiguidade, uma vez que ela também se relaciona ao que diz respeito a regras sociais de conduta. Segundo Freitas (2004, p.89) o termo também se refere a uma perspectiva filosófica que opõe bem e mal, “designando, portanto, o que é conforme à moral, o que visa à ação e ao sentimento, por oposição à lógica ou ao intelectual”.

Pinel sugere uma técnica de tratamento: o chamado “tratamento moral”. A loucura, entendida como um desequilíbrio moral das paixões ou afastamento da razão, conduzia a uma falta de domínio do indivíduo. O tratamento moral era visto como o caminho para a estabilização dos comportamentos excessivos ou faltantes.

O asilo psiquiátrico (manicômio) era o lugar de tratamento moral dos alienados. O processo terapêutico era, de fato, um processo de dobrar às vontades dos loucos à do médico,

conduzi-los à dominação. As distinções entre classes nosológicas, no asilo, eram indiferentes. Bastava-se saber se era loucura ou não.

As categorias elaboradas por Pinel se organizaram em vinculação com essa noção de tratamento, em que era visada a restauração do domínio sobre si mesmo, através da condução pela palavra. Sua perspectiva, portanto, utilizava-se de um método psíquico (tratamento moral), em oposição às terapêuticas físicas (eletrochoques e banhos frios). Havia aí, a ideia de que há no louco um núcleo de razão que é escondido pela desrazão. O tratamento possibilitaria a recondução do indivíduo à racionalidade, tornando-o novamente capaz de produzir.

Posterior ao trabalho de Pinel, seguiu-se o trabalho de Étienne Esquirol (1816 e 1818). Discípulo de Pinel, Esquirol também entendia a loucura como distúrbio das funções racionais e intelectuais. Seu critério de classificação sintomatológico distingue-se em pouco à classificação pineliana e admite, como aponta Pessotti (1999), um substrato orgânico para o enlouquecimento. Será a partir daí que iniciará de busca por alterações anatomopatológicas como maneira de fundamentar as classificações.

Na segunda metade do século XIX, a ênfase nos aspectos anatômicos e patológicos da loucura, conduz a uma nova perspectiva teórica: a da degeneração. A publicação do Tratado de Degenerações Psíquicas, Intelectuais e Morais da Espécie Humana e das Causas que Podem Produzir as Variedades Mórbidas (*Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*) de Benedict August Morel (1809-1873) – pensado a partir da herança das concepções de Cabanis – dá início ao processo de ampliação da Psiquiatria.

A teoria da degeneração abriu espaço para uma associação entre desvios físicos e mentais (morais) e uma explicação etiológica. Entre o que era compreendido como causa poderiam estar fatores hereditários, intoxicações ou mesmo doenças do encéfalo. Essa amplitude no conceito de causalidade conduziu a uma razão diagnóstica pautada especialmente em princípios morais. Como afirma Pessotti (1999, p. 84): “Na verdade, a classificação de Morel parte de um pressuposto mais ideológico e menos metodológico: toda loucura tem uma causa orgânica, mesmo que seja uma hipotética hereditariedade ou impudismo”.

Como vimos anteriormente, isso é o que Foucault chamou de Medicina do não patológico: aquela que não pretende somente curar, mas antecipar e prevenir condutas indesejáveis. Assim,

percebemos a passagem de uma Psiquiatria apenas preocupada com o reconhecimento da loucura para uma Psiquiatria preocupada com a análise de sua evolução.

Ainda no século XIX, Emil Kraepelin (1856-1926) sistematizou catorze categorias no campo das encefalopatias, psicoses e psicopatias (as também conhecidas como psiconeuroses). Em uma classificação organicista, Kraepelin elabora um conceito de loucura cujas causas podem ser endógenas (internas) ou exógenas (externas). Assim como Morel, o psiquiatra alemão parte do princípio que toda loucura tem um “fundo doentio de base”, ou seja, uma “predisposição geral” para o adoecimento (PESSOTTI, 1999).

Para Kraepelin, as classificações psiquiátricas deveriam correlacionar sintomas, causas e fatores biológicos. Verificando isso, Pessotti (1999) afirma que a classificação kraepeliniana é um resgate de uma Medicina que compreende o adoecimento como desarranjo biológico (humoral). Nessa concepção, os comportamentos desviantes são manifestações de desordens orgânicas ativados (ou não) por fatores afetivos.

Nesse movimento, o paciente é considerado portador de suas doenças e responsável pelos danos que dela são consequência, ao mesmo tempo em que é desresponsabilizado por não ser capaz de cuidar de si.

Entre as classificações expostas até aqui, vimos uma oscilação entre classificações etiológicas, sintomatológicas, anatômicas e evolutivas. Também vimos uma variação entre concepções categoriais¹⁶ e dimensionais¹⁷. Braunstein (2013) chama a atenção para a semelhança entre essa classificação kraepeliniana e as classificações do século subsequente. Interpretadas como “estabilidade do ordenamento”, os objetos classificados e suas descrições a partir da aparência são entendidas como válidas e confiáveis.

Entretanto, relembremos que as variações de descrições de “transtornos mentais” como patologias são uma construção. Não queremos dizer com isso que o sofrimento dos sujeitos que são diagnosticados é um mito, mas sim que o nome atribuído a eles é uma construção. Um mito

¹⁶ Descrita por Pessotti (1999, p.169) como a concepção que “(...) admite que cada doença constitui uma espécie ou gênero, em si mesma”.

¹⁷ Descrita por Pessotti (1999, p.169) como enfoque em que “(...) cada doença é entendida como expressão de processos mórbidos unitários, mais ou menos abrangentes, e que nos quais fatores comuns intrvêm com diferentes intensidades ou diferentes associações”.

no sentido de que não falam sobre o possível sofrimento do indivíduo, mas sim de seus prejuízos. Nesse ponto, relembramos Szasz (1978),

[...] afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos. [...] O fundamental é que esses doentes mentais não escolhem o papel de doente mental; são definidos e tratados como doentes mentais contra sua vontade; em resumo, esse papel é *atribuído* a eles. (SZASZ, 1978, p.21)

O mito da doença mental marca os indivíduos. A marca patológica dada a eles desloca a causalidade do campo sócio-histórico para o campo particular, individual. O indivíduo divergente é considerado doente mental porque não condiz com as normas de normalidade criadas pela Psiquiatria. Normas estas que se relacionam intimamente com as normas sociais, mas que não estão preocupadas em entender o porquê do desvio. Novamente, Szasz nos mostra que,

Portanto, a divergência social é um termo que abrange uma vasta categoria. Que tipos de divergência social são considerados como doenças mentais? A resposta é que são aqueles que provocam uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de saúde mental psiquiatricamente definidas e impostas. Se a recusa de narcóticos é a regra de saúde mental, a ingestão de narcóticos será um sinal de doença mental; se a conduta calma é uma regra de saúde mental, a depressão e a excitação serão sinais de doença mental, e assim por diante. (SZASZ, 1978, p. 27, grifos nossos)

Para Goffman (1992, 1998), a identificação de determinados comportamentos como desviantes se configura como um problema que, segundo o autor, leva à estigmatização dos indivíduos que se encaixam fora do padrão. A partir dessa marca, esses indivíduos são excluídos do convívio com os outros, podendo ser segregados (como no caso dos ditos doentes mentais nos manicômios) ou até mesmo eliminados (como as ditas bruxas, na inquisição).

Assim, dar determinado nome à condição de um indivíduo ou de um grupo não é um ato neutro. A atribuição de um nome é uma forma de caracterizar e veicular conceitos sobre dadas pessoas, que determinarão práticas e modos de se relacionar com esses indivíduos. Em outros termos, essa rotulação é ideológica. Mas para que mesmo a Psiquiatria precisa rotular?

Rotula-se porque o doente é aquele que é incapaz de funcionar conforme as expectativas de uma sociedade produtiva. Parsons (1951) relembra que, sob uma ótica funcionalista, a doença acarreta a isenção das obrigações sociais normais e da responsabilidade do indivíduo

por si. Em contrapartida, o indivíduo deve reconhecer que está doente e se empenhar em sua recuperação buscando ajuda de um especialista.

Novamente, Szasz nos ajuda a pensar sobre a função dessa ideologia da doença.

Como a obrigação clássica do médico é tratar os pacientes que sofrem, mas para isso obter o seu consentimento e só fazê-lo em seu benefício, é necessário explicar e justificar as situações em que os indivíduos são “tratados” sem seu consentimento e em seu prejuízo. O conceito de saúde mental ou insanidade atende a essa necessidade. Permite que os membros “sadios” da sociedade lidem, como quiserem, com os seus semelhantes que são categorizados como “insanos”. (SZASZ, 1978, p. 15-16)

Discutimos até aqui como a Medicina e a Psiquiatria foram estabelecidas como discursos de verdade sobre o adoecimento (físico e psíquico). Também vimos como articula-se o saber-poder na construção de instrumentos que justificam a escolha por tratar à força quem não se submete às suas prescrições. Entendemos, com isso, que os processos de patologização e medicalização ocasionam uma perda de autonomia dos indivíduos, uma vez que os faz desresponsabilizados de seus atos, sejam eles existenciais, morais ou até mesmo políticos. Mas, e a infância? Vejamos agora como a Psiquiatria se apropria da infância como campo de saber-poder.

1.3.1 A loucura na infância: tratamento e educação

Vimos anteriormente como no século XX novas formas de classificar ampliaram o campo da Medicina – e mais especificamente da Psiquiatria – criaram novas categorias diagnósticas e alteraram pouco a pouco a nosografia utilizada. A nova Psiquiatria, baseada na descrição de “transtornos” ou enfermidades, como afirma Braunstein (2013), segue com uma concepção etiológica que se remete à organogênese neurológica e genética dos ditos transtornos psicogenéticos.

Relembramos, agora, como a Psiquiatria se transforma em estratégia de controle biopolítico. Nesse contexto, a infância será tomada como tempo privilegiado para a prevenção de desvios, para que se garanta o controle dos comportamentos necessários para se viver em sociedade. Como momento de cuidado, a infância poderia apontar para a predição do adoecimento para uma possível prevenção e, por isso, ganhou especial destaque na atenção psiquiátrica.

Nos primórdios da Psiquiatria, as manifestações clínicas ligadas à idiotia, para Pinel, ou imbecilidade, para Esquirol, serão considerados estados que remetiam à infância. Marcados principalmente pela noção de “debilidade” mental, mas ainda relacionada à alienação mental, o idiotismo era visto como um déficit das funções ou faculdades intelectuais. Ao lado da demência, mania e melancolia, o idiotismo como alienação se diferenciava dos outros diagnósticos por conduzir a uma noção inicial de desenvolvimento intelectual. A idiotia era entendida como uma “parada” no desenvolvimento infantil, que tinha como consequência um adulto infantilizado (PESSOTI, 1984).

A partir dessa compreensão, estabelece-se uma relação entre a Psiquiatria e a Pedagogia, como instrumento responsável por procedimentos para o desenvolvimento possível desses indivíduos. Será com Jean Itard – e seu trabalho com o menino Victor, conhecido como o “selvagem de Aveyron” – e, posteriormente, de Édouard Séguin – com a aplicação do tratamento moral de Pinel na educação – que a idiotia passará a ser compreendida com prognósticos mais positivos.

Segundo Bercherie (2001), a história da Psiquiatria infantil pode ser dividida em três períodos. Esse período, entre os primeiros 25 anos do século XIX, a noção de retardamento mental (com a ideia de idiotia) era predominante. A ideia de “loucura da criança”, nesse momento, não era discutida. De maneira geral, nesse momento, as discussões importantes referiam-se ao grau de cura e educação do retardamento mental, divergindo com relação a isso, médicos (Pinel e Esquirol) e educadores (Itard e Séguin).

A educabilidade das crianças idiotas faz com que a Psiquiatria busque uma técnica para classificação em uma escala de desenvolvimento de aptidões. Para isso, surge a Psicologia como responsável pelo estabelecimento de escalas métricas de inteligência. Nesse movimento, o trabalho de Alfred Binet e Théodore Simon foram responsáveis pelo desenvolvimento de uma psicometria que estabeleceu padrões de desenvolvimento físico e mental da infância normal (BAUTHENEY, 2011). Há uma relação estabelecida entre as questões de desenvolvimento e as faculdades intelectuais e morais desses pacientes. Isso levava a crer que a anormalidade da criança estaria de fato ligado a fatores orgânicos.

Os testes e escalas de inteligência de Binet e Simon, funcionavam como instrumentos objetivos que permitiam distinguir problemas de aprendizado associados à deficiência mental e as que não apresentavam “comprometimento das funções intelectuais”. Os problemas de aprendizagem que não eram taxados como desvios causados pelo que era entendido como

deficiência mental, eram considerados como desvios da personalidade infantil (GUARIDO, 2008). Passou a haver, portanto, a intenção de distinguir as anormalidades de origem congênita e aquelas adquiridas nos primeiros anos de vida. Esse movimento conduziu à nomeação das demências próprias da infância.

A partir da segunda metade do século XIX, estabelece-se esse segundo momento histórico, segundo Bercherie (2001). A publicação da primeira geração dos tratados de Psiquiatria infantil constituiu uma clínica psiquiátrica da criança como deslocamento da clínica e nosologia do adulto. Nesse momento localiza-se a teoria de Morel. Ainda assim, as principais discussões referentes ao sofrimento psíquico na infância eram limitadas à irreversibilidade da dita debilidade, à degeneração, à masturbação, etc.

Foi a partir de 1930, segundo Cirino (2015), que uma mudança se operou no campo. As influências das ideias psicanalíticas sobre a infância conduziram a uma nova clínica, chamada Pedopsiquiatria. A psicopatologia infantil, então, passa a ser ampliada e estruturada com base na Psiquiatria funcionalista americana, incentivada sobretudo por Adolf Meyer (1866-1950). Ao mesmo tempo, a ideia sobre o desenvolvimento psicológico da criança e a constituição de escalas comparativas levaram à ampliação da discussão no campo.

A construção de uma Psiquiatria infantil, como discutido por Guarido (2008, p.30), “não significou somente a constituição de um campo, mas a expansão do discurso psiquiátrico na constituição de um discurso médico sobre a normalidade”. Em sua tentativa de distinguir problemas do desenvolvimento de doença mental, a Psiquiatria infantil instrumentalizou um campo de em que os padrões de normalidade dos adultos serviam como parâmetro para normatização dos comportamentos infantis. A distinção, portanto, dos “desvios quanto à norma e a anormalidade propriamente dita” (GUARIDO, 2008, p.30).

Do lado da anormalidade estavam tanto as crianças com alguma deficiência como as classificadas com alguma demência. No caso do tratamento de crianças com deficiências mentais, era recomendado escolas especiais que utilizassem de um método de ensino individual. Em outros casos, crianças que falhavam nas escolas estavam fadadas à ficarem distante da escola.

Assim, destacamos que, dentre os debates ocorridos no século XIX e XX sobre as classificações próprias à saúde mental, a compreensão sobre distúrbios mentais de ordem orgânica e de ordem funcional marcou uma distinção – e, ao mesmo tempo, uma aproximação

– entre loucura e a debilidade mental. Bautheney (2011) aponta para essa associação do diagnóstico de idiotia à limitação da razão.

Ao analisarmos a nosografia psiquiátrica, especificamente no que diz respeito ao aspecto “idiotia” e “imbecilidade” em suas manifestações clínicas, encontramos descrições de que estas demonstrariam um “empobrecimento” ou “mau uso” das capacidades racionais e intelectuais. (p. 64)

Passaremos agora a discutir as mudanças recentes nos diagnósticos psiquiátricos. A partir disso – e tendo em vista as questões deixadas até aqui – iremos discutir os jogos discursivos em pauta na priorização de estratégias terapêuticas medicalizantes. Com isso, teremos mais elementos para discutir as distinções e aproximações existentes entre as compreensões das categorias abarcadas pela Educação Especial. Mas antes, vejamos agora como foram construídos os léxicos nosológicos que são utilizados atualmente.

1.4. Os manuais estatísticos e a amplitude dos diagnósticos

Como vimos, antes mesmo de Pinel, uma série de critérios e conceitos foram criados para nomear os fenômenos interpretados como loucura e anormalidade. As diferentes classificações, muitas vezes divergentes, demonstram a “fluidez dos conceitos da psicopatologia” (PESSOTTI, 1999, p.11). Tanto nas tentativas de estabelecimento de modelos baseados em pressupostos teóricos (médico-filosóficos) quanto modelos sistemáticos baseados em outras ciências expõe-se a fragilidade das classificações psiquiátricas. Entretanto, uma demanda administrativa de sistematização não cessa de surgir e se instituir.

Atualmente, a Psiquiatria vale-se dos chamados “manuais estatísticos”. Sendo consenso a importância da nosologia, o principal interesse no estabelecimento de uma classificação internacional foi, portanto, agrupar doenças ou grupos de diagnósticos em uma mesma nomenclatura. Vejamos a seguir como eles se estabeleceram no campo médico, bem como no campo específico da Psiquiatria.

Os chamados manuais estatísticos tiveram início com os estudos estatísticos sobre causas de morte realizados por John Graunt sobre a mortalidade em Londres no século XVII¹⁸. Posteriormente, trabalhos como o de Sauvages e Lineu, citados anteriormente, bem como o de

¹⁸ Esses antecedentes aos quais aqui nos remetemos estão caracterizados no Manual de Instruções da CID-10 (2008), bem como também foram abordados por Laureti (1991).

William Cullen (17010-1790) tiveram fins clínicos e estatísticos e regeram a classificação de doenças com uma perspectiva de uniformidade.

No Primeiro Congresso Internacional de Estatística em 1853, que marcou o surgimento da Medicina estatística, discutiu-se a necessidade de uma classificação uniforme de causas de morte por doenças que levasse em consideração os avanços da Medicina na época. O epidemiologista William Farr (1807-1883) apresentou em 1855, no II Congresso Internacional, em Paris, um modelo nosológico que dividia doenças em cinco grupos: as epidêmicas, constitucionais, localizadas em sítio anatômico, do desenvolvimento e que são consequência direta de traumatismo. No mesmo congresso, o suíço Marc d'Espine apresentou uma classificação, em que as doenças eram classificadas segundo sua natureza (gotosa, herpética, hemática, etc.). A decisão do congresso foi adotar uma lista de 139 rubricas baseadas em uma conciliação de ambas classificações.

Em 1864, essa classificação foi revista, com base no modelo de Farr. Nenhuma de suas revisões posteriores, entretanto, foram adotadas e aprovadas internacionalmente como consenso entre os países. Entretanto, o princípio de classificar as doenças que causam morte a partir de sua localização anatômica, como proposto por Farr, sobreviveu e foi a base da Lista Internacional de Causas de Morte.

Em 1893, Jacques Bertillon (1851-1922) apresentou uma classificação ao Instituto Internacional de Estatística, preparada a partir de uma classificação parisiense existente desde 1885, que sintetizava as classificações inglesa, alemã e suíça, a partir dos princípios de Farr. A chamada *Classificação de Causas de Morte de Bertillon* foi bem recebida e adotada por vários países, sendo recomendada pela Associação Americana de Saúde Pública (APHA) em 1898. Em 1900, por ocasião da Primeira Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Berillon, foi reconhecida a utilidade de revisões decenais da Classificação Internacional de Causas de Morte.

No âmbito da Psiquiatria, também no final do século XIX, um movimento de busca por uma padronização de práticas levará uma discussão sobre a criação de uma classificação internacional das doenças mentais. Como descrito por Caponi (2011b), os debates sobre os problemas a partir das “loucuras de degeneração” propostas por Morel em 1857, expuseram uma dita insuficiência das classificações sintomáticas da Psiquiatria clássica, essa proposta de classificação buscava definir e agrupar doenças a partir de sua etiologia.

A proposta de criação de uma classificação aceita pela Psiquiatria mundialmente foi apresentada pela Sociedade Belga de Psiquiatria e, posteriormente, analisada por uma comissão da Sociedade Médico-Psicológica na França. Com isso, Paul Garnier, Valentin Magnan e Jules Christian apresentaram uma classificação de patologias em 1888. Como afirma Caponi,

O sucesso desse programa de pesquisa deveu-se ao fato de que ele parecia ser frutífero para explorar patologias não incluídas nas classificações clássicas, definir anomalias físicas, mentais e morais, circular entre o espaço estritamente médico e as intervenções sociais. O programa de pesquisa dedicado ao problema da degeneração inclui questões referentes à purificação das raças, à mestiçagem, aos programas eugênicos, assim como a questões relacionadas à higiene pública e à medicina social. Esse programa configura uma biopolítica da população que diz respeito a povos e grupos considerados como desvios da média. (CAPONI, 2011b, p. 168)

Como nos lembra Caponi (2011b), essa identificação de condutas cotidianas como patológicas passou a se constituir como base epistemológica da Psiquiatria moderna – nomeada pela autora como Psiquiatria ampliada.

Do lado da Medicina geral, com relação às classificações de causas de morte, em 1923, Michel Huber (sucessor de Bertillon), juntamente do Instituto Internacional de Estatística e da Organização de Higiene da Sociedade das Nações se prepararam para criar uma *Classificação de Doenças e Causas de Morte*, publicada em 1928. Com interesse nas estatísticas sanitárias, a Organização de Higiene participou também das revisões seguintes (1929 e 1938).

Em uma tentativa de se voltar mais às estatísticas de causas de mortalidade, bem como de avaliar e classificar as causas de morbidade, a Conferência Internacional de Saúde designou, em 1946, um Comitê de Peritos. Como resultado desse trabalho foi publicada a *Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte* (CID-VI), criada em 1948 e adotada em 1950. Nessa edição, passou-se a existir uma classificação de doenças, lesões e sintomas, mesmo aqueles que não causavam morte. A partir dessa revisão, passou a ser responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) a revisão, publicação e divulgação da CID.

Diferentemente das revisões anteriores, as finalidades da CID-IV se expandiram, passando a incluir também doenças não fatais. Por tratar, então, das morbidades, a CID passou a organizar algumas definições de campos específicos da Medicina, como a Psiquiatria. Seu capítulo V, "Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade" apresenta justamente agrupamentos relativos à “transtornos mentais”.

Já em 1989, na ocasião da décima revisão da CID manteve a mesma sigla para a classificação, mas com um novo nome: *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10). Nessa versão ocorreram mudanças nas bases de classificação em uma tentativa, segundo o comitê, de adequação de sua estrutura. Dessa forma, buscava-se que a classificação servisse a uma maior variedade de necessidades, tanto da mortalidade como da assistência à saúde. Desenvolveu-se o conceito de uma “família” de classificações para atender às diferentes demandas. Assim, a ideia de uma “família” de classificações de saúdes serviria à designação de “um conjunto de classificações integradas que compartilham características similares e que podem ser usadas isoladas ou em conjunto para prover informações, sob diversos aspectos, tanto da saúde como do sistema de saúde” (OMS, 2008, p.4).

A CID foi criada como classificação de doenças por meio da definição de um sistema de categorias de acordo com critérios específicos. Seu propósito, segundo a OMS, é permitir uma avaliação, análise e interpretação sistemática que forneça dados de comparação da mortalidade e morbidade em diferentes países. Entretanto, a criação de um sistema estatístico de avaliação de doenças acabou se traduzindo no estabelecimento de parâmetros diagnósticos nos quais as pessoas (e seus sintomas) foram enquadradas. Ou seja, a indexação de categorias diagnósticas significou a ampliação de questões interpretadas como patologias, a serem tratadas com medicamentos específicos.

Segundo Farias e Buchalla (2005), como efeito posterior ao estabelecimento das classificações estatísticas internacionais, surgiu a necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes no decorrer de suas vidas, após o diagnóstico. Visando, então, a saber mais sobre as consequências das doenças, a OMS publicou em 1976 a *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens* (CIDID). As autoras elucidam na diferenciação de termos:

De acordo com esse marco conceitual, *impairment* (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 189)

Nesse modelo, as condições são descritas em uma sequência linear, deixando de lado as relações entre a interação entre aspectos sociais e ambientais, por exemplo.

Após revisões, em 2001, foi aprovada a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF). Nessa classificação, a funcionalidade e a incapacidade são descritas em relação às condições de saúde da pessoa. Ou seja, tendo em vista a condição física e as funções dos órgãos e sistemas do corpo, a pessoa pode ou não ter limitações na sua vida cotidiana, em diferentes graus.

A CIF é, portanto, baseada em uma compreensão biopsicossocial do adoecimento e da deficiência. Baseado em um diagnóstico da disfunção, o modelo tenta abarcar as diferentes dimensões e condições de saúde. Apesar disso, a incapacidade não é diferenciada por etiologia, mas sim por “componentes da saúde” e “consequências” ou impactos da doença.

Também em um trabalho paralelo ao da CID-IV, em 1952 o Comitê de Nomenclatura e Estatística da *American Psychiatric Association* (APA) criou o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM). Influenciada pelas pesquisas desenvolvidas pelo Exército Americano, com relação à veteranos de guerra que apresentavam queixas psiquiátricas, a CID apresentava pela primeira vez uma classificação de “doenças mentais”. A partir dessa classificação, a associação de Psiquiatria desenvolveu um manual específico para diagnóstico clínico de tais casos.

A primeira edição do DSM continha um glossário com descrições de categorias diagnósticas, com foco em uso clínico. Com a perspectiva de padronizar os procedimentos da área, o manual surge com a proposta de oferecer uma base empírica para a prática clínica, pesquisa e ensino da psicopatologia. Para isso, sistematiza elementos diagnósticos em agrupamentos, de acordo com critérios de semelhança de maneira a permitir a instrumentalização dos profissionais para a coleta e a comunicação de dados estatísticos referentes à saúde pública (APA, 2002).

As descrições do DSM-I foram elaboradas a partir da compreensão psicodinâmica de Adolf Meyer. Segundo Dunker (2014),

Opondo-se à noção de processo e às divisões propostas por Kraepelin [...], Meyer centrou sua racionalidade diagnóstica em tipos de reação, no pressuposto sintético da história de vida e nas moções determinantes das doenças mentais. [...] Quadros de etiologia biológica e condições responsivas a contextos sociais específicos encontravam-se representados. O conjunto não refletia uma clara separação entre o normal e o patológico, e a intenção da

obra era principalmente estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos. (DUNKER, 2014, p. 81)

A partir dessa perspectiva, o DSM-I adota o termo “reação” como descritor dos transtornos mentais, dando a qualificação na descrição (APA, 1952, p.1). Devido às raízes epistemológicas a que essa primeira versão estava relacionada, a concepção adotada pelo Manual entendia como “doenças mentais” os fenômenos como reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 2002). Nessa edição, a etiologia dos transtornos descritos era fundamental, e termos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” eram utilizados, demonstrando uma nítida influência da psicanálise.

Por conta de uma dificuldade na aceitação da classificação das doenças mentais nas sexta e sétima edições da CID, muitos esforços foram realizados na promoção e estabelecimento de critérios diagnósticos clínicos para o campo da saúde mental. Apesar disso, as edições do CID-8 e DSM-II permaneceram bastante semelhantes.

O DSM-III surge como uma revisão que apresenta mudanças relevantes, que terão reflexos na maneira como a Psiquiatria aborda as doenças mentais. Em uma tentativa de explicitar seus critérios diagnósticos e promover uma padronização nos atendimentos em saúde mental, o manual promoveu uma avaliação multiaxial, envolvendo uma avaliação em eixos (áreas) sobre as quais o clínico deve se atentar: os distúrbios clínicos, de personalidade, condições gerais, problemas psicossociais e ambientais, e avaliação global do funcionamento.

A priorização da descrição de critérios diagnósticos específicos e a tentativa de mostrar neutralidade em relação às teorias etiológicas, o manual passa a se ater a uma descrição de sintomas em categorias estabelecidas a partir de um “trabalho empírico” (APA, 2002, p. 23). Os aspectos psicodinâmicos, outrora centrais, passaram a dar lugar a um modelo que buscava ser “mais verdadeiro” e científico. A descrição da classificação, estabelecida a partir de critérios estatísticos, foi desenvolvida a partir de um trabalho de construção e validação dos critérios diagnósticos através de entrevistas psiquiátricas. Fica claro o afastamento da perspectiva do grupo elaborador do manual com a tradição da Psiquiatria clássica. Não mais busca-se um raciocínio clínico fundamentado na discussão teórico-filosófica (DUNKER 2011; DUNKER e KYRILLOS NETO, 2011).

Gestado nesse contexto, o DSM-IV, publicado em 1994, foi uma tentativa de firmar as bases empíricas das modificações da Psiquiatria (APA, 2002). Entretanto, o resultado foi um

grande aumento no número de classificações e critérios diagnósticos, a partir de um trabalho em consonância com a décima revisão do CID.

O DSM-V, edição mais recente do manual, datado de 2013, também trouxe alterações. Primeiramente, rompeu com o modelo multiaxial e com a escala de avaliação global, incorporando como transtornos condições que eram consideradas subjacentes aos eixos. Os fatores psicossociais e ambientais continuam como foco de atenção, mas agora seguindo a codificação da CID-10 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde).

Vemos, com isso, como os modos de subjetivação e socialização foram desconsiderados nos manuais que servem de base para o trabalho médico atualmente.

Lembramos a colocação de Roudinesco: “(...) se procura incessantemente codificar o déficit, medir a deficiência ou quantificar o trauma, é para nunca mais ter que se interrogar sobre a origem deles” (ROUDINESCO, 2011, p.42). Portanto, mesmo se interessando pelas causas das ditas doenças mentais, a busca da Psiquiatria é, na verdade, por silenciar os conflitos.

Sobre isso, Dunker aponta para o significativo deslocamento epistemológico que ocasiona as compreensões atuais:

Não que o programa contido no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* esteja isento de implicações filosóficas, éticas e epistemológicas, mas estas jamais são assumidas explicitamente, e o centro dessa problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas. (DUNKER, 2014, p.86)

O Manual, amplamente difundido entre sistemas de saúde pública e indústria farmacêutica, é empregado como se tratasse de fatos de maneira neutra, estabelecendo uma “língua comum” para se falar e pensar dos ditos “transtornos”. O abandono dos modelos psicodinâmicos em favor do modelo regulamentar é o que pode ser observado com a adoção de termos como “distúrbio” ou “transtorno”. Seguindo a incessante normatização, que distingue a normalidade e, fundando-se na Medicina baseada em evidências, a classificação procurou traçar uma marca universal que aproxima o cotidiano da dita doença mental. De uma inspiração pragmática, o abandono da clássica noção de “doença mental”, a partir da sua substituição pela ideia de “desordem” (*disorder*), demonstra a indiferença à etiologia. Percebemos, então, como as categorias se mostram provisórias, em constante ampliação, e indiferentes à etiologia. Para

a classificação, os comportamentos socialmente desviantes que ocasionam conflitos sociais são tomados como disfunção do sujeito.

1.5. Sobre sofrimento psíquico, patologias e transtornos

Até aqui discutimos como a lógica biomédica toma os sintomas mentais e comportamentais tal qual toma os sintomas físicos. Refletimos também sobre o lugar do diagnóstico psiquiátrico.

Na Medicina, o sofrimento ou desordem comportamental são entendidos como sinais mórbidos, ou seja, como algo que representa a doença para o médico. Vistos como significantes patológicos, o sofrimento, o delírio, a mania, ou outras queixas, remetem a uma doença. E por remeter a uma doença, a Medicina espera encontrar uma ligação anatomopatológica que explique, tal como uma prova concreta, a verdade daqueles sintomas.

Tal como foi feito no estabelecimento das estatísticas de causas de morte, a Psiquiatria e a Neurologia buscam estabelecer correlações unívocas entre queixa, lesão e doença, em uma tentativa de generalização e universalização nosológica. Os manuais diagnósticos e seus *checklists* funcionam justamente no sentido de conferir um caráter de homogeneidade – se observamos as mesmas queixas em um grande número de pessoas, encontramos uma categoria diagnóstica.

Mas que lugar é destinado ao sofrimento, ao mal-estar ou ao incômodo que se associam a essas queixas? Como afirma Mariotto (2015),

Constata-se aí uma tendência ao *emudecimento das singularidades subjetivas*, na medida em que as pessoas passam, cada vez mais, a ser definidas por um conjunto de sintomas e patologias determinadas que, como tais, têm por efeito a homogeneização das experiências individuais. Generaliza-se o sofrimento, o mal-estar, a angústia, o “desafino”, destituindo-os da significação particular que estabelecem em cada existência. (MARIOTTO, 2015, p.289, grifos da autora)

Reduzindo sintomas a desajustes químicos, a Medicina silencia o conflito e, com isso, o próprio sujeito e a subjetividade. Por isso, Mariotto (2015, p.291) afirma que os sintomas passam a ser entendidos como perturbações que se opõe à saúde e, por isso, que devem ser “ajustadas” ou “condicionadas” afim de criar-se “competências” na pessoa que busca ajuda (2015, p.291).

Distintamente, entendemos desde a Psicanálise, que a própria estrutura do sujeito envolve o conflito. Ainda que o sintoma também seja entendido como sinal, entendemos que ele é sinal do sujeito do inconsciente. É por meio do dizer e da palavra que esse sujeito aparece como efeito. E é justamente por isso que entendemos que “cada caso é um caso”, pois cada articulação significativa é diferente para cada sujeito.

Relembramos, nesse ponto, o que aponta Dunker (2015),

As doenças mentais não são nem *doenças*, no sentido de um processo mórbido natural, que se infiltra no cérebro dos indivíduos, seguindo um curso inexorável e previsível, nem *mentais*, no sentido de uma deformação da personalidade. As doenças mentais, ou melhor, seus sintomas, realizam possibilidades universais do sujeito, que se tornam coercitivamente particulares ou privativamente necessárias. Em outras palavras, um sintoma é um fragmento de liberdade perdida, imposto a si ou aos outros. Por isso, há algo que concerne à todos, de maneira universal, em cada uma das formas particulares de sofrimento. Assim, a normalidade é apenas *normalopatia*, ou seja, excesso de adaptação ao mundo tal como ele se apresenta e, no fundo, um sintoma cuja tolerância ao sofrimento se mostra elevada (DUNKER, 2015, p.32, grifos do autor).

O que é nomeado como doença mental, insistimos novamente, reduz a experiência (de sofrimento) na qual aquele sujeito se encontra.

O que encontramos atualmente, entretanto, como afirmado por Dunker (2015), é o declínio da doença mental como patologia na sua nova caracterização como transtorno ou distúrbio.

[...] [a partir dos anos 1980] declina gradualmente a ideia de conceituar o sofrimento mental por meio de processos mais gerais, que engendram e explicam inúmeros sintomas. À *despatologização* da “doença mental”, que pode agora ser desestigmatizada por sua renomeação como “transtorno”, “desordem” ou “dificuldade”, corresponde uma *repatologização* generalizada, pela qual todos nós aceitamos nossos sintomas como “normais” (DUNKER, 2015, p.26).

Essa alteração na nomeação não é sem influência no campo do sofrimento. Entendemos isso porque partimos do pressuposto que o sintoma é manifestação de uma articulação de significantes, ou seja, é algo da ordem da linguagem. Por isso, diferentemente do adoecimento orgânico, o sintoma se modifica ao ser nomeado.

É justamente por isso que, eticamente, a Medicina se distingue da Psicanálise. Enquanto a primeira trabalha para curar o sofrimento, eliminando todo mal-estar e angústia, a segunda

aposta na fala como possibilidade de transformação dos sentidos subjetivos daqueles sintomas para, com isso, operar alguma mudança em torno deles. Não se faz, portanto, um “aperfeiçoamento” do sujeito, nem um treinamento. Também não se esgota em uma compreensão consciente da causalidade psíquica. A Psicanálise faz o sujeito se interrogar sobre a sua posição. E a partir disso existe a possibilidade de resignificação e reposicionamento. Por não desejar apenas eliminar (curar) o que é visto como negativo (doença), a Psicanálise dá espaço para que o sujeito deixe de precisar daquilo que se constitui como sintoma.

II. AUTISMOS: polissemias diagnósticas

O que é o autismo? Falta de contato visual, desconforto para situações sociais, isolamento e evitação? Inteligência acima da média com interesses limitados? Sintoma de uma psicose na infância? Estado de debilidade? Deficiência, doença ou jeito de ser?

Diferentes imagens rondam a imaginação quando a palavra *autismo* está presente. Mesmo quem nunca teve contato com alguém que assim é diagnosticado pode prontamente se questionar se esse é um nome a ser usado para descrever uma criança mais isolada.

A palavra autismo, cujo prefixo *auto* remete ao significado *de si mesmo*, pode ser utilizada coloquialmente desde em uma simples descrição casual de pessoas que preferem o isolamento até em uma categoria diagnóstica própria. Tendendo hoje a cair sob o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o que é chamado de autismo não carrega o mesmo sentido para todos os que dele fazem uso.

Nossa intenção nesse capítulo é traçar um percurso pelos campos epistemológicos que se apropriam do cuidado dos indivíduos e o lugar do autismo no discurso biomédico. Entendemos o discurso como rede de enunciados ou de relações que se articulam a um determinado saber (FOUCAULT, 2008), entendemos que a prática discursiva é o que faz se assumir e instituir um lugar para os indivíduos, naturalizando as várias formas de ser em determinadas posições.

Já discutimos a maneira pela qual a Medicina se apropriou da loucura, entendendo-a como doença. A partir disso, constituiu-se um campo de saber que acusa serem biológicos (uma disfunção do cérebro) os desvios comportamentais dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. Para a Medicina, tudo aquilo que o sujeito percebe e refere como indicativo de uma patologia é considerado um sintoma, assim como aquilo que é encontrado como alteração física indicativa de adoecimento é considerado um sinal de doença. A Psiquiatria, enquanto campo, se constituiu em torno da busca de sinais (orgânicos) que correspondessem aos sintomas relatados. Nos manuais diagnósticos contemporâneos, a ideia de “transtorno” como desadaptação ou disfunção do indivíduo é descrita a partir de uma sintomatologia bastante maleável e ampla, em um *check-list* clínico que diz-se “ateórico”.

A herança de uma preocupação com a verificação da realidade na loucura, desde Pinel, remete a descrições nosológicas cujo objetivo é discriminar os indivíduos curáveis dos incuráveis. Em uma compreensão em constante ampliação, a noção de desordem substitui a de

doença mental e a cura, antes almejada, parece deixada de lado, sendo adotado um acompanhamento (medicamentoso) vitalício. Nesse contexto, a ideia de “sofrimento psíquico” é ignorada e repetidamente apagada a partir de mecanismos de dessubjetivação. Vejamos agora como essa forma classificatória, própria do fazer médico, conduziu à fabricação¹⁹ do diagnóstico de TEA.

2.1. Idiotia e demência: os antecedentes do diagnóstico de autismo

No capítulo anterior, discutimos como a loucura, aos olhos da Medicina, passou a ser entendida como doença a ser tratada a partir do século XIX. Antes tomada como “desrazão” ou entendida como um desarranjo das paixões e da vontade, a loucura passa a ser tomada como fenômeno patológico, vista como risco gradativo. A diferenciação entre normalidade e anormalidade, associadas a compreensões a respeito da hereditariedade e das lesões cerebrais, foram determinantes no estabelecimento de uma compreensão sobre a curabilidade/incurabilidade das doenças mentais.

Sob a classificação de Phillipe Pinel, uma diferenciação entre aspectos intelectuais e afetivos, tomados em diferentes proporções, levou à distinção de quatro categorias nosológicas: as manias, as melancolias, as demências e as idiotias. Mais vinculado à debilidade intelectual, a idiotia era caracterizada como um tipo de alienação mental específico, com ausência total das funções cognitivas de compreensão (BERCHERIE, 2001). Mesmo sem preocupar-se com o diagnóstico ou tratamento de crianças, a nomeação da categoria “idiotia” voltou o olhar da Psiquiatria para a infância.

Esquirol deu continuidade ao legado do mestre Pinel com uma classificação mais descritiva, buscando enumerar gradações de normalidade e patologia. Com a proposta de um refinamento das definições sobre as doenças mentais, Esquirol descreveu a categoria “demência” como perda de razão devido à falta de energia ou vigor do cérebro. Já a “idiotia” ou “imbecilidade” se distinguiam por representarem uma falta de desenvolvimento normal (PESSOTTI, 1999).

Ao sistematizar essa conceituação, Esquirol propõe uma diferenciação entre diagnósticos: o que seria um retrocesso a um estado análogo ao da criança (demência); a incapacidade

¹⁹ Fazemos referência aqui à ideia de que toda classificação é uma invenção organizada para que um tratamento possa ser administrado.

congénita de se desenvolver; e a interrupção no início do desenvolvimento. Entre tais formas descritas como “retardo mental” estariam as congênicas ou adquiridas na primeira infância, que gerariam estados irreversíveis e incuráveis, e as adquiridas posteriormente, passíveis de tratamento. Além disso, Esquirol também propunha gradações para classificação da debilidade, que iam da mais leve (imbecilidade e idiotia, em sequência) à mais profunda (cretinismo).

A relação estabelecida entre as questões observadas no desenvolvimento e as faculdades intelectuais e morais levou à interpretação de que a enfermidade mental da criança estaria mais relacionada a fatores orgânicos. Para distinção das questões congênicas e adquiridas, testes e escalas auxiliavam no diagnóstico de deficiência ou de desvios da personalidade infantil

A classificação segundo o grau de inteligência regularia a indicação para o tipo de tratamento. Ao relembrar o texto *Les Enfants Anormaux* de Binet e Simon, Santiago (2005, p.61) ressalta a colocação “certamente o idiota é para o hospício. Certamente o débil é para a escola. Resta o imbecil... A partir do momento que não pode aprender nem a ler nem a escrever, seu lugar só pode ser no ateliê”. Fica clara a distinção, ressaltada pela autora.

Hospício para aquele que “não consegue se comunicar nem pela palavra, nem pela escrita”. Ateliê para aquele que “não consegue se comunicar pela escrita”, mas que possui, em contrapartida, uma boa habilidade motora, que lhe permite executar trabalhos manuais. E escola para aquele que “pode se comunicar com seus semelhantes pela palavra e pela escrita, mas cujo déficit de inteligência retarda o curso dos estudos”. [...] do ponto de vista pedagógico, o débil é o único que pode compensar seu retardo ao ser beneficiado pelos métodos especiais de educação. E do ponto de vista clínico, a debilidade torna-se a única acepção curável no âmbito da forma congênita da “idiotia”, deixando, assim, definitivamente a nosografia das formas de retardo irreversível. (SANTIAGO, 2005, p.63)

Posteriormente, no século XX, a partir da ampliação das classificações e da concepção de novas categorias diagnósticas, o trabalho clínico com crianças foi incluído na prática psiquiátrica. Tratados não apenas pela questão da compreensão e da aprendizagem, categorias que abordavam as questões da criança passaram a abarcar comportamentos delirantes condizentes com a demência.

Com uma sistematização de classes diagnósticas ordenadas em subcategorias, Kraepelin (1883) sistematizou um vocabulário médico mais próximo da compreensão organicista. Para o psiquiatra alemão, uma investigação psicológica era fundamental para a compreensão e distinção da etiologia das doenças mentais.

Entre as diferentes revisões de seu Compêndio, Kraepelin distingue quinze espécies e variações patológicas. Entre elas, duas relativas a uma leitura desenvolvimentista: as demências precoces – em formas ebefrênicas, catatônicas e paranoides – e as paradas no desenvolvimento psíquico – a imbecilidade e a idiotia, que se aproximavam da classificação de Esquirol. Vislumbra-se assim, uma distinção mais explícita entre o que seria de ordem congênita e adquirida.

Kraepelin foi responsável por estabelecer a descrição clínica e evolutiva de cada categoria diagnóstica, compreendo-as como entidades nosológicas independentes. Para uso dessa classificação, o médico deveria atentar-se à definição, circunscrita por signos psíquicos característicos e pelas formas clínicas mais presentes. O método proposto por Kraepelin baseava-se na observação e descrição de fenômenos clínicos, procurando estabelecer agrupamentos típicos para a determinação da evolução da doença, em uma perspectiva de “história natural” da doença mental.

A hipótese subjacente a esse método era a de que mesmas “enfermidades” deveriam apresentar histórias naturais e desfechos clínicos semelhantes. Bastante marcante, nesse sentido, é o esforço de Kraepelin de evitar que qualquer interpretação de caráter psicológico viesse a interferir na objetividade do processo descritivo. Era, pois, necessário ater-se estritamente ao plano da experiência e da observação, pouco importando os esforços auto-interpretativos da parte do paciente. (PEREIRA, 2001, p.127)

No caso da demência precoce, a evolução da patologia levaria à perda da coerência interna, com um embotamento e empobrecimento da personalidade. As diferentes formas clínicas existentes na demência precoce distinguiam-se por sua caracterização: a catatônica, caracterizada pela falta de controle das atividades motoras; a ebefrênica, por reações emocionais e comportamentos inapropriados; e a paranoide, por ilusões de perseguição ou grandeza. A partir da distinção entre as características próprias de cada tipo clínico, o médico deveria estipular as melhores ferramentas clínicas para o tratamento.

Segundo Caponi (2012), a enunciação de Kraepelin ia ao encontro de uma compreensão de que fatores físicos, químicos e genéticos teriam influência (e significariam risco) na constituição das doenças mentais.

As descobertas realizadas sobre o papel desempenhado pela glândula tireoide (hipotireoidismo) permitiam encontrar uma causa biológica para um grupo algo indefinido de doenças psiquiátricas, que incluía do cretinismo até a

paralisia, passando pela epilepsia, a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce. (CAPONI, 2012, p. 135)

Entre as etiologias das patologias psíquicas, o psiquiatra distinguiria desordens mentais exógenas, decorrentes de condições externas e curáveis, e endógenas, de origem biológica e, por isso, incuráveis.

Sendo assim, as alucinações e outras manifestações da loucura eram entendidas como disparadas por um evento (como a ingestão de substância tóxica), mas a especificidade do núcleo delirante que se organiza era entendida como sendo própria ao sujeito (KRAEPELIN, 2007). A associação do consumo de substâncias tóxicas ou algumas variáveis sociais foram elementos considerados por Kraepelin, o que o vincula a uma certa compreensão sobre discurso da degeneração de Morel. Nesse sentido, os sintomas manifestos pelas pessoas chamadas de doentes mentais não têm um significado passível de interpretação, mas sim de descrição. São entendidos como defeitos ou disfunções comportamentais.

É possível perceber que, em seus primórdios, a Psiquiatria infantil fez uso da nosologia elaborada para adultos (BERCHERIE, 1980, 2001; BAUTHENEY, 2011; CIRINO, 2015). É só a partir dessa referência do diagnóstico de demência precoce de Kraepelin que a infância será propriamente alvo do tratamento médico. Com a definição de Sancte De Sanctis sobre o conceito de demência precocíssima, e de Heller sobre a demência infantil, as crianças passaram a ser consideradas para além do diagnóstico de idiotia. Vejamos agora como surgiu o termo “autismo”.

2.2. De sintoma à classe diagnóstica: o surgimento do termo autismo

Em 1911, Paul Eugene Bleuler propôs um novo diagnóstico como aperfeiçoamento da categoria “demência precoce”: a esquizofrenia. Descrito como quadro desintegrativo da personalidade, nesse diagnóstico haveria uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento. Essa é a primeira aparição do termo “autismo”. Surgido para designar um dos sintomas esquizofrênicos, o “autismo” consistia na inclinação do indivíduo a se afastar da realidade.

Somente em 1943, com os trabalhos do médico austríaco Leo Kanner, que o termo usado como descritor sintomático por Bleuler será apropriado para descrição de uma categoria nosológica distinta: o autismo.

A partir de um estudo realizado com onze crianças, Kanner constatou que diversas características apresentadas pelas crianças observadas eram compatíveis com uma única “síndrome”.

É bem provável que algumas dessas crianças tenham sido vistas como oligofrênicas ou esquizofrênicas. Na verdade, diversas crianças de nosso grupo nos eram apresentadas como idiotas ou imbecis, sendo que uma delas ainda reside numa escola estadual para oligofrênicos e duas outras foram previamente consideradas esquizofrênicas. (KANNER, 1943, p. 242, tradução nossa)

Vemos na colocação de Kanner primeiro uma perspectiva que considera as interpretações diagnósticas anteriores como errôneas. Sua proposta é de que essas crianças vistas como idiotas ou esquizofrênicas seriam melhor diagnosticadas em uma classe diagnóstica própria. As perturbações expressas pelas crianças observadas por Kanner foram entendidas pelo médico como desordens do contato afetivo.

A projeção, "patognomônica", a desordem fundamental está na *incapacidade* dessas crianças *de se relacionarem* de maneira comum com pessoas e situações desde o começo de vida [...] Há, desde o início, um extremo isolamento autista que, sempre que possível, desconsidera, ignora, cala qualquer coisa que chega à criança vinda de fora. Contato físico direto ou movimentos e barulhos, como ameaças, para quebrar o isolamento, são ainda tratados "como se não existissem", ou, se isto não suficiente, ainda há o ressentimento penoso dessas crianças com a interferência que lhes é aflitiva. (KANNER, 1943, p. 242, grifos do autor, tradução nossa)

Os sintomas expressos estavam associados a questões de interação social e comunicação verbal. O psiquiatra observou características comportamentais como perturbações afetivas, solidão autística extrema, ecolalia e inabilidade no uso da linguagem para a comunicação, comportamentos ritualísticos, bem como potencialidades cognitivas. A descrição de Kanner enfatizava a incapacidade de estabelecimento de vínculos afetivos e a intolerância a modificações na rotina e em ambientes. Fisicamente, Kanner não observou diferenças.

Distinguindo o “distúrbio autístico do contato afetivo” da “esquizofrenia” de Bleuler, Kanner aponta algumas diferenças. Sua classificação descrevia as crianças como demonstrando extremo isolamento desde o início da vida e, ao mesmo tempo, boa capacidade de relação com objetos. Diferentemente das crianças diagnosticadas com esquizofrenia, haveria uma recusa ao mundo desde o início, pois este seria sentido como estranho. Além disso, Kanner aponta para

uma característica da família das crianças observadas, como sendo bastante detalhistas, obsessivas e pouco afetuosas (KANNER, 1943, p.250).

Segundo Vasques (2012), ao se perguntar pela origem das dificuldades no estabelecimento de relações sociais “normais”, Kanner passa a buscar a psicogênese ao mesmo tempo que procura uma resposta na organogênese.

Em paralelo ao trabalho de Kanner, “A ‘psicopatia autística’ na infância” foi publicado por Hans Asperger. Publicado em 1944, o texto de Asperger propunha um quadro novo, a partir da observação de quatro crianças. Ele descreveu características como a dificuldade em manter o olhar, olhar perdido, distante, vazio, movimentos estereotipados e sem valor expressivo, interesses específicos, dificuldades nos aspectos mecânicos da aprendizagem, relações sociais limitadas e com pouca compreensão (ASPERGER, 1991). Assim como Kanner, Asperger também diferencia o autismo da esquizofrenia pelo seu ponto de início e pela relação dos pais com seus filhos.

Vemos como, em ambos os casos, as primeiras descrições do autismo caracterizam uma sintomatologia específica, na busca por uma distinção do diagnóstico de esquizofrenia. Para Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008), a incorporação das descrições de Kanner pela comunidade científica gestou duas perspectivas distintas: a que busca uma etiologia relacional por meio de uma teoria afetiva e a que busca explicações sobre a etiologia orgânica. Vejamos a seguir como os manuais diagnósticos abordaram o termo “autismo”, seja a partir de descrições psicodinâmicas ou anatomopatológicas.

2.3. A coexistência de teorias sobre a etiologia do autismo

Além de Kanner e Asperger, citados anteriormente, outros trabalhos a respeito de aspectos sintomatológicos semelhantes foram abordados por outros autores. Entre esses trabalhos, alguns tiveram como foco questões clínicas e etiológicas a partir de interpretações teóricas distintas (BOSA; CALLIAS, 2000).

A psicanalista Melaine Klein, uma das pioneiras no atendimento psicanalítico de crianças, escreveu em 1930 o “Caso Dick”. Caracterizado como um caso de psicose infantil, Klein apresentou um relato cujas características se assemelhavam à descrição de Kanner: uma criança que não responde às demandas dos adultos, ensimesmada, que falava pouco e não apresentava uma intensa vida fantasiosa. Essa última característica fez com que Klein pensasse algumas

diferenças entre Dick e outros casos de crianças diagnosticadas com demência precoce ou esquizofrenia.

Outros psicanalistas que se propuseram ainda a pensar a questão foram Margareth Mahler, em 1949, com o que nomeou como “psicose simbiótica”. Para a autora, o autismo seria um subgrupo das psicoses infantis, uma fixação a uma fase inicial do desenvolvimento. Já na década de 1970, Donald Meltzer propôs o conceito de defesa do “desmantelamento do ego” o que levaria a criança a ter emoções predominantemente “primitivas” e Frances Tustin, os estados autistas “colapso depressivo crônico”, como uma incapacidade de filtrar as experiências sensoriais (BOSA; CALLIAS, 2000). Além desses, outros psicanalistas como Thomas Ogden, Geneviève Haag, Donald Winnicott, Rosine e Robert Lefor, Françoise Dolto e Maud Manonni também produziram trabalhos a respeito do tema.

Outro analista famoso por suas posições em relação ao que era considerado quadro autístico, foi Bruno Bettelheim. Em 1967, o autor irá relatar o caso de Joey, um menino diagnosticado como autista. A ênfase do autor é que a criança não teria “regredido” a uma fase anterior do desenvolvimento, mas que haveria se adaptado ao mundo de maneira própria frente à “rejeição materna”. Sua posição polêmica com relação à etiologia, teve como consequência uma grande rejeição às ideias psicanalíticas com relação ao autismo, uma vez que ficou associada a uma culpabilização da mãe como causadora dos sintomas infantis.

Distinguindo-se dessas compreensões psicanalíticas, bem como da compreensão que aproxima autismo e psicose, Lorna Wing, em 1976, relaciona as produções de Kanner e Asperger, concluindo que os indivíduos com autismo teriam déficits específicos na imaginação, socialização e comunicação. A chamada “Tríade de Wing” é entendida como uma característica comum de uma desordem que envolveria um prejuízo orgânico (no desenvolvimento), social e psicológico. Essa concepção representa o autismo como um espectro complexo, escalonado em diferentes graus.

Já para Michael Rutter, em 1979, o autismo era entendido como uma síndrome comportamental caracterizada por uma etiologia orgânica. Para o autor, a criança com diagnóstico de autismo teria uma dificuldade na compreensão de significados emocionais e sociais, não sendo capaz de responder a esses estímulos. Notamos aí uma predominância na descrição de características tomadas como deficitárias na cognição.

Também paralelamente à noção de déficit afetivo – como na proposta de Kanner – surgiram teorias que procuravam explicar as dificuldades cognitivas das pessoas diagnosticadas com autismo. Com isso, a partir dos anos 1980, novos modelos tiveram como foco os aspectos cognitivos. O principal nome entre os pesquisadores é o de Baron-Cohen, que utiliza o conceito de “teoria da mente”, oriundo da filosofia, para entender o funcionamento cognitivo do autismo. Ainda tido como déficit, os estados mentais falhariam em prever o comportamento de outras pessoas e na habilidade de incorporar as informações culturais (BOSA; CALLIAS, 2000).

Entre essas perspectivas, subjazem temas anteriormente abordados: a responsabilidade da família pelo dito distúrbio infantil, o foco em uma noção de desenvolvimento e a associação entre as ditas debilidade e doença mental. Vejamos a seguir como o autismo aparece nos manuais diagnósticos.

2.4. Os autismos nos manuais diagnósticos

Assumpção Jr. e Kuczyński (2007) afirmam que a descrição de Kanner de causas psicológicas e ambientais permeou a Psiquiatria nos anos que se seguiram. A partir disso, apontam a distinção entre duas escolas de Psiquiatria: a francesa, que privilegia as questões ambientais e psicológicas, e a estadunidense, que prioriza o modelo de pensamento empírico e pragmático. Segundo os autores, o processo de dominação da segunda perspectiva é o que afastará a Psiquiatria das ciências humanas, aproximando-a cada vez mais de abordagens positivistas e das ciências naturais.

Com relação ao DSM e sua primeira edição, a pretensão era de que o manual funcionasse como glossário de categorias diagnósticas. Segundo Pessoti (1999), o critério adotado pela APA foi híbrido,

[...] algumas categorias são definidas etiologicamente, segundo as causas possíveis, outras obedecem a critério puramente sintomático, outras ainda baseiam num conceito estranho à psicopatologia clássica e mesmo às classificações mais difundidas na época – o conceito de distúrbios da personalidade ou de traços dela. (PESSOTI, 1999, p.178)

Com isso Pessoti destaca a “preocupação administrativa ou de regulamentar o exercício clínico da psiquiatria” (1999, p. 178).

Em sua primeira sessão, ao descrever “doenças da unidade psicobiológica” (APA, 1952, p. 1), verificamos uma descrição “[...] em conformidade com um novo conhecimento científico e clínico, mais simples em estrutura, e mais fácil de ser usado [...]” (APA, 1952, p. 1, tradução nossa). Adotando o termo “reação” para a qualificação das categorias, o Manual descrevia o comportamento “autístico” apenas como um sintoma da “reação esquizofrênica, tipo paranoide” (APA, 1952, p. 26) e como traço de personalidade da “personalidade esquizoide” (APA, 1952, p. 48). Dessa forma, o autismo aparece na primeira edição do Manual como sintoma clínico, não como uma entidade nosográfica, reportando-se, assim, à compreensão de Bleuler.

Já em sua segunda edição, de 1968, o Manual deixa de adotar o termo “reação” (APA, 2002, p. 23), renomeando a classificação “reação esquizofrênica”. Permanecendo como descrição sintomática, o “comportamento autístico” (APA, 1968, p. 35) aparece na descrição da “esquizofrenia, tipo infantil” e o “pensamento autístico” na “personalidade esquizoide” (APA, 1968, p. 42).

A terceira versão do Manual, em 1980 (revisada em 1987), sofreu grandes alterações (como descrito no capítulo I). Segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011, p.615), para os organizadores do Manual “[...] cada desordem mental é concebida como uma síndrome clinicamente significativa, comportamental ou psicológica”. Como descrito no próprio Manual: “Apesar deste manual oferecer uma classificação de desordens mentais, não há uma definição satisfatória que especifique os limites para o conceito de ‘desordem mental’” (APA, 1980, p.5).

Nessa edição, encontramos pela primeira vez o autismo como categoria nosográfica. Inserida na categoria dos transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência, na subcategoria dos distúrbios invasivos do desenvolvimento, também chamados distúrbios globais do desenvolvimento (DGD), surge o diagnóstico “autismo infantil” ou “transtorno autístico” (em sua revisão). Enfatizamos, com isso, que o diagnóstico de autismo passou a ser mais frequente, uma vez que deixou de ser nomeado apenas como sintoma.

Na quarta edição do DSM, em 1994, o autismo mantém-se como subcategoria do então nomeado transtorno global do desenvolvimento (TGD), juntamente com a Síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e a Síndrome de Asperger. Nessa versão do manual, são consideradas características do TGD,

[...] um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam *um desvio acentuado* em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo [...] (APA, 2002, p.98, grifo nosso).

Com a acentuação da proposta de ser um recurso descritivo das ditas doenças mentais e sob a influência da pesquisa empírica das neurociências e da farmacologia, o DSM-IV procurou se sustentar como um manual “neutro”, baseado em princípios de verificação empírica, sendo considerado, por seus autores, um manual ateórico (ROUDINESCO, 2000). Essa descrição, no caso dos chamados TGDs, enfatiza os prejuízos (ou desvios) que os indivíduos apresentariam em relação ao desenvolvimento chamado “típico” no que se concerne à interação, comunicação e comportamento.

Concomitantemente, é publicada a décima versão da classificação de doenças da OMS, a CID-10 (OMS, 2000). Com alguns pressupostos teóricos em comum com o DSM-IV no que se refere, por exemplo, à sua pretensão ateórica, o manual passa a se chamar Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Fica claro, a partir do nome eleito, a centralidade da preocupação na descrição das morbidades, especificando as variações das doenças (LAURENTI, 1991).

Na CID-10, o autismo encontra-se incluído na classificação dos TGDs, assim como no DSM-IV, sendo que estes transtornos são considerados como

[...] caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas *anomalias qualitativas* constituem características globais do funcionamento do sujeito em todas as ocasiões [...] (OMS, 2000, p. 367, grifo nosso).

Percebemos que a CID-10 e o DSM-IV, mantendo a semelhança com o diagnóstico de Kanner, tratam da mesma maneira o diagnóstico de TGD: alterações qualitativas, consideradas como anomalias, na interação, na comunicação e no comportamento.

O DSM-V, publicado em 2013, trouxe novas alterações, enfatizando a pretensa objetividade na avaliação e na consideração dos aspectos psicossociais. No que diz respeito à classificação do autismo, surge a categoria Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esse diagnóstico aparece no conjunto de transtornos do neurodesenvolvimento, sendo considerado

parte de um grupo de outros diagnósticos que se referem a sintomas que tiveram início no começo da vida da pessoa.

O manual propõe uma noção de um “contínuo”, o que significa que alguns indivíduos podem ter sintomas mais severos que outros (APA, 2014). A noção de espectro abrange uma variedade de sintomas e comportamentos dentro de um mesmo diagnóstico, apagando as diferenças entre fenômenos clínicos distintos. Os critérios diagnósticos adotados pelo manual para descrever o TEA são assim descritos:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares. Especificar a gravidade atual: A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento). Especificar a gravidade atual: A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento.

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (APA, 2014, p.50, grifos nossos)

Como apontado no início do capítulo referente aos transtornos do neurodesenvolvimento do DSM-V, ao fazer o diagnóstico de TEA, o profissional deve se atentar a características clínicas individuais para registrar especificadores a fim de fazer uma “individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados” (APA, 2014, p.32). Notamos aí uma preocupação com a descrição do fenômeno, não com a dinâmica do mesmo.

Destacamos também a distinção feita no item E, que serve para o diagnóstico diferencial de TEA frente à deficiência intelectual, porém explicita a aproximação das duas categorias. Em segundo, destacamos o foco dos sintomas observados sendo da comunicação e da interação social. A partir desse *check-list* de sintomas, a pessoa avaliada pode se enquadrar em níveis de gravidade, sendo eles: Nível 1 – “exigindo apoio”; Nível 2 – “exigindo apoio substancial”; Nível 3 – “exigindo apoio muito substancial” (APA, 2014, p.52). Destacamos que em nenhum dos níveis observamos uma classificação em que a pessoa não irá necessitar de apoio.

Essa caracterização está intimamente relacionada ao que se entende por “neurodesenvolvimento”. Ao associar o desenvolvimento – transformações progressivas, dependentes de aspectos físicos, sociais, afetivos e cognitivos – à ideia de maturação – alcance de transformações que capacitam o organismo para tarefas cada vez mais complexas, a partir de mudanças morfológicas e fisiológicas – o manual enfatiza sua posição biologizante e organicista sobre os aspectos da vida. Sendo considerado um Transtorno do Neurodesenvolvimento, então, o autismo deixa de ser entendido a partir de uma visão “afetivo-relacional” e é configurado desde uma concepção neurocientífica.

Comparando o DSM-V com o CID-10, vemos que há a coexistência de nomenclaturas distintas para se pensar o diagnóstico na infância. Os dois manuais estatísticos mais utilizados,

incorporaram categorias e visões distintas sobre o que já havia sido o fenômeno introduzido por Kanner.

Para o CID-10 apresenta a família diagnóstica Transtornos Globais do Desenvolvimento (F.84), dentro do Capítulo V sobre Transtornos mentais e de comportamento, na sessão específica sobre desordens do desenvolvimento psicológico. Suas subcategorias são: autismo infantil, autismo atípico, Síndrome de Rett, outro transtorno desintegrativo da infância, transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, Síndrome de Asperger, outros transtornos globais do desenvolvimento e transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

Fica explícita, então, a coexistência de diagnósticos distintos em dois manuais utilizados atualmente. Com a pretensão de ser “ateóricos”, os manuais diagnósticos utilizam-se das descrições sintomatológicas, ora aproximando o diagnóstico de uma compreensão dinâmica, ora de uma compreensão cognitivista. Entre a noção de “doença” e a de “transtorno” ou “distúrbio”, sustenta-se um lugar para o autismo associado ao déficit (social, de comunicação, de afetividade, etc). Vejamos a seguir algumas consequências disso.

2.5. Transtornos mentais e deficiências: a convergência de posições

Como vimos, a história da Medicina (em especial a Psiquiatria) mostra-nos uma função social da área a partir do seu fazer: a identificação e controle da anormalidade. O corpo, tornado objeto do conhecimento científico, é observado e cuidado com base em padrões de normalização. Comparado com o “corpo ideal”, os indivíduos desviantes são estigmatizados e julgados incapazes de seguir uma vida autônoma e independente. O indivíduo, rotulado, passa a ser visto como objeto de atenção e cuidado de especialistas, capazes, no máximo, de reduzir o impacto negativo da incapacidade. Pessoas ditas loucas e retardadas foram historicamente alvo de um olhar que os destitui da possibilidade de autonomia e responsabilização sobre o cuidado de si.

Em Dezembro de 2012, a Lei 12.764 no Brasil regula que pessoas diagnosticadas com TEA devem ser entendidas como pessoas com deficiência. O TEA, antes um diagnóstico marcadamente do campo da Saúde Mental, que carregava um histórico de concepções vinculadas à noção de doença mental, aproxima-se da noção de deficiência e de doença mental. Mas que aproximação é essa?

Já vimos que nas origens da Psiquiatria no século XVIII, houve uma clara distinção entre o conceito de “idiotia” e o de “demência”. Essa distinção separava as pessoas “com prejuízos nas faculdades mentais” (cujos sintomas seriam congênitos e incuráveis) e as pessoas “loucas” (cujos sintomas haviam sido adquiridos e seriam curáveis). Essa separação entre diagnósticos persistiu até o ponto em que – após a integração dos segregados na sociedade – a persistência e cronicidade de dificuldades sociais (e as vezes intelectuais) em pessoas com diagnósticos de “doença mental” passaram a ser destacadas como impeditivos à sua circulação social.

O olhar das teorias, em especial as cognitivistas, com relação a essa questão trouxe uma nova nomeação: as dificuldades desses sujeitos seriam incapacidades psicossociais. Ou seja, as dificuldades trazidas pelos sintomas daquelas pessoas que antes eram chamadas de loucas passaram a ser consideradas déficits persistentes (quem sabe incuráveis). Isso é enfatizado no próprio DSM-III, a partir da afirmação:

No DSM-III cada uma das desordens mentais é conceitualizada como um comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica ou padrão que ocorre no indivíduo e é tipicamente associado a um sintoma doloroso (angústia) ou prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento (incapacidade) (APA, 1980, p.6, tradução nossa, grifos nossos)

Mas qual a relação entre essa noção de incapacidade e a daquilo que antes era considerado “doença mental”? Já vimos anteriormente que a noção de saúde é pensada a partir da compreensão do que é o patológico. Vamos retomar a citação de Canguilhem:

A doença difere da saúde, o patológico, do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica. (CANGUILHEM, 1943, 1995, p.11, grifos nossos)

A saúde é algo a ser garantida, reestruturada, eliminando ou colocando algo que se faça necessário. Há aí a compreensão, portanto, de que a saúde seria um estado de totalidade, inteireza, completude. Essa noção vai de encontro, inicialmente, com um modelo eugênico de produção social da deficiência, como entendido por Palacios (2008), em que a deficiência é entendida a partir da “utilidade social” das pessoas. Ou seja, a normalidade da pessoa passa a ser medida a partir de sua utilidade para a sociedade.

Dessa maneira, pessoas entendidas como “portadoras de debilidades” que as tornam improdutivas, que as distanciam do ideal de normalidade e utilidade social, são entendidas

como “incapazes”. Ao mesmo tempo, as deficiências, vistas pelo viés científico, são entendidas como passíveis de serem normalizadas através da reabilitação. Assim como as enfermidades, a deficiência é compreendida como algo que deve ser prevenido e tratado para que haja a recuperação da pessoa (na medida do possível).

A noção de incapacidade aparece atrelada a esse conceito de doença, de algo que escapa do ideal de normalidade. Uma vez que se entendeu historicamente que essas pessoas eram incapazes de performar como as demais, era entendido como sendo “culpa” das mesmas as suas inadequações e dificuldades.

O conceito de saúde estabelecido pela OMS, em 1946, apesar de colocar em questão a amplitude do bem-estar do indivíduo e sua relação com as questões sociais, revela a persistência de uma visão biologizante. Observamos isso nos documentos de 1971 e 1975 da ONU – a saber, a Declaração dos direitos das pessoas mentalmente retardadas (ONU, 1971) e a Declaração dos direitos das pessoas deficientes (ONU, 1975). No primeiro documento, observa-se a “necessidade de proteger os direitos dos física e mentalmente desfavorecidos e de assegurar seu bem-estar e sua reabilitação”, já no segundo, observa-se a conceituação de pessoa deficiente como “pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”.

Ambos os documentos revelam uma concepção de que a pessoa tem um limite (que é individualizado e objetivado em seu corpo ou sua mente). Por isso, surge a expressão necessidades especiais. Nessa concepção, caberia aos Estados, portanto, garantir o direito dessas pessoas “de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível” (ONU, 1975, grifos nossos). No caso das pessoas mentalmente retardadas, esses direitos poderiam, inclusive, ser restritos caso fosse julgado que a pessoa não era capaz de exercer sua liberdade.

Sempre que pessoas mentalmente retardadas forem incapazes devido à gravidade de sua deficiência de exercer todos os seus direitos de um modo significativo ou que se torne necessário restringir ou denegar alguns ou todos estes direitos, o procedimento usado para tal restrição ou denegação de direitos deve conter salvaguardas legais adequadas contra qualquer forma de abuso. Este procedimento deve ser baseado em uma avaliação da capacidade social da pessoa mentalmente retardada, por parte de especialistas e deve ser submetido à revisão periódicas e ao direito de apelo a autoridades superiores (ONU, 1975, complemento ao Parágrafo 4, grifos nossos)

Destacamos isso: “avaliação da capacidade social da pessoa mentalmente retardada”. Ou seja, são os especialistas quem devem julgar se a pessoa está ou não apta a decidir ações sobre si.

Ainda sob influência do modelo biomédico, a Classificação Internacional das Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) propõe a utilização de termos diferentes – deficiência, incapacidade e desvantagem. Enquanto o primeiro é utilizado para tratar objetivamente de anomalias, defeitos ou perda de funções do indivíduo, o segundo é entendido como consequência da deficiência e o terceiro como prejuízos para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade.

Já em 2001, a ONU aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com uma proposta de classificação a partir da junção dos modelos médico e social, como aprimoramento do documento de anterior. Segundo sua introdução:

O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho) (OMS, 2001)

Essa perspectiva abre espaço para uma compreensão mais dinâmica de deficiência. Seguindo esse modelo, a Assembleia geral das Nações Unidas promulgou, em 2007, Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – ratificada pelo Brasil em 2008 (BRASIL, 2009). Reconhecendo que antes de sua deficiência, a pessoa é um sujeito de direitos, com uma história, a Convenção estabelece:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2009)

O mesmo documento ainda reconhece que tanto o modelo biomédico quanto o social são concepções que ainda circulam conjuntamente na sociedade. Entretanto, a importância da Convenção é marcar uma mudança de paradigma nas atitudes e abordagens referentes à deficiência. Ao estabelecer textualmente uma alteração que se distancia da percepção hegemônica acerca das pessoas com deficiência, o documento busca consolidar o entendimento de que a pessoa com deficiência é sujeito de direitos, capaz de reivindicá-los e tomar decisões

para sua vida com base em seu consentimento livre e esclarecido, como membro ativo da sociedade.

Ao definir a deficiência como condição resultante de impedimentos derivados do encontro de um sujeito com um entorno que apresenta barreiras para o exercício da vida digna, a Convenção traz uma conceituação que desloca a questão sobre os limites vividos pela pessoa, deixando de compreendê-los como se o início e o fim de seus impedimentos estivessem localizados na funcionalidade de seu corpo. Dessa forma, a Convenção amplia a categoria de pessoas com deficiência, sustentando e qualificando os direitos que se aplicam a essa parcela da população. Além disso, enfatiza a necessidade de proteção desses direitos, por meio da participação dos Estados no estabelecimento de políticas públicas. Marca, assim, o enfrentamento desse grupo social na problematização da perspectiva da caridade e do assistencialismo.

Mas vamos retornar a nossa pergunta do início dessa sessão: o que significa a aproximação do diagnóstico de TEA com o de deficiência?

Lembramos que para os maiores manuais de Psiquiatria, que norteiam a maior parte do que se compreende por autismo atualmente, os diagnósticos de TEA e TGD são descritos como transtornos característicos de alterações no desenvolvimento infantil – mais recentemente nomeado como “neurodesenvolvimento”. Ao passar a ser entendido como um transtorno de causa orgânica, as possíveis dificuldades enfrentadas por um sujeito entendido como autista passam a ser rotuladas como incapacidades prolongadas devido a sua etiologia. Ou seja, uma vez entendido como um transtorno cuja causa deva ser genética com associações ambientais (apesar de não haver consenso quanto a isso), o autismo passa a ser entendido como algo que vai perdurar na vida do indivíduo.

Os comportamentos que são destacados como característicos do transtorno, a saber os aspectos relativos ao desenvolvimento da fala e às relações sociais, deixam de ser entendidos como sintomas (que seriam suprimidos com tratamento) para serem entendidos como prejuízos qualitativos (que podem se alterar com tratamento, mas que possivelmente farão parte da vida do indivíduo para sempre).

Por fim, ressaltamos que a ênfase nos aspectos da fala e das relações sociais nos parecem extremamente próximos a uma noção de deficiência intelectual. Apesar da distinção feita no DSM-V entre estes dois diagnósticos, ainda assim existem aproximações. Em específico, a

compreensão de que tanto a deficiência intelectual quanto o TEA causariam limitações no comportamento adaptativo (entendida como a funcionalidade da pessoa), em especial na comunicação, autonomia pessoal, competências sociais e autocontrole. Verificamos isso na descrição de diagnóstico diferencial do Manual:

A deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits sociocomunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância. (APA, 2014, p.40)

Apesar da tentativa de marcar as fronteiras entre os dois diagnósticos, o Manual aponta para sua aproximação.

Dessa forma, entendemos que a descrição trazida na Convenção (BRASIL, 2009), apesar de uma tentativa de marcar distinções entre as descrições relativas a “deficiência intelectual”, “deficiência mental” e “deficiência psicossocial”, aproxima o autismo de um novo campo. Antes mais próximo do campo da Saúde Mental, o autismo nos parece hoje estar mais próximo aos conceitos do campo da deficiência – o que não é sem efeitos para as apostas nas potencialidades ou nas transformações desses sujeitos pelas redes de atendimento e familiares.

III. A CONQUISTA DE DIREITOS E O ESTABELECIMENTO DE POLÍTICAS SOCIAIS

É fato hoje inquestionável que a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de dezembro de 1948, colocou as premissas para transformar os indivíduos singulares e não apenas os Estados, em sujeitos jurídicos de direito internacional, tendo assim, por conseguinte, iniciado a passagem para uma nova fase do direito internacional, a que torna esse direito não apenas o direito de todas as gentes, mas o direito de todos os indivíduos.

Norberto Bobbio (1992)

A afirmação de Bobbio que introduz este capítulo destaca a importância da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. E por que, em um panorama histórico, o estabelecimento de direitos humanos é significativo? Justamente porque foi a partir dessa declaração que a importância dos parâmetros humanitários garantidos pelo Estado em um nível global de solidariedade foi reconhecida como forma de garantir a dignidade do ser humano enquanto membro da sociedade. Ou seja, preocupar-se com a garantia do direito de todos os seres humanos mostra que a garantia da vida é um valor ordenador da sociedade. Como afirma Oliveira (2007)

De fato, é o fenômeno da positivação das declarações de direitos que expõe o caráter inovador e revolucionário da condição humana. **Essas declarações despontavam como alternativa para garantir a estabilidade na tutela dos direitos tidos como essenciais à condição humana.** Esse processo evolutivo ainda ocorre, pois à medida que a humanidade avança, outros direitos devem ser garantidos e outras tantas violações desses direitos precisam ser coibidas. (OLIVEIRA, 2007, p.363, grifos nossos)

Quer dizer que certos direitos passaram a ser concebidos como centrais para a estabilidade da ordem global. Tais direitos sociais que garantem a fruição de condições de igualdade e vida digna são frutos de uma série de movimentos de conquista ao longo dos séculos, em especial o século XX. Segundo Bucci (2001), a evolução da garantia dos direitos humanos demandou a construção de um aparato de garantia do Estado contra as forças desagregadoras e excludentes do capitalismo. A autora afirma que a disciplinarização do processo social aconteceu em três momentos (gerações): os primeiros direitos a serem garantidos (de primeira geração), foram os chamados direitos individuais, que garantiriam a liberdade de expressão e livre pensamento; os

de segunda geração, os direitos sociais (que também englobam os econômicos e culturais), teriam surgido como forma de garantir os direitos de primeira geração; já os de terceira geração teriam como perspectiva a garantia de direitos transgeracionais.

Já Rocha (2010) destaca que além dessas três gerações, cuja modulação aponta para a garantia de direitos civis e políticos, conectados à ideia de liberdade; direitos econômicos e sociais, conectados à ideia de igualdade; e direitos dos grupos humanos, conectados à ideia de solidariedade; os direitos humanos devem ser constantemente repensados. Mais atualmente, entre as questões que trazem novas exigências às discussões relativas a esse campo estão, por exemplo, a manipulação do patrimônio genético do indivíduo. Por isso, o autor atribui uma nova geração de direitos a serem discutidos, atrelados à ideia de responsabilidade.

No Brasil, a herança histórica de colonização e a ausência do processo de industrialização implicaram diferenças no processo de reconhecimento e garantia dos direitos, que não foram lineares ou cumulativas, mas simultâneas e desorganizadas. Tal herança também impactou na própria dimensão de cidadania, uma vez que, inicialmente, nem todos os nascidos no Brasil tinham direito a exercer sua cidadania. Segundo Cury (2002), em países como o Brasil

[...] à desigualdade se soma a herança de preconceitos e de discriminações étnicas e de gênero incompatíveis com os direitos civis. Em muitos destes países, a formalização de conquistas sociais em lei e em direito não chega a se efetivar por causa desses constrangimentos herdados do passado e ainda presentes nas sociedades. (CURY, 2002, p. 256-257)

A partir do processo de redemocratização após o período da Ditadura Militar (1964-1985), sucedido de forma lenta e gradual com crescente participação social na reivindicação e contestação da estrutura política, houve no país a promulgação de uma nova Constituição (CF/88). O estabelecimento da CF/88 foi um importante marco dos avanços na conquista dos direitos dos cidadãos brasileiros, em específico por instalar um padrão de proteção social igualitário e universalista.

Assumindo a longa história de desigualdade social no país, o texto da CF/88 demonstra a preocupação em instaurar ampla garantia sobre direitos sociais. Isso fica claro, por exemplo, em seu artigo 3º, onde são prescritos os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a solidariedade (inciso I), o desenvolvimento nacional (inciso II) e a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais (inciso III). Vemos com isso o claro

compromisso assumido na busca pela promoção de igualdade de direitos. Também no Artigo 5º do Capítulo II sobre os Direitos e deveres individuais e coletivos temos:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...] (BRASIL, 1988)

Entendemos, portanto, que a dignidade da pessoa humana é fundamento último do Estado Brasileiro. Com caráter de valor-fonte, ou seja, como valor de onde se positivarão as declarações subsequentes, os direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça são colocados como valores supremos que norteiam a interpretação e aplicação das normas constitucionais. Dessa forma, o Estado e sociedade passam a ser convocados a formular políticas públicas a fim de conduzir ao exercício desses valores.

Como já vimos na introdução, as transformações mundiais, aceleradas pelas mudanças do capitalismo mundial e a instauração da globalização a partir da década de 1980, geraram novos desafios à cidadania. A lógica neoliberal e o discurso moderno de desenvolvimento, associados às noções de qualidade e eficácia, modelaram valores que direcionaram as políticas públicas em busca de crescimento econômico (CHARLOT, 2013). No limite, a extrapolação da noção neoliberal à função do Estado de Direito pode ameaçar a proteção dos direitos humanos. Entre tais ameaças estão as políticas de austeridade adotadas pelo governo mais recentemente, que ameaçam a redução de investimentos em políticas sociais, em especial de saúde e educação, precarizando o atendimento. Tais leis, como a Emenda Constitucional 95/2016, que institui que a partir do ano de 2018, os gastos federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), estabelecendo um teto para os gastos por vinte anos, fragilizam os investimentos em saúde e educação.

Tendo isso em vista, neste capítulo iremos traçar um panorama do estabelecimento de políticas públicas na saúde e na educação, com foco nas que dizem respeito ao atendimento ao público observado em nossa pesquisa. Com isso, discutiremos o atendimento dentro da rede de proteção a crianças e adolescentes com diagnósticos em saúde mental como estratégias de proteção infanto-juvenil integral, atentando-nos aos direitos relativos à educação e à saúde como garantidos no Brasil a partir da CF/88.

3.1 O direito à saúde

As políticas de Saúde foram constituídas em meio a múltiplos tensionamentos. Se por um lado passaram a ser tomadas como centrais para o desenvolvimento do país a partir do momento em que se tornaram objeto de interesse econômico (como discutimos em outros momentos de nossa dissertação, posto que adoecer implica tornar-se improdutivo e, portanto, prejudica a produção e o desenvolvimento econômico), por outro são campo de lutas e conquistas de direitos sociais, que envolvem trabalhadores e usuários. Assim como toda a vida social, é terreno de disputa de concepções, projetos e interesses – o que tem implicações práticas no estabelecimento das políticas. Vamos, então, localizar quando surgiu essa concepção sobre saúde, a qual nos referimos, e como elas se conectam a outros direitos sociais, como à educação. A seguir, discutiremos alguns aspectos de tal ampliação e a criação de equipamentos de atenção, especialmente, em saúde mental.

3.1.1 A ampliação do conceito de saúde e a Atenção Básica

A história dos cuidados de saúde no Brasil esteve originalmente ligada à filantropia. Até o início do século XX, a grande parte da população era atendida por filantropos, enquanto o Estado cuidava apenas de ações frente a epidemias e do saneamento básico. Apenas a partir de 1923 que a saúde no Brasil passa a ser tomada como dever do Estado, atrelada à previdência, em um sistema de atendimento aos trabalhadores.

Internacionalmente, os conceitos relativos ao atendimento em saúde também se transformaram a partir do século XX. Após o fim da Segunda Guerra Mundial, com a estruturação da Organização das Nações Unidas (ONU), foi criada a agência especializada em saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo objetivo principal é promover o desenvolvimento do nível de saúde das nações, entendido como “essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados” (OMS, 1946). Em sua carta de princípios, a OMS divulga um conceito mundial de saúde como direito e obrigação dos Estados. Segundo seu documento inaugural, “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946). Nesse sentido, a Organização visava expressar o direito a uma vida plena, levando em consideração a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida individual.

Conceituar a saúde como estado de bem-estar, para além da simples ausência de doença, e como fundamental para a solidariedade mundial, implicou em uma mudança de paradigma. Tal transformação paradigmática implicou uma revisão dos próprios aspectos da assistência médica. Nesse contexto, os determinantes socioeconômicos da saúde aos poucos ganharam realce, bem como os intentos que abordavam as questões de controle de doenças e qualidade de vida.

Em 1977, na 30ª Assembleia mundial da Saúde, a OMS lançou o movimento *Saúde para Todos no Ano 2000*. Como resultado dessa Conferência, foi estabelecida a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), o documento norteador responsável pelo estabelecimento de ações para a redução da desigualdade social e de implementação de investimentos em atenção primária (BRASIL, 2002). A saúde, portanto, entendida como direito fundamental, deveria ser garantida através de ações de promoção e proteção. O recurso pensado para atender a essas demandas foi o da atenção primária, que seria responsável pela promoção abrangente, através de cuidados primários, prevenção e educação em saúde.

No Brasil, com o movimento de redemocratização, já a partir da segunda metade da década de 1970, um projeto de Reforma Sanitária questionador da concepção de saúde restrita à dimensão biológica e focada no indivíduo, teve início (PAIM, 1997). Em consonância com a concepção de ampliação do conceito de saúde, agora compreendido como direito, o movimento questionava as políticas de saúde e toda a forma como o Estado lidava com a área, que até então baseava-se em um modelo assistencialista, hospitalocêntrico e curativo.

Como conquista desse movimento, institui-se a partir da CF/88 a saúde como direito social, desenhada a partir de princípios e diretrizes também em consonância com as concepções de prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido, o atendimento em saúde deixou de se vincular unicamente ao tratamento da doença, alinhando-se à proposição estabelecida internacionalmente desde a criação da OMS sobre a garantia de condições de bem-estar. Isso fica claro no Capítulo I do Título VIII da CF/88, na Seção II que trata da saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A saúde, portanto, é entendida como direito de todos de maneira universal e integral. Tais princípios de universalismo foram construídos a partir da ideia de municipalização, da lógica

da integralidade, da regionalização e da hierarquização do atendimento, como vemos no Artigo 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Posteriormente, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), o Sistema único de Saúde (SUS), previsto na CF/88, passou a ser operacionalizado. Se até então a garantia do acesso gratuito à saúde era exclusividade dos trabalhadores que dispunham de um seguro pela Previdência Social, a partir da Lei 8.080/1990 passou a ser garantido acesso a toda a população. O Artigo 3º da Lei 8.080/1990 dispõe,

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, em consonância com a proposta da OMS, os níveis de saúde da população brasileira são entendidos como expressão da própria organização social e econômica do país.

A política pública de Saúde, expressa no SUS, portanto, é responsável por atender às diferentes demandas da população, a partir de princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para tanto, foi organizada de forma descentralizada e regionalizada, com vistas a garantir que as pessoas disponibilizem de serviços de saúde no território em que habitam. Considerando que o Brasil ainda é um país repleto de iniquidades, os recursos destinados à saúde pública foram fixados pela Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012.

Entretanto, a cobertura de recursos na saúde pública continua sendo desigual e o processo de expansão das redes de cuidado prejudicado. Considerando a realidade atual do país, em especial o texto de lei que restringe o crescimento das despesas do governo federal à inflação

do ano anterior, entidades do setor alertam para o risco do desmonte de um sistema que já é subfinanciado.

3.1.2. A Saúde Mental no Contexto Nacional e Internacional: alguns apontamentos

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a OMS, durante a Conferência regional sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, formalizaram uma proposta política para a saúde mental. Segundo o documento assinado à época, conhecido como Declaração de Caracas (OMS, 1990), a atenção psiquiátrica tradicional não permitiria o alcance dos objetivos alinhados à proposta de atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva estabelecida pela Organização em 1978 (OMS, 1978). Estabeleceu-se, então, a necessidade de promoção de modelos de serviços em saúde mental alternativos aos modelos asilares e assistencialistas, com vistas à preservação da dignidade dos sujeitos em atendimentos na própria comunidade em que o paciente vive.

Já em 1991, a ONU aprovou em Assembleia geral, a Resolução de nº46/119 (ONU, 1992) sobre a proteção das pessoas com doenças mentais, visando à melhoria da atenção em saúde mental. No documento, houve o destaque da importância da sustentação das liberdades fundamentais e direitos básicos dos pacientes, bem como de seu tratamento.

No Brasil, a partir de 2010, com o objetivo de promover a superação da fragmentação de suas ações e serviços, o SUS passou a ser orientado para a estruturação de Redes de atenção à Saúde (RAS). A Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foi estabelecida de forma a promover a integração sistêmica dos serviços e ações da Saúde. Dessa forma,

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 3)

A formação de uma rede de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada dentro do Sistema Único de Saúde permitiu que, em 2011, por meio da Portaria nº3088 de 23 de dezembro de 2011, fosse instituída a Rede de atenção psicossocial (Raps) para o atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. De acordo com a sua organização, o Raps é constituído por diferentes componentes.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde [...]

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência [...]

IV - atenção residencial de caráter transitório [...]

V - atenção hospitalar [...]

VI - estratégias de desinstitucionalização [...]

VII - reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011)

Essa organização vai ao encontro de um modelo que compreende as possibilidades de atendimento em saúde mental para além da tradição psiquiátrica hospitalocêntrica. A possibilidade de construção de uma rede de serviços territorializada e intersetorial, de forma que o sujeito mantenha sua participação na comunidade em que vive, está em consonância com um movimento de reforma psiquiátrica que critica os modelos tradicionais de atendimento desde a década de 1970. Sobre esse processo, Devera e Costa-Rosa (2007) sintetizam

Até meados da década de 80 podemos deixar estabelecido um perfil das transformações no campo da Saúde Mental com base nas ações do Ministério, cuja política dominante fez prevalecer, mesmo com dissonâncias discursivas, o modelo hospitalocêntrico assistencial-privatista, médico-centrado e medicamentoso, financiado pelo Estado. A partir daqui vamos encontrar um conjunto de ações mais efetivas já realizadas sob a égide dos movimentos autodenominados Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. [...] De tudo isso deriva um conjunto de princípios que estão na base de uma série de experiências e práticas, em âmbito estadual e, sobretudo, municipal. Essas experiências municipais de Reforma Psiquiátrica só vão poder ocorrer em consequência do processo de municipalização, desencadeado pela Reforma Sanitária, que propiciou aos municípios condições de autonomia política e administrativa no setor Saúde com que não tinham contado até então (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 68)

A instituição do Raps como política de atenção psicossocial, portanto, consolida um tipo de atendimento em saúde mental que não se baseia apenas na Psiquiatria. Segundo Amarante (2007), pensar essa modalidade de atendimento referindo-se à saúde mental amplia o espectro de conhecimentos e profissionais envolvidos no processo. Enfatizamos que essa mudança de paradigma no atendimento implica o deslocamento de uma concepção assistencial, centrada na clínica, na doença e no tratamento, para outra em que a ênfase está no sujeito e sua história,

inseridos em uma comunidade e cultura. O tratamento, nesse contexto, baseia-se, fundamentalmente, na manutenção da dignidade e na promoção dos direitos do sujeito, com a constante sustentação de sua participação social.

Entendemos, com isso, que ao pensarmos o atendimento integral e sustentável, reconhecemos que a saúde diz respeito tanto aos aspectos físicos quanto aos psíquicos, bem como reconhecimentos que ambos estão imbricados. Entretanto, destacamos que pensar a prevenção é delicado, uma vez que aí enfrentam-se concepções distintas. O que quer prevenir-se no campo da saúde mental: o sofrimento psíquico ou o jeito de ser da pessoa? Em termos de prevenção como maneira de antecipar supostos desvios, o que se entende é a ideia mal concebida de “risco psíquico” ou de “risco de doença”. Já em termos do cuidado, que leva em conta a imprevisibilidade dos acontecimentos histórico-sociais e familiares dos sujeitos, a ideia da atenção alcançada pelas políticas públicas deve ser de que os serviços devem lidar com pessoas e não com doenças.

3.2. O direito à educação

O acesso à escola, garantido por lei, está em consonância com uma compreensão da Educação como mecanismo de mudança social. A questão da igualdade de oportunidades, proveniente de uma lógica desenvolvimentista que buscava promover ferramentas de mudança social e desenvolvimento no país (CHARLOT, 2013), foi apropriada pela política brasileira concomitantemente ao estabelecimento da CF/88.

Segundo Angelucci (2002), a política educacional brasileira, ao longo da década de 1990, promoveu ações de expansão no atendimento, com a intenção de promover do desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho, o que poderia tornar o país mais competitivo no cenário econômico internacional.

Para Cury (2002, p. 235), a educação, direito inalienável do cidadão e dever obrigatório do Estado, teve suas diretrizes, princípios e normas estabelecidas pela CF/88. De acordo com Cury e Ferreira (2009), até então no Brasil, a educação não havia sido regulamentada de forma a garantir a universalização do ensino gratuito.

[...] a partir da atual Constituição e das leis que se seguiram, a educação passou a ser efetivamente regulamentada, com instrumental jurídico necessário para dar ação concreta ao que foi estabelecido, pois de nada adiantaria prever regras jurídicas com relação à educação (com boas intenções) se não fossem previstos meios para a sua efetividade. (CURY; FERREIRA, 2009, p. 33)

A CF/88, portanto, circunscreve como dever do Estado,

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009)

II - progressiva universalização do ensino médio gratuito; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 14, de 1996)

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

IV - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)

V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um;

VI - oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;

VII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didáticoescolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009) (BRASIL, 1998)

Além desse documento e do ECA (Brasil, 1990), outro marco legal que garantiu o direito à Educação, promulgados na década de 1990, foi LDB/96, Lei n. 9.394 (Brasil, 1996). Enquanto o ECA dispõe sobre a proteção integral da criança por meio de um sistema de garantia de direitos sobre a infância, o segundo versa sobre as bases e diretrizes da educação nacional de forma a discipliná-la no que competem as instituições culturais de ensino. Vale notar que, enquanto no ECA vemos,

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - direito de ser respeitado por seus educadores;

III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;

IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;

V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência. (BRASIL, 1990)

No Artigo 1º da LDB/96, por sua vez, observamos,

Art. 1º. A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

§1º Esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições culturais.

§2º A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social. (BRASIL, 1996)

Com isso, temos que, enquanto o ECA refere-se à educação de forma ampla e abrangente, dispondo sobre as relações da criança e operando uma mudança na concepção sobre seus direitos e deveres, a LDB/96 delimita marcos para as práticas educativas formais, visando à relação da criança com a prática social e o mundo do trabalho.

3.2.1. O caminho para a Política de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva

O termo *educação inclusiva*, muito utilizado na escola contemporânea, é um termo introduzido no vocabulário educacional a partir da década de 1990. Até então, o acesso à educação para pessoas com deficiência e outros alunos considerados pouco ou nada escolarizáveis era restrito. Segundo Mendes (2006), para esses alunos sobre os quais a escola se via incapaz de responder pela aprendizagem, restavam as classes ou as escolas especiais.

Em 1990, a Conferência mundial sobre Educação para todos, promovida pelo Banco Mundial, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), aprovou a Declaração Mundial sobre Educação para todos (UNESCO, 1990). Com foco na “satisfação das necessidades básicas de aprendizagem” (UNESCO, 1990), o documento apontou que, apesar de esforços para se assegurar a educação para todos, diversos problemas de acesso, permanência e qualidade na educação persistiam ao redor do mundo. Com o documento, portanto, firmou-se o compromisso com a educação de todos como direito fundamental e o comprometimento dos países participantes no avanço das metas com foco, especialmente, na aprendizagem a partir de um sistema integrado que possa pesar e contribuir na diversidade. Assim, afirmou-se “a necessidade de concentrar esforços para atender as necessidades educacionais de inúmeros alunos até então privados do direito de acesso, ingresso, permanência e sucesso na escola básica” (MENDES, 1996, p. 395).

Já em 1994 foi realizada a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais pela Unesco, que culminou na produção da Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994). Esse

documento causa impacto e produz os princípios da educação inclusiva (MENDES, 2006). A partir dele, países como o Brasil passaram a concentrar esforços para atender os alunos que, até então, não tinham acesso à educação básica. Com a Declaração de Salamanca,

No contexto mundial, o princípio da inclusão passa então a ser defendido como uma proposta da aplicação prática ao campo da educação de um movimento mundial, denominado inclusão social, que implicaria a construção de um processo bilateral no qual as pessoas excluídas e a sociedade buscam, em parceria, efetivar a equiparação de oportunidades para todos, construindo uma sociedade democrática na qual todos conquistariam sua cidadania, na qual a diversidade seria respeitada e haveria aceitação e reconhecimento político das diferenças. (MENDES, 2006, p. 395),

O aprofundamento das discussões sobre o acesso à escola por todos os estudantes deu-se a partir da observação de suas necessidades educativas. Firmou-se, com o documento, a ideia de que as práticas educacionais podem ser responsáveis pela ampliação da desigualdade social e pela marginalização de certos grupos. Percebe-se que o princípio de uma sociedade inclusiva passa a ser considerado fundamental e alinhado à perspectiva de desenvolvimento do país e do Estado democrático de direitos.

A afirmação de que a inclusão na escola é benefício para todos impulsiona o desenvolvimento de políticas públicas na área. No caso da Educação Especial, passa a ser considerada fundamental a transformação da estrutura educacional para viabilizar o acesso e a permanência com qualidade de todos à escola regular. Entretanto, no Brasil, ainda em 1994 é publicado o documento Política nacional de Educação Especial (BRASIL, 1994) com uma perspectiva integracionista, que destoava da tendência mundial. Nesse momento, a Educação Especial manteve seu caráter substitutivo, e não complementar ou suplementar à escolarização em classes comuns.

Como já afirmamos, a CF/88 e a LDB/96 foram documentos importantes para o estabelecimento do direito à educação. Ao tratarem do direito ao atendimento educacional especializado "preferencialmente²⁰ na rede regular de ensino" (BRASIL, 1988), denota-se o lugar ambíguo em que a Educação Especial se encontrava ao aventar a possibilidade de um atendimento substitutivo à escolarização na rede regular. Isso significa que a legislação garante

²⁰ Observamos que há vasta produção que discute o uso do termo "preferencialmente" e as possibilidades de atendimento. Foge ao escopo deste trabalho o aprofundamento dessa discussão.

o atendimento educacional especializado no ensino regular, ao mesmo tempo em que admite a possibilidade da escolarização em escola ou classe especial.

Em 2001, foi publicado o documento que instituiu as Diretrizes nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001). Esse documento representa uma transição de paradigmas, marcando a importância da construção de uma educação inclusiva. Para isso, adota o conceito de *necessidades educacionais especiais* para definir o aluno que será atendido, preocupando-se em frisar que o aluno não é a origem de um problema, que deve ser normalizado. No documento, observa-se a preocupação com a garantia de acesso à conteúdos básicos, especialmente aos alunos com altas habilidades, condutas típicas, síndromes e com deficiências. Cabe ressaltar que a intenção de definir quais públicos foram historicamente excluídos.

Outro grupo que é comumente excluído do sistema educacional é composto por alunos que apresentam dificuldades de adaptação escolar por manifestações condutuais peculiares de síndromes e de quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento, dificuldades acentuadas de aprendizagem e prejuízo no relacionamento social. (BRASIL, 2001, p. 19-20)

Para alcançar a proposta de transformação das redes educacionais em sistemas inclusivos, em 2003 foi lançado o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, pelo Ministério da Educação. Sua proposta era de pensar a Educação Especial como modalidade de atendimento transversal, repensando as práticas, redefinindo condições de estrutura e recursos pedagógicos. De acordo com a premissa apresentada, os processos de aprendizagem e de desenvolvimento devem ser observados a partir da consciência de que são resultantes de interações, bem como efeito de características orgânicas. Novamente, enfatiza-se que o exame das necessidades educacionais do aluno não deva se fundamentar na interpretação de quais seriam as “falhas” centradas nele, mas de múltiplas relações entre o sujeito e sua escola e entre a escola e o contexto sociocultural em que se insere.

No final da primeira década dos anos 2000, com a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil (BRASIL, 2009), firma-se o direito à educação das pessoas com deficiência em sistema educacional inclusivo em todos os níveis visando a participação efetiva dessas pessoas na sociedade. Por isso, no Artigo 24 que discorre sobre a Educação, dispõe-se:

2. Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que:

- a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência;
- b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem;
- c) Adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais sejam providenciadas;
- d) As pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;
- e) Medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena. (BRASIL, 2009, grifos nossos)

Com isso, observamos que, se na década de 1990 a política de inclusão escolar garantia a inserção de alunos considerados como pouco ou nada escolarizáveis em classes comuns, hoje ela tem um significado ampliado (MENDES, 2006). De acordo com a autora, a ideia de educação inclusiva atual engloba “[...] também a noção de inserção de apoios, serviços e suportes nas escolas regulares, indicando que a inclusão bem-sucedida implica financiamento” (MENDES, 2006, p. 402).

Muito próxima a publicação da Convenção, em 2008 foi instituída a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, como forma de reiterar os princípios internacionais da educação inclusiva. Segundo o texto do documento, seus objetivos seriam:

[...] o acesso, a participação e a aprendizagem dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais, garantindo:

- Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior;
 - Atendimento educacional especializado;
 - Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino;
 - Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar;
 - Participação da família e da comunidade;
 - Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e
 - Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.
- (BRASIL, 2008, p. 10, grifos nossos)

Retomando o conceito de necessidades educacionais especiais da Declaração de Salamanca, o documento ressalta que, apesar de haver um discurso sobre a necessidade de garantia universal de acesso, participação e aprendizagem, as políticas não foram eficientes em garantir a implementação de sistemas educacionais inclusivos.

Sua perspectiva é de integrar a proposta pedagógica da Educação Especial na escola regular, a fim de promover o atendimento dos alunos com deficiência, TGDs e altas habilidades/superdotação de forma articulada com o ensino comum. Ao delimitar o conceito utilizado para definir esse público alvo, TGD é definido da seguinte maneira:

Os estudantes com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo estudantes com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil (BRASIL, 2008, p. 11)

Fica claro que, para delimitar quem seria o público atendido pela política, o documento apresenta categorias extraídas da Psiquiatria, colocando em evidência uma interpretação sobre as singularidades dos sujeitos. Adota-se um diagnóstico que já não faz parte do vocabulário biomédico, incluindo diferentes nomeações relativas à história do conceito do autismo, focado nas alterações qualitativas no que diz respeito à socialização e à comunicação. O enfoque aponta para uma compreensão de que as necessidades desses alunos seriam de apoios específicos nessas áreas.

A questão que se destaca a partir do estabelecimento dessas categorias é: se a educação inclusiva implica a noção de equidade, como articulá-la a uma concepção histórica de Educação Especial que se baseia na noção de deficiência como limitação? Se observamos que ainda circulam no discurso concepções sobre os sujeitos que estão muito ligadas ao saber biomédico, de que maneira se constrói a inclusão? Sobre isso, Nabuco (2010) afirma:

A Educação Especial repousa sobre contradições sociais de categorias, por exemplo sobre noções de deficiência e de inadaptação e também sobre instituições e públicos específicos. A educação inclusiva implica a igualdade de oportunidades para todos e o acesso a um direito universal. (NABUCO, 2010, p. 67)

Uma das dificuldades no processo de inclusão, portanto, tem início justamente na coexistência de perspectivas distintas. Sobre isso, Nabuco (2010) questiona:

1. Será possível conceber a educação como inclusiva a partir de uma política nacional de Educação Especial?
2. A Educação Especial em si já não seria uma fabricação da categoria de desviantes estigmatizados em noções pseudocientíficas de déficit ou de superdotação? [...]
3. Sendo a Educação Especial uma política nacional e uma proposta pedagógica da escola na perspectiva da Educação Inclusiva, o risco não seria o de incluí-la em uma tradição histórica de exclusão? (NABUCO, 2010, p. 66-67)

O que Nabuco aponta é que a organização de um atendimento especializado, entendida a partir do diagnóstico do indivíduo, aponta para uma relação de “inclusão-exclusão” a medida que mantém sob a mesma política dois paradigmas distintos. Isso apontar para a manutenção da presença de um discurso que prevê a normatização dos sujeitos para que eles possam aprender. Se é assim, para essa perspectiva, recursos e serviços específicos podem ser entendidos como únicas ferramentas que garantiriam o trabalho com esses alunos.

Tendo em vista tais questões, Nabuco (2010) propõe pensar uma psicopatologia da inclusão, que seria uma forma de interpretar e julgar comportamentos, em que se revela um ideal de sociedade e da maneira como os sujeitos devem nela se comportar. O Estado, no contexto da Política de Educação Especial se coloca na posição simbólica de legislador, ou melhor, de regulador de diferenças insuperáveis entre os sujeitos. A categorização, aí, é uma forma arbitrária de regular comportamentos para determinar como cada um deles deve ser tratado. Essa maneira de conceber a educação distancia a escola do seu potencial de espaço de circulação social. Ou seja, a organização de um espaço de atendimento especializado a partir do diagnóstico biomédico, realizado a partir de categorias extrínsecas à educação, afasta o olhar sobre o sujeito, dos parâmetros que a própria relação professor-aluno oferece.

3.3. A rede de proteção à infância e juventude e seus sentidos para a atenção a pessoas com diagnóstico de TEA

Como afirmamos anteriormente, a elaboração do ECA traz consigo uma nova visão sobre a infância, deixando de tratar a partir do foco do “perigo” – como no Código de Menores de 1979 – para posicionar crianças e adolescentes como sujeitos de direito. Em seu artigo 4º, o ECA enfatiza a solidariedade e corresponsabilidade para garantia de ações protetivas ou socioeducativas para efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

A doutrina da proteção integral – adotada desde a CF/88 – reconhece que a infância tem características próprias, constituída como fase de desenvolvimento, em que o indivíduo ainda não tem condições de se autodeterminar e manter. A partir dessa visão, que, antes de tudo, é ética e política, reafirma-se o interesse social na proteção e cuidado a esse público.

A Rede de proteção social envolve instituições e serviços (governamentais ou não governamentais) que atuem na garantia da participação social no âmbito da infância e juventude. Sua principal responsabilidade é de identificar e atender situações de risco e vulnerabilidade, promovendo a garantia de direitos sociais e o combate à violência. Para que isso se efetue, é necessário que haja a definição da função de cada um dos agentes sociais e o diálogo entre profissionais, a fim de planejar ações e intervenções compromissadas com a proteção aos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Para que as distintas estratégias de atenção se configurem como rede, é imprescindível que se haja intersetorialmente, tanto nas políticas públicas e ações governamentais, como no trabalho entre profissionais. A rede de proteção só se constitui como rede, portanto, se for construída a partir da articulação de diferentes campos, com diferentes funções, objetivos e instrumentos de ação, tanto em nível federal, quanto em estadual e municipal (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Segundo Gonçalves e Guará (2010), essa nova concepção de rede exige o estabelecimento de relações mais horizontalizadas. Uma mesma criança, atendida por diferentes profissionais, que frequenta uma escola, está inserida em diferentes programas. Cada um desses serviços recebe a mesma criança, mas a conhece desde situações diferentes. O diálogo horizontal permite que todos aqueles que recebem, acolhem e acompanham essa criança possam pensar conjuntamente sobre a garantia de seus direitos. Por isso, os autores afirmam:

Articular-se significa sobretudo fazer contato, cada um mantendo sua essência, mas abrindo-se a novos conhecimentos, à circulação das ideias e propostas que podem forjar uma ação coletiva concreta na direção do bem comum. (GONÇALVES E GUARÁ, 2010, p. 12)

Entre os serviços de apoio e proteção à infância e juventude, a escola ganha destaque. Isso porque ela se constitui como instituição responsável pela socialização e aprendizagem das crianças, como ponto de apoio físico e psicológico.

Entretanto, para que a escola funcione dentro da perspectiva de uma rede de proteção, ela não pode funcionar isoladamente. É necessário que a escola atue dentro de seu sistema – de educação – considerando estratégias para a ampliação do cuidado. Schilling e Angelucci (2016) apontam para o lugar privilegiado que a escola ocupa:

Compreendemos a escola como parte da rede de proteção, uma instituição que ocupa, geográfica e simbolicamente, lugar na vida da comunidade. Famílias, gerações, trabalhadores(as) da região, criam histórias, produzem sentidos para uma/a/esta escola, neste tempo da vida. As famílias depositam expectativas sobre a escola que suas crianças e adolescentes frequentam. Na produção dessa narrativa, utiliza-se da história escolar daqueles(as) que vieram antes, do que se fala sobre esta instituição educativa na comunidade, do que a escola faz com o que sabe da história de uma criança ou adolescente. (SCHILLING, ANGELUCCI, 2016, p. 22)

Entendendo, então, que as redes se constroem coletivamente, a partir de um conjunto de profissionais e serviços distintos, os laços nela construídos devem ser tecidos de forma a favorecer a interlocução. Para que ela funcione com seu propósito de garantir a seguridade social, é preciso que todos atentem às demandas coletivas e individuais.

Por isso, é importante que a escola atue como uma das referências para esses indivíduos. O trabalho em favor da articulação das relações entre as diferentes modalidades de atenção às crianças e adolescentes é o que possibilita a garantia de cuidado integral. Se todas essas estratégias incidem planejada e integralmente sobre o mesmo sujeito, a cooperação entre profissionais favorece a construção de um plano de atenção e acolhimento reportado à garantia de direitos sociais. Dessa forma, a escola, inserida em uma rede, quando pode dialogar com outros setores da política social, avança na garantia de acesso e permanência na escola e fortalece a experiência comunitária dos alunos e de suas famílias.

Se, então, o enfoque da rede está nas articulações que são estabelecidas, entendemos sua importância no favorecimento da inclusão escolar. Uma vez que a atuação em rede visa à superação de um modelo hierarquizado pela construção de uma proposta cooperativa de atenção, todos os envolvidos na rede são entendidos como fundamentais para a construção do trabalho. É a partir dessa grupalidade, portanto, que uma criança poderá ser acolhida e, então, circular nos diferentes espaços sociais.

Vemos, com isso, que o enlace da criança nessas estratégias de atenção abre espaço para um tipo de circulação que tem função subjetivante. É no contato com o outro que a criança tem acesso à cultura e, a partir disso, constitui-se. Para as pessoas diagnosticadas com TEA, essa

circulação é estabilizante. Isso porque, estar em uma instituição como a escola é filiar-se a um tipo socialmente reconhecido de lugar infantil e, com isso, estabelecer um importante laço social. Essa filiação tem efeitos para as crianças com TEA – inclusive terapêuticos – já que designa a essa criança um lugar social de aluno e, com isso, abre espaço para uma marca simbólica que dá suporte (de linguagem) à subjetividade.

Entretanto, observamos recentemente uma tentativa de realização de *screenings* preventivos a nível de política pública. Esse enfrentamento nos mostra a complexidade de vozes envolvidas na questão do diagnóstico de TEA. Sob a alegação de estar tentando evitar o sofrimento psíquico de crianças, alguns grupos acabam se mostrando abertos à um posicionamento que visa rotular crianças em um estágio muito inicial de suas vidas. Essa perspectiva, entretanto, aponta para uma noção de TEA como algo indesejado, que deveria ser avaliado em protocolos sobre o risco psíquico. Tal noção, porém, se distancia do pressuposto de atendimento em Saúde Mental, onde a ideia de prevenção se articula à ideia de saúde como resultado de boas condições de vida, e não como ausência de doença. O diagnóstico de TEA mais uma vez se mostra entre uma polissemia de compreensões, entre a ideia de sofrimento psíquico, doença mental e deficiência. Vejamos a seguir mais sobre essa convergência de conceitos.

3.3.1. Efeitos da aproximação autismo-deficiência para o atendimento na rede

Se historicamente foi constatado que a garantia de direitos faz parte de um processo que precisa ser respaldado através do estabelecimento de legislação específica, é através da exigência de criação de instrumentos legais que a ampliação da participação social se torna possível. O reconhecimento de que certas pessoas e seus familiares são excluídos de oportunidades sociais aponta para a necessidade da criação de leis e políticas específicas que garantam ofertas de atendimento. Uma vez, que as pessoas com transtornos mentais estão vulneráveis a situações de exclusão e violação de direitos, leis foram criadas como ferramentas de promoção ao atendimento e proteção de direitos.

Como discutimos no capítulo anterior, ao ser entendido como transtorno, entende-se que os efeitos do autismo são duradouros. Apoiado na concepção proposta pela Convenção (2009) que distingue impedimentos de natureza mental e intelectual, vemos que as pessoas com diagnósticos de TEA passam a ser tomadas no lugar de “pessoa com deficiência psicossocial”

(SASSAKI, 2010). Quer dizer, o enfoque seria nas barreiras (sequelas, segundo Sasaki) que seriam efeito de um quadro de longa duração.

Com relação às pessoas diagnosticadas com TEA, a partir de 2012 o estabelecimento de leis específicas abriu espaço para se pensar o estabelecimento do atendimento, direitos e inclusão social. Em dezembro desse ano, a Lei nº 12.764 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012). Segundo o Artigo 1º da Lei nº 12.764

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. (BRASIL, 2012)

A lei para a regulação dos direitos para as pessoas com autismo vem ao encontro das demandas de grupos familiares organizados que apontam para a necessidade da ampliação das oportunidades para essas pessoas na sociedade. Dessa forma, a luta pela inclusão e assistência social aproxima as pessoas com diagnósticos relativos ao autismo da luta das pessoas com deficiência pelo lugar que esta já vem obtendo na pauta política. Assim, há uma tentativa de garantia de direitos a partir do foco em suas questões específicas da interação e comunicação.

Com a nova lei, portanto, as pessoas diagnosticadas com TEA passaram a ser reconhecidas como pessoas com deficiência. De acordo com essa Política, as pessoas diagnosticadas com autismo passam a ter um instrumento para exigência do direito a tratamento multidisciplinar e diagnóstico precoce garantido, atendimento educacional especializado, bem como acompanhamento psicológico aos familiares. Além disso, reconhece-se o atendimento sem discriminação baseada na deficiência, com programas nas áreas da saúde, emprego, educação e serviços sociais que garantem, entre outras coisas, a reserva de vagas em empregos públicos.

No ano seguinte à instituição da Política, foi instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde através da Portaria nº 962 de maio de 2013.

Observamos, a partir da Política de Proteção também, dois documentos com posições opostas foram formulados e publicados pelo Ministério da Saúde. As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) se configurou como resultado de uma organização de entidades e associações de pais de pessoas diagnosticadas com TEA, com uma proposta de organizar orientações ao cuidado na saúde no campo da habilitação/reabilitação dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014). O documento, portanto, tem como objetivo orientar a rede de atendimento do SUS, com claro foco na questão diagnóstica. O tratamento aparece centrado nas questões da comunicação e no desempenho de atividades cotidianas.

O segundo documento proposto, a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS, foi construído a partir de um Grupo de Trabalho composto por representantes de universidades, da sociedade civil e das RAPS do SUS, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ATSM), do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Com o objetivo de “garantir a ressonância e a articulação entre todas as redes de interface para o cuidado das pessoas com TEA e de suas famílias” (BRASIL, 2015, p. 7).

A clara diferenças entre os dois documentos está na perspectiva adotada, tanto na sua estruturação quanto na perspectiva das orientações e diretrizes para o cuidado. Enquanto vemos nas Diretrizes de Atenção uma clara perspectiva medicalizante, como no excerto a seguir,

A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. Sabe-se que, para fins de diagnóstico, manifestações do quadro

sintomatológico devem estar presentes até os 3 anos de idade. (BRASIL, 2014, p. 16)

Na Linha de cuidado, notamos uma perspectiva de trabalho interdisciplinar, em que a contextualização de diferentes abordagens é clara e nota-se a preocupação com a compreensão da diferença, em uma compreensão não patologizante.

[...] quando se tenta, de forma bem-intencionada, proteger do estigma uma pessoa com TEA, abstendo-a de um diagnóstico e salientando que suas dificuldades são frutos de uma “diferença” no seu modo ou estilo de ser e não de uma patologia ou deficiência, isso pode ter, em algumas situações, o efeito adverso de reduzir o acesso dessa pessoa a serviços e benefícios. (BRASIL, 2013, p. 41)

A coexistência de documentos tão distintos nos ajuda a compreender as diferentes concepções sobre o diagnóstico, o primeiro compreendendo-o como deficiência e o segundo como transtorno mental. Sobre a convivência de posições tão distintas Angelucci e Sotilli (2015) afirmam:

Em um contexto em que o imaginário social continua reproduzindo a equivalência entre deficiência e incapacidade/invalidez, fazer parte desse conjunto de pessoas com deficiência é viver a supressão de suas possibilidades, de seu lugar de sujeito (ANGELUCCI E SOTILLI, 2015, p. 214, nossa tradução).

Dessa forma, entendemos que um mesmo sujeito passa a ser compreendido como público alvo de equipamentos distintos. Entendido como usuário de saúde mental, o indivíduo com TEA pode ser atendido pelo Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi), equipamento para atendimento à criança com diagnósticos relacionados ao autismo no âmbito do SUS, embora não seja construído para atendimento exclusivo a essa clientela (BRASIL, 2013).

A partir da concepção de autismo como deficiência, a outra rede que passa a ser entendida como equipamento para atendimento, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (instituída pelo Ministério de Saúde em 2012), com atendimentos com foco na habilitação e reabilitação. Com isso, as pessoas diagnosticadas com TEA passa a receber atendimento também pela atenção especializada, que inclui os Centros de Especialização em Reabilitação, os Serviços de Atenção em Reabilitação Intelectual e Autismo, Instituto e Ambulatórios de Psiquiatria, Centros de Atenção Psicossocial, e Centros de Especialidades Odontológicas.

Para regulamentar os efeitos da Política, em 2014 foi estabelecido o Decreto nº 8.368. Com relação ao atendimento deste público nos serviços de saúde, afirma-se

Art. 2º É garantido à pessoa com transtorno do espectro autista o direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitadas as suas especificidades.

§ 1º Ao Ministério da Saúde compete:

I - promover a qualificação e a articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para assistência à saúde adequada das pessoas com transtorno do espectro autista, para garantir:

a) o cuidado integral no âmbito da atenção básica, especializada e hospitalar;
b) a ampliação e o fortalecimento da oferta de serviços de cuidados em saúde bucal das pessoas com espectro autista na atenção básica, especializada e hospitalar; e

c) a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e da rede de cuidados de saúde da pessoa com deficiência no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista, que envolva diagnóstico diferencial, estimulação precoce, habilitação, reabilitação e outros procedimentos definidos pelo projeto terapêutico singular;

II - garantir a disponibilidade de medicamentos incorporados ao SUS necessários ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista;

III - apoiar e promover processos de educação permanente e de qualificação técnica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista;

IV - apoiar pesquisas que visem ao aprimoramento da atenção à saúde e à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtorno do espectro autista; e

V - adotar diretrizes clínicas e terapêuticas com orientações referentes ao cuidado à saúde das pessoas com transtorno do espectro autista, observando suas especificidades de acessibilidade, de comunicação e atendimento.

§ 2º A atenção à saúde à pessoa com transtorno do espectro autista tomará como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10. (BRASIL, 2014, grifos nossos)

Com isso, compreendemos que o outro lado da criação de leis específicas à um público circunscrito e historicamente excluído é sustentar uma lógica medicalizante. Angelucci (2015) expõe essa ambivalência:

As políticas inclusivas são necessárias e instigam-nos a construir ações de inclusão. Porque precisamos incluir, criamos ações de inclusão. Porém, continuamos pensando que devemos incluir “aquelas pessoas”, aquelas que são diferentes, aquelas que precisam vir para os “nossos” serviços. E é aí que se explicita uma lógica de redução dos conflitos sociais a problemas dos indivíduos e passa-se a utilizar o diagnóstico como carimbo que “garante” à

pessoa a posição de “sujeito a ser incluído”, posto que ele se torna condição para o acesso a serviços (ANGELUCCI, 2015, p. 194)

Se entendemos, então que a extensão dos direitos previstos a partir da promulgação da CF/88²¹ atinge também as pessoas diagnosticadas com TEA, questionamos a sustentação de uma lógica patologizante, que organiza a ampliação dos direitos à cidadania e políticas públicas no campo da educação, transporte, habitação, assistência social, trabalho, esporte e lazer.

Assim, deixamos de pensar como se constrói uma escola para todas e cada uma das pessoas e passamos a criar projetos de ação de inclusão deste ou daquele conjunto de pessoas: os casos de inclusão. E é também aí que se explicita uma lógica patologizante, que reduz as diferenças a doenças: organizamos os setores que devem ser incluídos em “nossos” serviços a partir de grupos de patologia – as pessoas com deficiência, as pessoas com transtornos mentais, as pessoas com problemas de moralidade... E esse movimento traz, mais ou menos implicitamente, a lógica de que tais pessoas foram retiradas do campo de direitos devido às suas patologias (ANGELUCCI, 2015, p. 194-195)

A sustentação de documentos com perspectivas divergentes e a criação de um comitê e grupo de trabalho aponta para uma tentativa de articulação entre posições opostas. Dessa forma, não há uma negociação que sustente o tensionamento de posições distintas, a fim de produzir discussão que se efetive em consensos e renúncias, para a produção de uma linha diretiva única. O que se tem é a elaboração de um documento pela área de Saúde Mental e outro pela Saúde da Pessoa com deficiência, com compreensões sobre o diagnóstico e focos diferentes.

Como consequência disso, em 28 de junho de 2016, a impossibilidade de diálogo e da construção de um espaço de interlocução levou ao boicote das reuniões, por um grupo de pessoas ligadas ao Comitê. Sustentando uma posição contrária a maneira como o Ministério da Saúde tem escutado as demandas referentes às pessoas com autismo, o movimento pretende chamar a atenção para a ambivalência e as rupturas recentes, promovidas pelo próprio Ministério. O fortalecimento de um lado que rejeita a decisão democrática e concebe o diagnóstico apenas em sua vertente biológica – apoiado pela indústria farmacêutica – acaba

²¹ Assim como a CF/88, vimos como outras tantas leis específicas que visam a garantir a atenção integral foram criadas a partir da década de 1990. No âmbito da Educação, como dito em capítulo anterior, uma série de ações políticas foram adotadas pelo Estado (BRASIL, 1990; BRASIL, 1994) para a garantia de práticas que atendessem às necessidades das crianças que estavam excluídas da escola, em específico das pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

representando um risco da segregação dessas pessoas, com uma lógica médica e hospitalar. A garantia de direitos, portanto, mostra-se fragilizada e vinculada a uma lógica excludente.

IV. UM PANORAMA DAS PESQUISAS SOBRE A ESCOLARIZAÇÃO DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TEA

Com a intenção inicial de verificar a produção da literatura científica sobre o tema da escolarização de crianças diagnosticadas com TEA, consultamos as publicações em periódicos e plataformas digitais para consulta de trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* realizados no Brasil. Nesse momento, realizamos uma pesquisa exploratória, documental, de caráter quantitativo e qualitativo.

Segundo Marigo e Braga (2011), a pesquisa bibliográfica tem como objetivo o contato do pesquisador com as produções anteriores na área de estudo. Segundo as autoras, o pesquisador que elege esse modelo de pesquisa caminha entre quatro fases de pesquisa. A primeira é a fase de estabelecimento do *corpus*, em que é feito o levantamento da bibliografia, seleção das referências que serão usadas e das informações sobre a elas. Na segunda fase, o pesquisador realiza a análise dessa documentação, tendo em vista seu referencial teórico e objetivo estabelecido. Na terceira fase, por sua vez, é feita uma síntese da investigação, integrando os elementos suscitados pela análise. Na quarta e última fase, o pesquisador deve divulgar os resultados da pesquisa em meios acadêmico-científicos, ajudando, dessa forma, a difundir a integração que sua pesquisa possibilita sobre dado conteúdo ou tema específico.

Por se tratar de uma pesquisa que pretende aprofundar-se sobre um tema, ela é considerada de natureza exploratória. A pesquisa do tipo exploratória procura relacionar fenômenos e estabelecer um balanço, com a finalidade de organizar e analisar as produções do campo até dado momento. Segundo Gatti (2001, p. 80), “o conhecimento advindo das pesquisas parece ter necessidade de carregar em si um certo tipo de abrangência, nível de consistência e foco de impacto, aderência ao real, tocando em pontos críticos concretos”.

A fim de identificar e caracterizar essa produção científica sobre o tema, por meio de uma análise bibliométrica – análise proveniente do campo da ciência da informação - pudemos inferir sobre a produção em determinada área, verificando autores, grupos de pesquisa, instituições, locais, campos de pesquisa e meios de divulgação. A análise do material selecionado fornece informações para a pesquisa, que se constituem como indicadores bibliométricos sobre a produção referente à escolarização de crianças com TEA, auxiliando a delinear uma espécie de mapa, que funciona como ferramenta para compreender o campo em

questão. Nesse mapa, encontraremos informações referentes a um determinado período sobre autores que trabalharam sobre o assunto; instituições em que as pesquisas foram realizadas; dispersão geográfica das pesquisas e publicações; período em que as pesquisas foram publicadas; periódicos que publicaram sobre o assunto; objetos, objetivos, métodos, instrumentos utilizados; e consonâncias e dissonâncias presentes nos resultados. Com isso, é possível observar as tendências da produção na área.

Com isso, esperamos compreender a movimentação do campo no período circunscrito, em associação inclusive com os efeitos das transformações políticas e legais na produção. Convém lembrar, entretanto, que essa abordagem metodológica tem suas limitações, uma vez que, a partir dela não trataremos do enredamento epistemológico. Para isso, apresentaremos o segundo movimento metodológico para análise dos conteúdos apresentados.

Segundo Maingueneau (1997), todo ato enunciativo segue um regime de verdade. Isso significa dizer que toda produção segue um conjunto de regras de formação que são anônimas e históricas, com marcas sociais, econômicas, geográficas e linguísticas. Em A ordem do discurso, Foucault supõe:

[...] que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2006, p. 8-9)

Já para a psicanálise, em especial para Lacan (1992) a realidade discursiva é tomada como posição de fundação subjetiva e definição da realidade. É essa estrutura tecida pela linguagem que caracteriza o laço social. O discurso é, portanto, o que forma o laço do Sujeito com o Outro.

Segundo Birman (2010), tanto Lacan quanto Foucault ambos trataram o tema de forma ética, sem reduzir o sujeito à produção do conhecimento. No mesmo sentido, tomaremos os textos aqui analisados sob essa ótica, questionando o enredamento neles presente.

4.1. Análise bibliométrica

Dado o tema da pesquisa, para a seleção de artigos indexados em revistas brasileiras foram utilizadas as seguintes bases de dados: a Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mais especificamente a seção da base de dados que

organiza os materiais da Psicologia (BVS-psi). Esta é organizada a partir da seleção feita pelo sistema em bases correlatas. Para nossa pesquisa, valemo-nos das buscas realizadas no sistema de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e o Índice e Repositório de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Também foi consultado o Banco Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

A busca foi efetuada a partir de descritores que representavam a temática em questão. Usados em associação em pares, foram incluídos dois tipos de descritores: (1) escolarização, escola, educação, inclusão e (2) transtorno do espectro autista (TEA), transtornos globais do desenvolvimento (TGD), transtorno mental, psicose, autismo, autista, professores.

Como critério de inclusão, foram escolhidos artigos que representavam: (1) estudos realizados no Brasil; (2) artigos com relatos de pesquisa ou experiência prática em ambientes escolares; (3) artigos que tratassem sobre a interação de professores e alunos diagnosticados com TEA, a concepção dos professores sobre inclusão escolar destes alunos e a experiência na escolarização destas crianças.

Foram excluídas publicações que tratavam de: (1) experiências de intervenções e capacitações de professores para a prática de inclusão sem ênfase na análise da experiência de escolarização dos alunos diagnosticados com TEA; (2) estudos epidemiológicos ou que tratavam apenas da caracterização da clientela da inclusão; (3) concepções dos docentes sobre a inclusão em geral ou de alunos com outros diagnósticos; (4) formação docente e não a prática em sala de aula; (5) revisões bibliográficas e estados da arte da Educação Especial; e (6) duplicatas que aparecessem em a partir da associação de diferentes descritores.

A pesquisa a partir da associação dos descritores na base da SciELO recuperou, inicialmente, um total de 423 artigos. Com base nos critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados nove artigos que apresentavam resultados de pesquisa e discussões sobre a relação professor-aluno, sobre as concepções de professores acerca da escolarização de alunos com TEA e estudos de casos de inclusão de alunos diagnosticados como autistas.

Tabela 1 - Pesquisa em Periódicos Científicos pela SciELO

SciELO	Descritor 1	Descritor 2	Total	Selecionados
ARTIGOS	ESCOLARIZAÇÃO	TEA	10	0
		TGD	2	0
		TRANSTORNO MENTAL	16	0
		PSICOSE	7	0
		AUTISMO	3	2
		AUTISTA	3	0
	ESCOLA	TEA	25	0
		TGD	4	0
		TRANSTORNO MENTAL	2	0
		PSICOSE	17	0
		AUTISMO	23	4
		AUTISTA	8	0
	EDUCAÇÃO	TEA	15	0
		TGD	15	0
		TRANSTORNO MENTAL	1	0
		PSICOSE	7	0
		AUTISMO	36	2
		AUTISTA	6	1
	INCLUSÃO	PROFESSORES	189	0
		TEA	3	0
		TGD	1	0
		TRANSTORNO MENTAL	1	0
		PSICOSE	3	0
		AUTISMO	23	0
		AUTISTA	3	0
TOTAL			423	9

Já na busca efetuada na BVS-psi a partir dos mesmos descritores utilizados anteriormente, obtivemos os seguintes resultados.

Tabela 2 - Pesquisa em Periódicos Científicos pela BVS

BVS	Descritor 1	Descritor 2	Lilacs	Pepsic	Selecionados
ARTIGOS	ESCOLARIZAÇÃO	TEA	9	3	0
		TGD	1	1	1
		TRANSTORNO MENTAL	6	0	1
		PSICOSE	4	4	0
		AUTISMO	8	2	0
		AUTISTA	0	0	0
	ESCOLA	TEA	3	1	0
		TGD	2	1	0
		TRANSTORNO MENTAL	94	15	1
		PSICOSE	20	27	0
		AUTISMO	26	19	1
		AUTISTA	10	8	0
	EDUCAÇÃO	TEA	9	2	0
		TGD	3	2	1
		TRANSTORNO MENTAL	220	9	0
		PSICOSE	38	13	0
		AUTISMO	71	17	2
		AUTISTA	18	5	0
	INCLUSÃO	PROFESSORES	223	32	0
		TEA	9	0	0
		TGD	2	2	0
		TRANSTORNO MENTAL	71	5	0
		PSICOSE	14	10	0
		AUTISMO	36	11	0
		AUTISTA	9	3	0
Total			906	192	7

Foram recuperados no total 906 artigos na Lilacs e 192 artigos na Pepsic, totalizando 1098 artigos disponibilizados pela BVS-psi. Após nossa triagem, seguindo os critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados um total de sete artigos para compor o *corpus* de nossa pesquisa.

Já para a seleção de teses e dissertações realizadas em universidades brasileiras, utilizamos o Banco digital de teses e dissertações (BDTD) como ferramenta para busca por trabalhos que correspondessem aos mesmos critérios estabelecidos para a seleção de artigos.

Novamente utilizando a associação dos descritores, recuperamos um total de 2195 trabalhos, entre teses e dissertações. Entre os termos utilizados, destacamos que a associação dos descritores “inclusão” e “professores” levantou um total de 1307 pesquisas, nas quais era notável a centralidade de trabalhos que tratavam da experiência dos docentes com a diferença em sala de aula. Entretanto, a partir dos critérios de inclusão/exclusão da presente pesquisa, apenas um trabalho foi selecionado entre esses 1307. Em contrapartida, a associação de descritores que mais correspondeu aos nossos critérios foi aquela que utilizou as palavras-chave “escola” e “autismo”, recuperando dezessete trabalhos no total. Por fim, foram selecionadas 31 dissertações e 5 teses, totalizando 36 trabalhos para compor o nosso *corpus* de estudo.

Tabela 3 – Pesquisa na Base Digital de Teses e Dissertações

BDTD	Descritor 1	Descritor 2	Total	Selecionados
TESES E DISSERTAÇÕES	ESCOLARIZAÇÃO	TEA	3	1
		TGD	3	0
		TRANSTORNO MENTAL	6	1
		PSICOSE	4	1
		AUTISMO	22	8
		AUTISTA	11	0
	ESCOLA	TEA	20	1
		TGD	7	1
		TRANSTORNO MENTAL	103	0
		PSICOSE	16	0
		AUTISMO	80	17
		AUTISTA	46	0
	EDUCAÇÃO	TEA	27	1
		TGD	7	0
		TRANSTORNO MENTAL	116	1
		PSICOSE	17	0
		AUTISMO	109	3
		AUTISTA	56	0
	INCLUSÃO	PROFESSORES	1307	1
		TEA	25	0
		TGD	6	0
		TRANSTORNO MENTAL	91	0
		PSICOSE	21	0
		AUTISMO	61	0
		AUTISTA	31	0
TOTAL			2195	36

A partir do estabelecimento do corpus, composto por 16 artigos, 31 dissertações e cinco teses, passamos a uma pesquisa sobre os autores com o objetivo de buscar referências sobre seus percursos acadêmicos e profissionais, bem como o contexto em que cada estudo foi desenvolvido. A partir dos currículos divulgados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), analisamos a formação do profissional, o trabalho atual descrito no currículo e o contexto em que a pesquisa selecionada foi realizada.

Entre os 33 autores dos artigos que compõem o *corpus*, vinte são formados em Psicologia, cinco em fonoaudiologia, cinco em Pedagogia e três em enfermagem. Já entre os 35 autores das teses e dissertações, dezesseis são formados em Pedagogia, doze em Psicologia, três em fonoaudiologia, dois em educação física, um em terapia ocupacional e um é licenciado em Letras.

Há uma predominância de autores cuja formação inicial está inserida na área da saúde. Esse fato parece estar em consonância com a tendência que evidenciamos anteriormente, de que o discurso pedagógico busca referências em outras disciplinas em uma tentativa de utilizar as categorias diagnósticas próprias da Medicina em no processo de escolarização do público alvo da política de educação inclusiva.

Entre os autores dos artigos, apenas três não haviam ingressado em nenhum curso de pós-graduação *stricto sensu* até o momento em que a pesquisa foi realizada, enquanto doze autores não haviam iniciado ou concluído o doutorado. Entre os autores das teses e dissertações, treze eram doutores.

Com relação ao percurso profissional dos pesquisadores, parece mais relevante ressaltar que entre os autores das teses e dissertações, dez são professores universitários, assistentes ou formadores, e sete (todas pesquisadoras) são professoras em nível básico de ensino, ativas ou aposentadas.

Com relação às instituições as quais os autores estavam vinculados no momento da produção de seus artigos, observamos uma concentração da produção na região Sudeste do Brasil (seis artigos) em instituições públicas de ensino superior (quatro artigos).

Tabela 4 – Distribuição de artigos por região do Brasil

Região	Estado	Instituição	Artigos	Total
Nordeste	Paraíba	UFPB	1	3
	Pernambuco	UFPE	1	
	Rio Grande do Norte	UFRGN	1	
Centro-oeste	Brasília	UnB	1	1
Sudeste	São Paulo	UFSCar	1	10
		UNESP	1	
		USP	5	
		Mackenzie	1	
		FAMERP	1	
	Rio de Janeiro	UFRJ	1	
Sul	Rio Grande do Sul	UFRGS	2	2
TOTAL			16	

As pesquisas foram realizadas predominantemente na região Sudeste do Brasil (dez artigos). A diferença entre a produção das três outras regiões é mínima. Também chama a atenção a ausência de artigos produzidos no Norte do país. Essa tendência segue também para as regiões em que os artigos foram publicados, sendo treze de revistas da região Sudeste, com a sua grande maioria (doze artigos) em São Paulo. Novamente, observamos a presença das regiões Nordeste e Centro-oeste, com apenas um artigo publicado em periódicos de cada uma dessas regiões. Um dos artigos, apesar de a pesquisa ter sido realizada no Brasil, foi publicado em uma revista cubana.

Tabela 5 – Distribuição de periódicos em que os artigos foram publicados por região

Região	Estado	Revistas	Artigos	Total
Nordeste	Rio Grande do Norte	Estudos de Psicologia	1	1
	Brasília	Psicologia: Teoria e Pesquisa	1	1
Sudeste	São Paulo	Audiology – Communication Research	1	13
		Revista Brasileira de Educação Especial	4	
		Estilos da Clínica	2	
		Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	1	
	Minas Gerais	Revista PsicoPedagogia	1	
		Arquivos de Ciências da Saúde	1	
		Psicologia: Teoria e Prática	1	
		Educação e Pesquisa	1	
		Psicologia e Sociedade	1	
	Cuba	Humanidades Médicas	1	1
TOTAL			16	

Quanto ao local de origem, com relação às teses e dissertações, verificamos que as pesquisas foram realizadas predominantemente em instituições públicas de ensino superior, com destaque para o número de instituições federais (dezoito mestrados e dois doutorados).

A maior concentração de trabalhos está na região Sudeste do Brasil (dezesseis publicações), seguida da região Sul (dez publicações). Assim como no caso dos artigos, não houve produções selecionadas que fossem da região Norte. A região Nordeste e a Centro-oeste tiveram cinco publicações cada.

Tabela 6 – Teses e dissertações por região

Região	Estado	Instituição	Mestrado	Doutorado	Total
Nordeste	Paraíba	UFPB	1		5
	Rio Grande do Norte	UFRGN	1		
	Pernambuco	UFPE	1		
	Bahia	UFBA	2		
Centro-oeste	Brasília	UnB	1		5
		UCB	4		
Sudeste	São Paulo	UFSCar	1		16
		UNESP	2	2	
		USP	2	1	
		Mackenzie	2		
	Minas Gerais	UFU	1		
		UFMG	1		
	Rio de Janeiro	UERJ	2		
	Espírito Santo	UFES	2		
	Rio Grande do Sul	UFRGS	6	2	
	Santa Catarina	UFSC	1		
Sul	Paraná	UFPR	1		10
TOTAL			31	5	36

Com relação ao ano de publicação dos dezesseis artigos selecionados, notamos uma concentração de publicações nos anos 2010 e 2014, com cinco artigos cada, seguido por 2012 com três artigos. Além disso, a concentração de 93,75% de publicações posteriores ao ano de 2008 parece apontar para a centralidade que a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Política de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva teve no estímulo à produção sobre o tema em questão.

Figura 1 – Distribuição das datas de publicação de artigos e defesa das teses e dissertações

Entre as 36 dissertações e teses, as datas de defesa abrangem o período entre 2002 e 2015. Não tendo sido esse um critério inicial para seleção dos trabalhos, chamou-nos a atenção a ausência de teses e dissertações com a temática por nós analisada, da escolarização de alunos diagnosticados com autismo, TGD ou TEA anteriores ao ano 2002.

Com relação aos programas em que as pesquisas de pós-graduação que resultaram nas teses e dissertações selecionadas, notamos uma predominância de pesquisas inseridas em programas de pós-graduação em Educação, havendo também programas em Psicologia, Educação Especial, Distúrbios do Desenvolvimento e Ciências da Reabilitação, como demonstramos a seguir.

Figura 2 – Distribuição Programas de Pós-Graduação

A predominância de pesquisas realizadas em programas de pós-graduação em Educação aparece associada a uma predominância por linhas de pesquisa em Educação Especial ou Educação Inclusiva (oito pesquisas, sendo uma em um programa nomeado Educação Especial) ou linhas que se relacionem a questões da aprendizagem e desenvolvimento, típicas de uma relação entre Psicologia e educação – como Ensino, Aprendizagem e Desenvolvimento; Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento humano; Psicologia, Psicanálise e Educação; Psicologia e Educação. Também houve a inserção do estudo na área pelo programa de pós-graduação com a linha de Estudos Culturais (duas pesquisas)

Entre os outros programas em que as pesquisas se inseriam, destacam-se os de pós-graduação em Psicologia. Com poucas pesquisas, outros programas que apareceram foram os de pós-graduação em Distúrbios do desenvolvimento e Ciências da reabilitação, ambos com uma abordagem mais referida à área da saúde.

Com relação aos objetos, objetivos, referenciais teóricos fundamentais, metodologia, instrumentos de coleta de dados e principais resultados obtidos através da leitura dos textos (APÊNDICE 4) notamos uma predominância de pesquisas com foco na caracterização do perfil dos alunos e dos padrões de mediação e interação comunicativa desses alunos e seus professores.

Os quadros apresentados anteriormente expõem elementos de destaque de cada um dos textos analisados. Entre os objetos das pesquisas que compõem o nosso *corpus*, observamos a predominância de três categorias: (1) competência para a interação social e comunicativa e sua funcionalidade dos alunos diagnosticados com TEA ou do par professor-aluno; (2) concepções de professores e familiares sobre o diagnóstico, o desenvolvimento, a prática pedagógica e a inclusão escolar; (3) experiências de escolarização e aspectos pedagógicos da inclusão de crianças com diagnóstico de TEA, buscando identificar competências sociais.

Notamos, entre os objetivos explicitados em cada uma das pesquisas, a predominância da avaliação de indicadores, padrões, perfis que caracterizem os alunos diagnosticados com TEA que frequentam as escolas regulares, identificação de comportamentos sociais dos estudantes, eficiência da mediação entre professor-aluno, com foco na questão comunicativa. Outra parte das pesquisas apresentam como objetivo analisar a inclusão escolar desses alunos, suas dificuldades e possibilidades, com um foco nas concepções dos professores, os recursos que utilizam e o que relatam.

Com relação às abordagens teóricas explicitadas pelos autores, observamos a prevalência de três vertentes: (1) análise do comportamento; (2) psicanálise; (3) teoria histórico-cultural. Entretanto, o que se destaca é a presença de pesquisas que fundamentam sua discussão a respeito do autismo tão somente em documentos oficiais e manuais diagnósticos, especialmente o DSM.

Já no que se refere aos instrumentos utilizados nas pesquisas, observamos a predominância de estudos de caso e de observações (em sala de aula, parque, momentos entre professor-aluno, reuniões pedagógicas), associados a entrevistas semiestruturadas e, em alguns casos, análise documental. Além disso, um grande número de pesquisas (dezesseis) utilizou questionários e escalas padronizadas como instrumentos de avaliação, tendo a observação como instrumento complementar. A seguir, analisaremos os trabalhos em conjunto, apontando tendências e posicionamentos.

4.2. O que se discute sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA?

Após a leitura de todos os artigos na íntegra e das introduções e capítulos finais das dissertações e teses que compõem nosso *corpus*, sistematizamos nossa análise a partir de algumas perguntas: qual o objeto da pesquisa? Qual a base epistemológica anunciada pelo autor? Qual o método adotado? Qual o posicionamento do autor com relação ao diagnóstico do aluno? E qual o posicionamento com relação à tarefa educativa do professor?

A partir disso, organizamos algumas categorias de análise. As categorias não foram pensadas a partir da elaboração de grupos de textos, mas sim a partir da repetição de temas, perspectivas e posições discursivas. Com relação aos objetos de pesquisa, observamos a repetição de alguns temas: (1) concepções de professores sobre o diagnóstico, desenvolvimento e prática pedagógica de seus alunos diagnosticados com TEA; (2) interação comunicativa e a mediação de professores com seus alunos com diagnóstico de TEA; (3) competência social dos alunos com esse diagnóstico; (4) prática pedagógica e recursos metodológicos para o atendimento desse público; (5) debate entre o paradigma de inclusão escolar e as experiências de escolarização desse público.

Entre todos os trabalhos que permeiam esses cinco temas, notamos a convergência de perspectivas que se alinham em um outro sentido, referente ao posicionamento dos autores com relação ao lugar e função da educação, cujo foco se explicita entre os que partem do pressuposto

de que a centralidade do processo escolar está no (1) diagnóstico do aluno; (2) ensino; (3) experiência subjetiva e laço social.

Pretendemos evidenciar com essas três categorias analíticas as perspectivas correntes na produção teórica brasileira, destacando as consonâncias e contradições existentes em cada categoria. Com isso, nossa intenção não é de julgar ou criticar pesquisadores e pesquisas, mas sim evidenciar progressões e regressões teóricas que se apresentam, destacando tais movimentos como características da própria sociedade de onde se originaram.

4.2.1. O diagnóstico do aluno

Com relação à primeira categoria de análise, destacamos os trabalhos que tomaram como objetos de estudo a questão da comunicação dos alunos e da interação entre esses alunos, seus colegas e professores. Nessa categoria, destacamos os trabalhos que pretendiam tratar de questões sobre a escolarização de crianças com diagnósticos correlatos²² ao autismo, mas cujo foco de trabalho manteve-se apenas na questão da comunicação dos alunos.

A noção que se destaca entre tais pesquisas é a de “competência social e comunicativa”. Partindo do pressuposto de que para entender o indivíduo diagnosticado com TEA é preciso entender seus sintomas, esses autores se preocupam em descrever o espectro de “perturbações” (BRANDÃO, 2009) para então avaliarem “padrões de interação”, atribuindo valor à comunicação dos alunos e à mediação das professoras. Subjaz a compreensão que “(...) o problema no Autismo não é a ausência de desejo de interagir e comunicar-se e, sim, a ausência de habilidade para fazê-lo” (BRANDÃO, 2009, p. 17).

A essa argumentação subjaz a ideia de que, para além das “manifestações clínicas” entendidas como características inerentes ao indivíduo com o diagnóstico de TEA, é preciso “conhecimento da funcionalidade de cada indivíduo (...) para que se possa desenhar sistemas de apoio educacional adequados a cada caso” (MICCAS, VITAL, D’ANTINO, 2014, p. 4). Nessa perspectiva, a intervenção afirmada como adequada para o atendimento educacional a esse público incide sobre o “desenvolvimento de fala, linguagem e interação social e diminuição de problemas de comportamento” (BRITO, CARRARA, 2010, grifos nossos).

²² O autismo, ao longo da história da Psiquiatria, já recebeu inúmeras nomeações, como descrito em nosso capítulo que discute a questão do diagnóstico.

Consideramos, com isso, que antes de ver o caso a caso dos alunos, esses autores se atêm ao chamado “Tripé de Wing” (1979). Os alunos são olhados a partir do viés dos grupos de sintomas que são compreendidos como características próprias das crianças assim diagnosticadas. Com relação a essa criança, entende-se que “(...) as interações sociais no sujeito do espectro autista apresentam-se deficitárias (...)” (BRANDÃO, 2009, p. 20, grifos nossos). A “doença” é anterior à criança que se apresenta ao pesquisador.

Nesses casos em que as questões sintomáticas tiveram mais destaque do que outros elementos envolvidos na escolarização dessas crianças fica explícito um posicionamento dos pesquisadores em que fazer ciência é plasmar-se ao saber biomédico. Tais trabalhos adotam uma posição teórica que assume que os indivíduos “são” seus sintomas. Dessa forma, objetificam-se os participantes das pesquisas a partir de elementos descritivos que excluem a compreensão das tramas sociais envolvidas em seus laços.

A partir de uma descrição que se pretende factual, os autores se posicionam antecipando os comportamentos dos alunos a partir de supostos comprometimentos que eles teriam, entre os quais se acentua as questões da comunicação e sociabilidade. Entende-se que a ciência ainda não explica a síndrome (LIRA, 2004), mas descreve os “comprometimentos” desses indivíduos. Tais pesquisadores aderem a uma compreensão de método científico que objetiva a observação para descrever “fatos”, tentando entender aquilo que a ciência não explica. Exclui-se, com isso, o contexto sócio-histórico ao mesmo tempo em que não explicita-se qual a compreensão que os autores tem sobre a aprendizagem e as expectativas para esses alunos. Em alguns casos, inclusive, as disciplinas escolares não chegam a ser tema de discussão.

Com isso, entendemos que, apesar de não questionarem a inclusão desses alunos em salas regulares, os autores se aproximam de uma perspectiva de adaptação e treinamento de habilidades sociais para desenvolvimento de “competências” tomadas como essenciais para que esses indivíduos possam participar da comunidade escolar. Por isso, é dado destaque a importância da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade para que os professores recebam “avaliações eficazes” (MOURA, 2014) e possam melhorar suas ações educacionais a partir das diretrizes dos especialistas. O que se destaca, com isso, é uma perspectiva que acredita que esses alunos poderão atingir algum grau maior de funcionalidade se as intervenções forem adequadas.

Nesses exemplos, o diagnóstico das crianças é tomado como verdade entre pesquisas cujo referencial são os manuais diagnósticos e documentos oficiais. Para eles, as crianças são

assim e ponto final; são esses indivíduos com dificuldades na comunicação e na socialização, com padrões de comportamento esperados e previsíveis. Apesar disso, aparecem também críticas aos professores que demonstram concepções estereotipadas do diagnóstico, uma vez que “o espectro de sintomatologia e características do autismo são bastante variadas” (RIBEIRO, 2013, p. 107-108).

Assume-se que há um padrão de normalidade (mesmo que esse não seja explicitado) e essas crianças escapam a ele. Na maioria dos casos, não há um questionamento sobre o significado ou o histórico do diagnóstico. Ainda subjaz a noção de que a criança é “portadora” de suas características devido a fatores orgânicos ou ambientais. E são essas alterações que causam tais comportamentos.

Nesse sentido, entendemos que a noção de “competências” na relação ensino-aprendizagem se relaciona intimamente a uma tendência de padronização que entende no treinamento a maneira de preparar essas crianças para “desempenhar” adequadamente as habilidades sociais exigidas pela escola. Na tentativa de compreender e julgar quais elementos seriam essenciais nesse percurso escolar, alguns pesquisadores observaram o desenvolvimento dos alunos a partir de intervenções pontuais ou da comparação com outros alunos

4.2.2 O ensino

Já na segunda categoria de análise, observamos uma centralidade no ensino. Destacamos, entre os trabalhos analisados, a existência pesquisadores que parecem oscilar entre uma posição que entende o aluno a partir de seu diagnóstico e outra que critica as pré-concepções sobre o “transtorno” como paralisantes para ação do professor. Entre esses pesquisadores, a maioria parece adotar como referencial teórico uma perspectiva da teoria histórico-cultural. São autores que consideram fundamental a mediação do professor com o aluno para o desenvolvimento deste. Por isso, tentam entender as ações pedagógicas e seus efeitos, mas que ainda assim se valem dos manuais diagnósticos para entender o público que estudam.

Há entre esses autores uma ambivalência discursiva que nos leva a entender os efeitos da entrada de uma categoria diagnóstica biomédica nas diretrizes educacionais. Ao mesmo tempo em que há a tendência de naturalizar um posicionamento que considera a ótica biomédica sobre o diagnóstico, compreendendo-o como “condição” dos indivíduos referidos, também

discutem o que esse diagnóstico proporciona de efeito na educação, considerando o decorrente não investimento do professor na aprendizagem do aluno um efeito problemático.

Esses autores procuram “defender a singularidade de cada aluno ainda que tenha um diagnóstico” (AFONSO, 2014, p. 164, grifos nossos). Essas diferenças individuais, entretanto, dificultam o trabalho do professor por exigir uma busca específica por recursos e metodologias (BRAGA, 2009). Por isso, defendem que “para que tal atendimento ocorra com qualidade, é necessário que a escola e seu conjunto de educadores reconheçam neste aluno suas possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem” (GOMIDE, 2009, p. 148).

Há aí a aposta que a “intervenção mais apropriada para as crianças com autismo é a educacional” (GIARDINETTO, 2009, p. 141). Porém, há o reconhecimento de uma tendência a “uma prática pedagógica centrada nas condições do transtorno no que diz respeito à ‘tríade’ de comprometimento e nas possíveis limitações do aluno e não nas suas possibilidades e potencialidades” (MOURA, 2014, p. 90), que pode não ter os efeitos desejados no desenvolvimento do aluno. Nesse sentido, fica clara a ambiguidade discursiva: discute-se os elementos do “transtorno”, circunscrito a partir de seus possíveis “comprometimentos”, para que o professor reconheça o seu aluno, mas ao mesmo tempo isso se constitui como uma barreira.

Como consequência, esses autores chegam a conclusão que é necessário melhor formar os professores e que seria importante “conhecer a condição de seu aluno” (AFONSO, 2014, p. 160, grifos nossos) para que o professor não se baseie em pré-conceitos ao planejar ações pedagógicas. Com isso notamos a importância dada ao planejamento e ação pedagógica do professor, bem como ao meio que a escola proporciona e como a instituição se posiciona com relação à garantia de direitos desses alunos. Por isso, tais autores enfatizam que deve haver uma medida ideal de conhecimento dos profissionais, uma vez que esse conhecimento não deve afastar o professor de seu aluno, apenas despertar sua consideração com relação a existência de “diferenças importantes entre as pessoas com autismo” (AFONSO, 2014, p. 163). Tais autores afirmam ainda que os professores com uma visão mais aderida ao modelo biomédico são possivelmente menos engajados, pois se afastam de seus alunos e se distanciam do vínculo que é entendido como fundamental para a aprendizagem (BRAGA, 2009).

Sustenta-se, assim, uma posição que vislumbra a possibilidade de aprendizagem dos referidos alunos. A perspectiva que se apresenta é a de que a aprendizagem gera desenvolvimento, enquanto a linguagem gera pensamento. Por isso, esses autores se focam na

atividade, na interação e no papel social desses alunos. E, por isso, é nessa categoria que observamos os poucos trabalhos que relatam progressos acadêmicos entre os indivíduos participantes da pesquisa, ou ainda a conclusão que o sucesso acadêmico não é visto porque a inclusão escolar não é feita adequadamente (SILVA, 2011).

Com relação a formação docente, notamos estudos que apontam para uma preocupação com relação à especialização do professor do ensino regular. Entende-se que é necessário saber sobre as características do diagnóstico para poder trabalhar com as crianças assim diagnosticadas. A dita “inadequação” das intervenções dos professores é interpretada como “ausência de um planejamento estruturado e pensado para alunos autistas” o que leva a conclusão que há um “imperativo nestes casos que o professor que atua com alunos autistas seja envolvido em programas de formação docente em autismo” (LIRA, 2004, p. 63). Há aí a suposição de que uma formação (inicial ou complementar) melhor garantiria um processo de escolarização mais “adequado” para esses alunos. Nesse sentido, fala-se de formação sem considerar os saberes práticos da equipe.

4.2.3 A experiência subjetiva e o laço social

Na terceira categoria de análise, por sua vez, aparecem as pesquisas que criticam a função do diagnóstico médico na escola e discutem a importância do laço social entre professores e alunos, mais especificamente em uma relação entre educação e tratamento desses alunos. Como tendência, os autores que adotam essa perspectiva, utilizam-se da psicanálise como base teórica.

Assim como apontado na segunda categoria, observamos aqui uma tendência a entender que a inclusão desses alunos faz com que os profissionais da educação se questionem sobre o diagnóstico e o jeito como esses alunos se apresentam em sala de aula. Alguns autores também apontam que a presença de alunos diagnosticados com TEA tem possibilitado o questionamento das classificações que naturalizam padrões estabelecidos pelos manuais médicos.

Enfatiza-se o quanto as práticas apoiadas na descrição sintomatológica importada da Medicina produzem modos específicos de compreender o aluno, que se afasta do questionamento sobre o ensino-aprendizagem e retira o protagonismo do professor. Entendem que “(...) chamá-los de autistas, simplesmente, confere um esvaziamento à fala docente. Não revela nada sobre quem são, como aprendem e como se constituem nos diferentes ambientes

em que vivem, especificamente o escolar” (SILVA, 2014, p. 12). Ao mesmo tempo, citam experiências em que o professor se baliza por critérios estabelecidos na relação com seu aluno e das hipóteses construídas a partir disso, como tendo efeitos positivos nas possibilidades de escolarização desses alunos.

Nos referidos textos, os autores problematizam a ação pedagógica que se baseia em direcionamentos de áreas parceiras à educação especial (Psicologia, fonoaudiologia, Medicina, etc). Para esses autores, o “discurso especialista” (ARAÚJO, 2011, p. 116) é ineficaz a medida em que abre mão da subjetividade (do professor e do aluno) para posicionar *a priori* os elementos que conduzem à aprendizagem. A formação do professor, nesse sentido, acaba por não o autorizar em sua prática, uma vez que “com o diagnóstico clínico de autismo, o professor se sente autorizado a não apostar no aluno, a não convocá-lo como sujeito de desejo” (MARTINS, 2007, p. 139).

Os autores que se posicionam dessa forma, discutem amplamente o histórico do diagnóstico, da educação especial e do deslocamento da Pedagogia como “ciência da educação”, fazendo uma crítica a esse afastamento e objetificação da relação professor-aluno. Há uma preocupação em enfatizar a possibilidade de marcar simbolicamente esses alunos e de educa-los.

Por outro lado, tais autores não priorizam a discussão sobre o como os aspectos próprios da educação “das letras e números”. Destacamos que tais autores não se propõem a fazer uma discussão sobre a ação dita pedagógica ou a pensar a aprendizagem dos alunos diagnosticados com TEA. O que surge são discussões sobre a apropriação do professor de seu “saber fazer”. Há uma compreensão que entende ser importante o professor “suportar o não saber” e se “despojar” de conhecimentos pronto (MARTINS, 2007). Não há, todavia, um diálogo que os aproxime das discussões promovidas pelos trabalhos da categoria de análise anterior sobre as questões referentes a aprendizagem.

4.3. Reflexão sobre a análise

Nossa intenção ao analisar as pesquisas que pretendem discutir a escolarização de pessoas diagnosticadas com TEA era de compreender como se constitui o campo, explicitando consonâncias e dissonâncias a fim de esboçar um panorama sobre a produção acadêmica. Intencionávamos entender como o campo da educação vem discutindo a inclusão escolar desse

público. Tomamos como pressuposto a existência de uma contradição iniciada pela própria delimitação de quem faz parte do público-alvo da educação especial é nomeado a partir de uma descrição incorporada na educação a partir dos manuais diagnósticos da Medicina. Com isso, ambicionávamos observar como os autores, as instituições e as pessoas participantes nas pesquisas lidavam com essas questões e se organizavam para proporcionar uma experiência de escolarização a essas crianças.

Entre as três categorias de análise, vemos que os trabalhos que pretendem discutir a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA acabam se focando em aspectos específicos desse processo. Entendemos, com isso, que a noção de “escolarização” é alvo de diferentes interpretações sobre o que seria central para “estar na escola” e viver esse processo educacional. Aliás, nos parece que o que é entendido como “educacional” está para além da discussão sobre a aprendizagem e a socialização. Se a escola é o lugar privilegiado para as crianças, é nela que as pesquisas se voltam para observar questões referentes ao desenvolvimento das crianças e suas interações. Pouco ou nada se discute sobre a própria concepção de escola como instituição social, o que parece impedir a expansão da problematização sobre as relações de ensino-aprendizagem propostas a esse público.

Entre as pesquisas que discutem a importância do laço social e da instituição escolar como mediadora da relação da criança com a Lei simbólica (aquela que permitirá a constituição subjetiva), discutem em termos que se afastam do diálogo com outras perspectivas teóricas. Quer dizer, mais especificamente, a maneira como a psicanálise é expressa e o foco que trazido pelos pesquisadores que tomam essa linha teórica parece correr por fora das questões mais próprias da escola (das dúvidas e inseguranças dos professores), marcando pontos importantes, mas não entrando no debate que aproxima os pesquisadores das duas primeiras categorias de análise.

Por outro lado, a predominância da descrição sintomatológica que se sustenta na utilização dos manuais diagnósticos revela uma característica fundamental sobre a grande parte dos pesquisadores da área: não se discute teoricamente sobre a constituição do sujeito. Se então, de um lado, temos uma posição que parece fora da discussão do campo da Educação Especial (como no caso da psicanálise), do outro, temos a ausência de discussão teórica para facilitar o debate. O que se observa é a utilização de um discurso biomédico que se pretende universal, que se ocupa apenas em listar características e que se diz ateuico. Associa-se a isso teorias que se ocupam do desenvolvimento cognitivo (no caso da teoria histórico-cultural) e que partem do

pressuposto de que o diagnóstico biomédico fornecerá indicativos sobre as características psicológicas do indivíduo. A partir de um ponto de vista etapista sobre a aquisição emocional e a habilidade comunicativa, como se a verbalização fosse antecedente da aprendizagem escolar. Com isso, o que se observa é uma restrição sobre os objetos de pesquisa, como se fosse necessário desvendar essas questões sobre esses indivíduos antes de se pensar sobre outros aspectos de sua escolarização.

Destacamos o quanto essas crianças acabam marcadas por um diagnóstico e, com isso, estigmatizadas por suas formas de estar no mundo. Grande parte dos pesquisadores apresentam suas concepções sobre essas crianças como se fossem fatos, o que, na verdade, é uma distorção ideológica. O estabelecimento do diagnóstico médico como verdade sobre o sujeito não é operativo para a educação e, por isso, vemos alguns trabalhos (como no caso da segunda categoria) que discutem o quanto a produção dessa verdade desimplica o professor de seu trabalho.

V. AUTISMO, ESCOLARIZAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DOCENTE

Como vimos no capítulo anterior, a maneira pela qual a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA é concebida afeta a maneira como o atendimento será organizado. Por isso, desde o início de nossa dissertação discutimos a construção dos conceitos de normalidade e patologia, e seus efeitos para a escola no atendimento às pessoas diagnosticadas com TEA. Entendemos que, quando a escola toma o diagnóstico biomédico como verdade sobre o sujeito, os profissionais deixam de discutir as especificidades do jeito de ser do aluno, abrindo espaço para que a Educação se desimplique de sua função.

Pensando nisso, procuraremos neste capítulo discutir questões a respeito dos aspectos da escolarização desse público a partir de entrevistas com profissionais de trabalho ou trabalharam em salas comuns de escolas regulares e que partilham do princípio da Educação para Todos. Optamos por nos apoiarmos em narrativas de profissionais cujas experiências e posicionamentos fossem condizentes com as preocupações de nossa pesquisa.

Para isso, convidamos a fazer parte da pesquisa duas mulheres cujas experiências na docência representavam um comprometimento ético com a escolarização de todos. Buscamos profissionais já conhecidas por nós e cujas práticas estivessem organizadas na perspectiva que vimos trilhando na presente pesquisa.

Como nos lembra Angelucci (2010, p.48), “Frequentemente, indivíduos ou grupos pesquisados são convidados a preencher questionários fechados ou até mesmo a dar entrevistas que acabam por classificar, fragmentar ao invés de compreender suas falas”. É por isso que nos posicionamos como a autora e nos preocupamos em traçar um percurso em que pesquisadora e entrevistadas discutissem juntas os sentidos de suas experiências.

Por isso, em nossa pesquisa, propusemos encontros e conversas, nos aproximando mais do relato de experiência do que da entrevista dirigida. Nesses encontros, perguntamos às participantes sobre sua experiência como profissionais da Educação, sua experiência na escolarização de crianças entendidas na escola como autistas, e sua experiência na sistematização do atendimento escolar na perspectiva da Educação Inclusiva. Os encontros, realizados no segundo semestre de 2017, foram gravados e, em seguida, transcritos. Também foram registradas as impressões da pesquisadora em um diário de campo.

5.1. Sobre o método

Para discutir sobre os relatos das participantes, parte de uma forma de ler a realidade, configurada a partir da obra de Lacan, em especial no que toca as discussões acerca da estrutura da fala. Utilizamos aqui das reflexões acerca da “experiência que se passa integralmente em palavras” (LACAN, 2005, p.15) para entender as esferas que compõem nossa fala.

Por isso, tomamos como ponto de partida dois pressupostos apresentados pelo autor. O primeiro diz respeito à própria estruturação do sujeito: “o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1985, p. 135). A segunda, sobre as dimensões que estão em jogo no fenômeno da fala.

Vocês se lembram que podemos, no interior mesmo do fenômeno da fala, integrar os três planos, o do simbólico, representado pelo significante, o do imaginário, representado pela significação, e o do real, que é o discurso de fato efetuado realmente em sua dimensão diacrônica (LACAN, 1985 [1955-56], p.78).

A partir dessas proposições, entendemos três pontos como fundamentais. O primeiro, que aquilo que se chama “realidade” é na verdade uma construção a partir de um intercruzamento de registros. Segundo, que o sentido atribuído ao que é dito independe do significante. Por fim, o terceiro ponto é que a significação é um efeito de um deslizamento que ocorre enquanto falamos.

Posto isso, então, qual o lugar da fala e do relato para a nossa pesquisa? Desde Lacan, entendemos que, quando uma pessoa fala, o que é dito e o próprio dizer não significam a mesma coisa. Como afirma Dor (1989):

A distinção sujeito do enunciado/ sujeito da enunciação remete diretamente à oposição fundamental estabelecida por Lacan entre o “dito” e o “dizer”, com a consequência que lhe é diretamente ligada no que se refere *à verdade do sujeito, que nunca pode senão se meio-dizer* (DOR, 1989, p.118, grifos do autor).

Diferente da concepção linguística tradicional, em que a linguagem é tomada como instrumento para representar o pensamento, Lacan afirma que não há uma única determinação na relação entre significado e significante. Ou seja, a linguagem não é só um instrumento de comunicação consciente. E com isso, entendemos que a fala não é apenas uma organização de

significados alinhados racionalmente, mas também uma sequência de significantes que advêm no dizer e tem efeitos.

Um dos efeitos disso é justamente a divisão do sujeito. Isso porque a noção de sujeito para a Psicanálise, a partir de Lacan, é justamente de um sujeito dividido pela própria ordem da linguagem. Como nos lembra Dor,

[o conceito de divisão subjetiva] é, sem sombra de dúvida, o caráter inaugural que define a subjetividade, uma vez que precisamente através dela que o sujeito advém; é através dela que o sujeito se estrutura de um certo modo psíquico ao advir (DOR, 1989, p.102).

Assim, entendemos que, quando uma pessoa fala, o que ela diz não é apenas uma construção que explicita um fato concreto. O que a pessoa diz revela algo, ao mesmo tempo em que não dá conta de descrever tudo. Enquanto que, para Freud, isso era traduzido na distinção entre consciente, pré-consciente e inconsciente, bem como de ego, id e superego, para Lacan isso é formalizado na distinção entre o Eu (*Moi*) e o Sujeito do Inconsciente (*Je*). Em ambos os casos, portanto, observamos a proposição de que a fala está impossibilitada de traduzir tudo sobre aquele ser, uma vez que o sentido não o sobrepõe inteiramente.

Por isso, a intenção de nossa pesquisa não é de transcrever fatos sobre a escolarização de alunos diagnosticados com TEA, mas sim de pensar sobre a posição de profissionais da Educação que tiveram um intenso envolvimento com esse público ao longo de suas carreiras. Entendemos que, quando escutamos o relato de alguém, estamos aprendendo mais sobre essa pessoa do que sobre o evento em si. Nossa intenção, então, é entender os elementos articuladores que possibilitem a presença de crianças com diagnóstico de TEA nas salas comuns da escola regular e a posição do professor que atende a esses alunos. Nesse sentido, as entrevistas que realizamos foram feitas na intenção de explicitar uma superfície discursiva apresentada na maneira como as entrevistadas organizam suas falas.

Pensando nisso, estruturamos nossas conversas com as convidadas a partir de perguntas disparadoras. A partir de uma pequena introdução da pesquisa e do motivo pela escolha dessas participantes, procuramos criar condição para que contassem suas histórias (como na perspectiva da associação livre). Tendo como ponto de partida o que era dito, nossa interpretação sobre suas falas era feita em sua companhia, durante a entrevista: apontávamos destaques nas experiências, pedindo que refletissem sobre o que estava sendo dito – no texto esses trechos transcritos constam em destaque. Também relacionávamos o que elas iam

concluindo com aspectos levantados em nossa pesquisa, compartilhando nossas reflexões. Entendendo que cada entrevistada fala sobre sua experiência, ressignificando-a ao falar, e que a estrutura discursiva que caracteriza a relação significativa resulta na emergência do sujeito, procuramos fazer a leitura da realidade e das formas particulares de laços produzidos no interior da escola a partir da posição de cada sujeito que nos conta sua experiência.

Tomamos alguns pontos disparadores como elementos orientadores da conversa. Foram eles:

- O que a colaboradora da pesquisa estava fazendo no momento em que a entrevista foi realizada;
- Qual havia sido o percurso de cada uma na Educação;
- Como a Educação Especial se organizava nas experiências de cada uma das colaboradoras;
- Como havia sido o primeiro encontro com pessoas com o diagnóstico de TEA;
- Como havia sido a experiência como professora de um aluno com esse diagnóstico.

A partir desses pontos, organizamos a entrevista nos atendo a relatos de memória e não de opinião. Ao procurar relatos sobre a experiência em instituições com alunos diagnosticados com TEA, deparamo-nos com efeitos de significação. Ou seja, ao falar sobre experiências passadas e presentes, as participantes fizeram deslizar uma série de elementos significantes. Esse movimento, tal como no caminhar, faz com que algo se desloque. Nessa caminhada, as participantes puderam pensar sobre a função da escola, ressignificando as suas posições como professoras de alunos ditos autistas. De nossa parte, ao produzirmos uma escuta atenta e implicada, pudemos também reconhecer deslocamentos em nossas percepções e impressões a respeito do tema de pesquisa, bem como pudemos compreender em profundidade os desafios e as possibilidades concretas vividas pelas professoras no que concerne à escolarização de crianças ditas autistas.

5.2. Sobre Fátima

O convite feito a Fátima²³ partiu do reconhecimento da importância formativa que ela teve na experiência profissional da pesquisadora. Fátima havia sido uma das entrevistadas em nossa pesquisa de Iniciação Científica (RODRIGUES, MOREIRA, LERNER, 2012). Naquele momento, por volta de 2009, Fátima trabalhava em uma escola da rede municipal, na zona oeste do município de São Paulo. Naquele primeiro encontro, Fátima relatou sua experiência como professora e coordenadora em um ambiente escolar distinto do tradicional. Seu relato nos aproximou de outras questões acerca da função da equipe no cotidiano escolar e nos processos de inclusão.

Afetuosos e reflexivos, Fátima apresenta um estilo de ir construindo a fala e fazendo relações entre experiências que nos levou a questionar justamente sobre a posição da professora no encontro com crianças ditas autistas. Ela não falava das supostas impossibilidades das crianças, mas sim da visão dos professores sobre esses alunos.

A experiência de Fátima possibilitava que relatasse diferentes percepções a partir de uma multiplicidade de lugares: havia sido professora e coordenadora em escolas das redes pública e privada, mas também já havia atuado em clínica e projetos sociais. No momento em que nosso segundo encontro com Fátima aconteceu, agora no momento da pesquisa de mestrado, ela estava aposentada pela Prefeitura de São Paulo, tendo havido passado por um período de distanciamento da Educação. Quando o convite lhe foi feito, mostrou-se interessada em poder discutir sobre o tema por ver uma aproximação entre as questões levantadas pela pesquisadora e sua vontade de retomar um percurso profissional.

Iniciamos a conversa com Fátima explicando-lhe o motivo do convite. Logo após essa breve introdução, a entrevistada começou a nos contar algumas de suas experiências com “autistas” (sic). Sua primeira lembrança foi em seu primeiro trabalho, em uma cidade no interior do Estado de São Paulo, em uma associação filantrópica. A partir dessa lembrança, fez um questionamento sobre o impacto do diagnóstico, em específico para a família:

[...] o que eu sinto é que as famílias se isolam, do mesmo jeito que as crianças e os adolescentes. Os adultos ficam isolados, porque o convívio fica [prejudicado], todo mundo olha, todo mundo se choca, e isso para a criança, eu acho que se agrava, para família isso se agrava [...] (FÁTIMA).

²³ Os nomes das participantes foram alterados para manter o sigilo da pesquisa.

A palavra que Fátima não diz é a que sugere que algo falta ou fica complicado na relação das famílias com a sociedade. Isso é entendido por Fátima como uma questão que leva os pais a já se posicionarem apresentando as crianças a partir daquilo que choca: ele morde, ele me agride, ele “me tira pedaço” (sic). O choque após o diagnóstico é associado a uma ideia de normalidade:

[...] a família tem todo o traquejo para lidar com alguma coisa que não seja o absolutamente normal, e absolutamente normal não existe, né? Nenhuma criança consegue ser absolutamente normal nesse mundo tão maluco (FÁTIMA).

A suposição trazida aqui por Fátima é a de que há uma relação entre o estilo da criança e o modo como o mundo está organizado. Essa suposição aparece em outros momentos de seu relato como algo importante, que sustenta sua prática, como um jeito de constantemente se perguntar: “o que fazer com isso?”.

[...] eu falo assim: “o educador é o cara que incomoda”. Se não incomodou, você não é educador. Então, acho que Educação é com as pessoas que se incomodam, que são capazes de incomodar e, a partir do seu incômodo, incomodar o outro [...] (FÁTIMA).

Incomodar, para Fátima, é o que faz com que as posições subjetivas possam ser deslocadas – e isso, na sua concepção sobre a função da escola, é essencial. Mas que incômodo é esse? E que espaço a escola é capaz de produzir?

[...] eu tenho boas histórias, as boas histórias que eu tenho são do A. [escola onde trabalhou, na cidade de São Paulo] de famílias que conseguiram com esse aporte da escola, com essa escola que não é só para criança, que é para bairro, para a cidade, que é aberta, que tem show, que tem música, que tem capoeira, que é uma ferramenta aí da cidade, que ela faz parte de um conjunto [...] (FÁTIMA).

Fátima mostra-nos, assim, sua aposta na potência da escola como espaço que faça aportes às crianças e às famílias, que seja uma ferramenta de construção de pertencimento. Mas conta que esse não é um projeto simples.

[...] muito solitário, você tendo que convencer a tua equipe, não só os professores, porque os diretores também não querem crianças com problemas [...] de verdade ninguém quer problema, o pai não quer, a escola não quer, ninguém quer, né, e aí todo mundo deixa de olhar para si mesmo, e vê que você também é um problema. E você está fazendo, “então vamos lá, todo

mundo junto”. Mas as pessoas perderam essa noção de conjunto, de coletivo, é muito difícil o trabalho.

[...] é muito gostoso, mas é muito triste você ver em que meandros a educação se mete, né, então assim, alguns respondem através da escolarização, outros do “eu vou fazer tudo que vocês quiserem, e vocês não tiram os filhos”, e cobram uma fortuna, os professores são explorados, está escrito na cara deles que estão muito insatisfeitos [...] (FÁTIMA).

Ao longo de seu relato Fátima mostra-nos o quanto o seu investimento pessoal nessa aposta de construção de um projeto de escola que atenda a todos a levou a embates. Ela entende que esses confrontos (tanto com equipe quanto com familiares) estão muito relacionados a uma dificuldade de falar sobre o que é difícil, o que não ocorre como o planejado.

E aí eu acho que a honestidade, a integridade, a pessoa ser verdadeira, né, seria muito mais fácil ela olhar para mim e falar: “está difícil, está difícil, porque eu não aguento, foi muito difícil, está sendo, cada vez está pior”, mas não, ela já vem assim inviabilizando, inviabilizando a troca, e eu sinto isso nos pais em geral, é assim, “não dá”. (FÁTIMA).

Refletindo sobre essas dificuldades do trabalho em paralelo às apostas necessárias, Fátima traz sua experiência com a escolarização de crianças ditas autistas.

Intuitivamente, antes de conhecer a A. [diretora de uma escola em que trabalhou], e de ver a eficácia do trabalho dela, eu trabalhei também numa escola no [bairro da cidade de São Paulo], na Prefeitura, e as crianças que me chegavam lá tinham síndromes severas, e vinham em geral encaminhadas de uma pessoa bem interessante também, a V. da Prefeitura - hoje ela está aposentada, mas ela tinha um trabalho muito, muito intenso. E elas [*as crianças*] chegavam na Coordenadoria, e a Coordenadoria preparava a escola para receber. Então ia, conversava comigo, apresentava o caso, aí eu apresentava o caso para as professoras também sem [*dar detalhes sobre os aspectos clínicos*], e eles ficam muito curiosos assim: “mas qual é? O que essa criança tem?”. Eu falava: “olha, gente, não importa o nome”, porque era assustador, se você fosse ler, você falava “não quero nem chegar perto, Deus meu”. Então assim, a gente tinha um cuidado de pensar: “vamos receber, ver o que dá”, eu acompanhava, ficava junto, né? Era com muita dificuldade de se limitar um espaço, então a gente montava estratégias para elas poderem [*trabalhar*] (FÁTIMA).

Ao se colocar, Fátima explicita o posicionamento ético que a levava a apostar na potência da dúvida, permitindo que ela, intuitivamente (como diz), coordenasse a equipe de professores, criando condições, nas discussões, para que surgisse o questionamento sobre o trabalho pedagógico, e não apenas sobre o diagnóstico. Em seu relato, o que Fátima deixa de

dizer parece revelar justamente a produção do impedimento: dar detalhes sobre os aspectos clínicos impede os professores de trabalhar.

Fátima conta mais sobre sua experiência como coordenadora.

[...] eu adotava o mesmo procedimento dentro da escola, dizia: “olha, vamos receber, vamos ver, eu vou estar junto”. Mas assim, essa menina por exemplo [uma aluna a qual se referia antes], ela mordida muito, então [...] você gera um problema a mais para a professora que já está com muitas demandas para ela. Então assim, precisa de um acompanhamento muito próximo, muito cuidadoso, muito generoso, e nem todo mundo tem essa generosidade, então a gente escolhia a professora que se adequava ao perfil, que buscava esse desafio, porque uma pessoa muito acomodada, ou que não quer problema, já tem uma indisponibilidade para a educação, para o outro, para a vida, então assim fica lá, fica lá, não dá para gente mexer [...] (FÁTIMA).

A escolarização dessas crianças entendidas como autistas, então, representava esse desafio. E uma estratégia adotada por Fátima era a de buscar professoras com o mesmo comprometimento ético, professoras que “buscavam esse desafio” (sic). Essa distinção, entre professoras que buscam desafio e professoras acomodadas, marca a fala de Fátima e se relaciona diretamente com a sua concepção de Educação (entendida como o que é capaz de incomodar). O que incomoda na Educação pode gerar um movimento para buscar alternativas e estratégias para o trabalho, ou pode gerar indisponibilidade e queixa.

Pensando sobre isso, Fátima lembra-se de uma experiência marcante.

[...] agora me lembrei, é uma criança que também faz [local de atendimento em São Paulo]. Eu nem sei, gostaria tanto de saber dessa menina, trabalhava numa escola de nível aqui em São Paulo, bacana, tal, e eu fiz a inclusão dessa menina. Ela chegou assim, eu não sei te dizer, e acho que não interessa se ela era autista, mas ela vinha com uma família muito difícil, uma história muito difícil. Bom, para você ter uma ideia, essa menina nunca comeu, nunca comeu comida, eu cheguei a frequentar, meu filho era amigo da mesma sala, eu pus ela na sala do meu filho, e achei que era uma sala pequena, com uma professora bacana. [...] Inclusive os professores falavam: “mas você viu a menina?”. Então, a resistência que tem de educadores que eu acho cem por cento bacana, mas na hora que pegou no pessoal, e no filho deles... a teoria muda. Essa criança conseguiu [terminar o Ensino Médio], por exemplo. Ela tinha um comportamento muito estranho, não tinha [diagnóstico], ela tinha os melhores neuros, psiquiatras, fonos, terapeutas, ela tinha... acho que seis pessoas. Ninguém fechava o diagnóstico, graças a Deus [...] ela não se enquadrava em nenhum caso, mas ninguém também conseguia normatizar, melhorar, estabilizar. A fono falava: “gente, como que essa menina nunca mastigou? Se ela tem articulação, ela fala” [...] o neuro não sabia, o psiquiatra, ninguém sabia. Fono, terapeuta, era um caso bem difícil.

Ela acabou se formando, ela entrou ela tinha cinco anos, quando eu aceitei fazer a inclusão, já estavam querendo por ela numa escola especial, porque as escolas não aguentavam, ela vinha de uma escola muito tradicional pra essa que era experimental, e aí eu falei “não, eu topo, vamos lá”, e ela se formou no Colegial, sempre com menos exigências de notas, com adequação do currículo pra ela, como eu acredito que deve ser, eu acompanhei nos primeiros anos, que eu pus no G5, ela ficou comigo até a primeira série G5, pré, primeiro, ela ficou três anos comigo, e depois ela seguiu. E ela absolutamente, ela só vivia de potinhos da Nestlé, ela só comia comida de bebê, daquelas sopinhas, sem esquentar, sem manipular, e só se ela abrisse e comesse, ela comia um por dia, ela só comia isso, no aniversário dela ela fazia assim, não lambia nem nada, um dia eu encontrei com ela com um pacotão de pipoca, eu ah, você está comendo pipoca, ela [faz gesto de lamber e jogar fora]. Um caso assim.

Outro dia eu estava falando com o meu filho, nunca mais a gente soube dela, ela falou: “mãe, ela não está nas redes sociais, ela não está em lugar nenhum”, eu falava: “nossa, que vontade [*de encontrá-la*]”. Tem alguns alunos que eu tenho vontade de saber o que aconteceu, tem outros que eu achava que iam dar [*algo ruim*], nossa, crianças que hoje eu encontro e falo nossa, como que os meus prognósticos falharam, como eu não sei nada, crianças que me deram muito trabalho, há trinta anos atrás, para alfabetizar, que não viajavam sem eu estar junto, que de repente estão aí fazendo sucesso, super bem, com família. Que bom que eu me engano! E que bom que não se cumpriu aquilo que, porque o ser humano para mim é uma caixa de surpresas, você nunca sabe o que é possível (FÁTIMA).

Sobre essa experiência marcante, em um segundo encontro, questionada sobre como havia sido o processo de escolarização dessa menina, Fátima relembra que se tratava de uma estudante que não tinha muitas dificuldades em acompanhar a turma nas atividades. A questão que mais marcou essa experiência foi a transformação da menina na maneira como se relacionava com os outros: inicialmente, não fazia muito contato com os outros, mas, com o passar dos anos, foi se interessando pelas outras crianças e querendo estar junto – nem sempre sendo bem acolhida. Ao falar sobre isso, Fátima repensa a relação das professoras com os alunos ditos autistas de quem falava.

[...] [*a inclusão*] é quase tentar pôr uma coisa que parece que não caber naquele raciocínio que fizeram, que montaram ou que foi montado, não sei o que acontece. O fato é que você tenta entrar por uma porta, por outra, mas não vai. [*a equipe diz*] “Ah, é mesmo, um ser humano, sensível, mas eu não quero, eu não sei o que fazer, você sabe”. [...]

E eles não sabem mesmo, não sinto que é má vontade. Claro que tem coisas que mexem muito né? As atitudes são agressivas, então as pessoas ficam chocadas, a mãe já chega falando “cuidado que ele morde” né? [...] Se você não é uma pessoa que se sente capaz de se aproximar, você pensa, “nossa ele morde, vai me marcar” (FÁTIMA).

O que parece não caber no raciocínio pedagógico? O estilo subjetivo das crianças. Fátima questiona-se sobre isso, lembrando de um período em que trabalhava como formadora no magistério. A conclusão a que chega é que a formação inicial do professor não o prepara para o encontro com estilos diferentes.

E, pensando nisso, quando refletindo sobre o que pode favorecer essa inclusão, Fátima relaciona a importância da constituição de um coletivo no ambiente escolar. Um coletivo que pense junto.

Esse coletivo e muitos mais são difíceis de criar. Então você imagina uma pessoa que tem um comportamento um pouco mais diferenciado... se não tem coletivo, cada um por si, o que ela vai fazer ali na escola? Ela fica sem ter o que fazer né? Na escola, no mundo, no restaurante, onde quer que seja (FÁTIMA).

Um coletivo de profissionais da Educação que se questionem sobre a função da escola e sobre o trabalho em cada caso, com cada criança. Por isso, ela pensa:

[...] Eu acho limitante esses diagnósticos, eu acho que procedimentos da Prefeitura pelo menos na época, eu saí em 2011, era corretíssimo de não explicitar, ou explicitar para as pessoas que você sabia que não iam se assustar, que não iam olhar como monstro, chegou na escola, e agora. Quem tinha um trabalho bem bonito também aqui de inclusão que nossa, era uma escola aqui na Vila Madalena, ela deve ter se aposentado também, uma Diretora, nossa, mas ela pegava menino no colo, levava nas escadas, que o menino não conseguia subir, fazia um trabalho, tem muita gente legal, muita gente boa, muita gente bacana trabalhando (FÁTIMA).

Por outro lado, admite que nem sempre a equipe organiza a escola de forma a estar aberta para receber a todos. Sua conclusão é que essa abertura está intimamente relacionada à posição da direção da escola, mas também à receptividade dos professores.

Nas escolas a equipe não é tão receptiva, né, tem muitas dificuldades, então assim, em todas as escolas, nem todas né, nas escolas pelas quais eu passei, a depender, a direção um pouco, em algumas escolas a direção não queria, já barrava antes de chegar. Em algumas escolas a direção queria, as crianças entravam, e quem barrava eram os professores.

Isabel - E barravam como?

“Ah, não dá, essa criança não dá, essa criança morde, essa criança grita, eu estou falando ele começa a gritar, ele começa a se bater, não dá para ele ficar na minha sala, o que ele vai fazer, vocês querem que ele faça o que lá dentro, que ele fique gritando? A mãe tem que vir ficar junto”. Aí você tentava criar um esquema da mãe acompanhar, para quem sabe a professora se sentir mais

segura, mas também para essa mãe entender, então assim, mas a mãe não era tanto o problema entender, porque a mãe estava acostumada com o filho, mas às vezes também tem a reação das crianças, a reação da professora, a rejeição né, porque ao fim e ao cabo era uma rejeição, eu não te quero aqui, sabe como é que eu não te quero? Não tem mais nada para gente fazer.

Tinha questões assim, dela ter um atendimento especial, né, da criança trazer a mãe, às vezes as crianças questionavam, porque que a mãe vem, porque que tem alguém que cuida só dela, mas por outro lado tinha um chamar para brincar, por junto, as crianças faziam a inclusão com muito mais facilidade do que os adultos. Nesse sentido eu acho que tem algumas questões que afastam, e tem algumas que aproximam. E eu acho que não é o comportamento, não sei o que é. [...]

Isabel - Não se sabe o que fazer com essa questão.

Não se sabe. E eles não sabem mesmo, não sei se é má vontade. Acho que tem coisas que mexem muito, as atitudes são agressivas, então as pessoas ficam chocadas, a mãe já chega falando “cuidado, que senão ele morde”. Terrível, né, você chegar e falar a primeira coisa do seu filho, que ele morde, toma cuidado. Se você não é uma pessoa que...

Isabel - Como se aproximar dessa criança?

...se sente incapaz de se aproximar, você já fica assim, “nossa, ele morde, vai ficar marcado”. Então também acho que a família, também fica assustada também, quer prevenir, provavelmente já teve situações de gente gritar, vai saber. Mas parece que é um conjunto de fatores que conspira pra que a coisa se persevere, vai ficando cada vez mais difícil de tirar, é um círculo perverso, de uma perversidade no lidar com essas crianças, pelo menos na maioria dos casos. Quebrar esse círculo cruel pra mim é um desafio, principalmente quando você esbarra no outro, que o outro fala: “fica você”. Eu já cheguei muitas vezes a ficar, vai ficar comigo, eu fico, mas não era para ficar na minha sala, entendeu, eu ia em momentos coletivos, então marcava, vou marcar o seu horário de parque para a gente começar a adaptar, eu fico junto, você fica com as suas crianças, eu vou, fico junto, e você vai vendo como que vai misturando esse caldo. Mas as pessoas aí atribuem a você tem jeito, você é boa nisso, eu não, eu não aguento, com você ficou, depois comigo, você virou as costas, começou a gritar, e aí vai, a ladainha clássica (FÁTIMA).

Fátima nos mostra que a entrada desses alunos muitas vezes gera medo, susto ou espanto. Porém, quando o encontro é tomado como contato com o diferente (e não o anormal), essa posição pode ser deslocada. Mas isso é entendido como um desafio. Desafio a ser pensado pela equipe, em conjunto – e não por um saber externo que define o que deve ser feito. O que a entrevistada nos mostra é que quando o diferente gera uma questão para a prática da professora, há a possibilidade de uma construção de parceria entre a equipe.

Essa menina que não comia [...] ela não tinha um diagnóstico fechado, ela veio com quase fechado, porque ela já estava falando um pouco sozinha, já estava sem querer contato, só falava com as formiguinhas no chão, todo mundo

[comentava] “ela está falando com as formigas, sabe?” [...] foi [*um trabalho*] de sucesso, a família não sabia como agradecer, porque tinha sido indicado colocar ela numa clínica, pra crianças com distúrbio, sabe Deus que distúrbio, mas [*uma clínica dessas*]. E aí você vê o quanto fica estereotipado, e como remar contra essa corrente, contra essas pessoas que tem uma visão tão limitada de achar que aprender é saber fazer conta, isso o professor fica muito angustiado, quando os alunos não aprendem aquilo que ele acha, talvez igual eu, fico angustiada quando meus professores não aprendem aquilo que eu quero que eles aprendam, porque é muito difícil você querer passar e é frustrante, né, talvez seja a mesma frustração que a minha, de falar como que eles não aprenderam, né, nossa, eles tinham que ter aprendido, eles são irrecuperáveis (FÁTIMA).

Fátima revela-nos que, em sua experiência, o grupo de professores foi extremamente importante para sustentar o trabalho dentro da perspectiva da inclusão escolar. Pensando que a Educação é algo que incomoda, os “incômodos” vindos de seu trabalho cotidiano não serviam como algo que a imobilizava, mas sim como disparador e construtivo.

5.3. Sobre Marina

Conheci Marina por meio de Biancha, minha orientadora, em um momento em que a acompanhei em uma reunião com educadores do AEE e coordenadores da rede pública em que Marina trabalha. Muito afetuosa e receptiva, contei a ela sobre minha pesquisa e a convidei a participar. Nessa conversa, contou-me sobre a construção dos projetos que coordena na rede, em especial do Atendimento Educacional Especializado. Esse trabalho havia começado há poucos anos e teve como ideias primordiais a descentralização do AEE e favorecimento da ida dos alunos, que antes frequentavam um AEE exclusivo, para as salas comuns das escolas regulares.

Na época, como a gente era Governo, a gente estava na Secretaria da Educação, e estava na Saúde, então a princípio seria fácil a gente pensar numa ponte para o atendimento. Então o que a gente fez, a gente pegou uma listagem mesmo de todas as crianças que eram atendidas, e falou “fulano vai para tal UBS”, fizemos esse quebra-cabeça, na ingenuidade de que isso prontamente se resolveria, e que isso prontamente se estabeleceria esses atendimentos, né? Que mesmo que lá não acontecesse o atendimento os quais a gente fica acreditando que essas duas áreas fariam, para os pais eles tinham lá o atendimento, porque quando a gente vai para Saúde, a princípio muitos, tanto fonos como psicos dizem que não vão atender as crianças, porque [*são pessoas que dizem que*] não tem o perfil para o atendimento dessas crianças. E aí eles ficam de fato sentindo-se muito abandonados, porque eu vou para lá e não atendem, e lá minimamente atendiam. E o que a gente cuidou também nessa época, para as crianças irem para escola, porque a gente tinha muita criança que

ainda não ia na escola, que estavam só nesse atendimento duas, três vezes, ia na escola só uma vez por semana, era o inverso da lógica.

Isabel - Exclusivo, né?

É. A gente então falou assim olha, vamos minimamente garantir cuidadores, para minimamente a gente fazer uma porta de entrada para essas crianças. Isso gerou depois um outro problema que agora eu estou colocando na ordem, né, que é essa coisa dos cuidadores que foram para unidades escolares (MARINA).

Esse trabalho, segundo Marina, era de implementação do AEE com a perspectiva da escolarização dessas crianças, não com foco na complementação do atendimento em Saúde – o que antes era mais central. E para favorecer esse descentramento, o primeiro passo foi a entrada da figura do cuidador nas escolas. O que foi avaliado por Marina da seguinte forma.

Porque não é uma demanda [de apropriação do processo de inclusão], é uma demanda temerosa na verdade, porque ao olhar para isso, você tem que olhar para muitas outras coisas. E fica sempre um lugar de que é mais uma coisa, entendeu? Para as professoras também é isso, né, trinta e cinco mais um, né?

Isabel - O “aluno de inclusão”.

Isso, o “aluno de inclusão”, então essa relação, essa é uma relação difícil. Aí quando terminou o ano passado, já um pouco cansada, porque aí tem essa coisa de falta cuidador não sei aonde, a escola quer o cuidador previamente, antes da criança chegar já quer que tenha alguém lá a postos esperando a criança, essa relação entre a criança e o cuidador na verdade é ele que muitas vezes está fazendo o papel de professor, e ao mesmo tempo você vai dizendo que não é para ele fazer esse papel, mas ele também está numa cilada, né? E a princípio os cuidadores eram estagiários, então ficava muito assim, eu ficava muito sensibilizada, porque ficava pensando bem, eles estão estudando Pedagogia, para se tornar professores. E aí estão numa incumbência que nem os permite exercitar isso, porque eles têm que fazer uma outra coisa, então de fato ele também não se apropria da escola, ele se apropria daquele sujeito, e daquele sujeito que tem uma entrada na escola de uma forma da qual a gente não considera que seria a mais adequada. Claro que há exceções, sempre se encontra, se você for falar, ainda bem que tem boas histórias (MARINA).

Para fazer a virada na articulação entre profissionais que atendessem a esses alunos, evitando a exclusão a partir da tomada da figura do cuidador-estudante de Pedagogia como exclusivo do aluno, Marina conta o processo formativo que precisou que acontecer.

E aí o que é que eu fui pensando, tem os AEs que ficam nas creches. Então eu falei vamos abrir, que de repente tem AE, porque entre cuidar e educar vamos acreditar que essas pessoas têm maiores condições de navegar entre esses dois lugares, do que o menino ou a menina que ainda está em processo de

formação. Foi aí que eu achei que isso foi uma mudança importante, quando a gente começa a retirar os estudantes, e pôr os AEs. Essa é uma estrutura que eu considero que foi um momento importante, e quando também a gente cria mesmo uma Portaria que vai designando a função, quem é o cuidador. E aí criamos uma comissão, porque vinha tanto pedido também, então toda semana alguém me chamava. Isso também me irritava, porque essa incumbência alguém, não precisa me chamar, alguém da escola tem que ser capaz de ver, cadê o ATP, cadê o Supervisor que é responsável por essa escola, porque que ele não pode ir lá ver essa criança [...] Se nesse momento as Coordenadoras das escolas ainda se sentem muito incompetentes pra isso, até porque a gente também está num momento de implementação de uma política, de uma nova proposta curricular, tudo bem, alguém tem que se responsabilizar por isso aqui. Então centralizei na figura dos Técnicos da Secretaria, porque falei olha, os ATPs e os Supervisores minimamente precisam ter autonomia dentro da escola, para ajudar minimamente essa pessoa que está, e aí esse ano foi legal isso, essa foi uma das empreitadas melhores nos últimos tempos, porque eu coloquei os ATPs, que são os Técnicos Pedagógicos da Secretaria, na formação junto com as Professoras do atendimento educacional (MARINA).

Fica evidente nesse relato a importância que esse aspecto formativo tem na sustentação do atendimento. Isso é destacado quando Marina conta sobre o processo que foi trabalhar com a montagem dos Planos Educacionais Individualizados (PEI) com os professores do AEE – professores esses que foram selecionados sem a obrigatoriedade de serem especialistas em Educação Especial.

O que a gente fez, porque todo mundo muito cru, porque os professores que vieram, não sabem fazer o Plano do AEE, né? Então nós fomos fazendo passo por passo. [...] Então a gente começou do básico, discutindo quem é o público alvo, porque é o público alvo, como é que a gente faz a observação, agora que a gente começou a montar o Plano do Atendimento de fato para o segundo semestre. Mas um por um. Então eles fazem, essas reuniões eu fiz junto com a F. [professora de AEE de outra rede, convidada para participar das reuniões]. Eles trazem os cadernos, os registros, aí a gente ouve sobre as crianças, e diz qual o objetivo que você colocaria, porque também sair do objetivo genérico, daquele objetivo que a gente acha que é do atendimento [...] Então a gente foi fazendo o Plano, e na Educação Infantil, como a gente não retira as crianças, e eles tem que fazer o atendimento, tem que fazer o acompanhamento... (MARINA).

Isabel - Junto.

... na sala, junto, isso eu comecei só no segundo semestre, porque eu fiquei com medo, um monte de gente. Era muita função. E é muito difícil mesmo, eu entendo porque é dentro, eu tenho que ver dentro, tenho que ver no atendimento, se você é capaz de reconhecer na sala. Depois como é que você usa a informação que você tem da criança no atendimento, para casar com a informação que você precisa construir com o professor. [...] Mas mesmo assim isso deu bastante trabalho pra gente ir construindo, quer dizer o que é jogar um jogo no atendimento, então sei lá, ela falava eu espalhava um monte de

jogo, eu dizia aí como é que faz, não, porque ele não joga esse, eu dizia então, se ele não joga esse, então você já sabia. Desde essa coisa de falar vai jogar, pergunta para ele como que ele joga, deixa ele jogar. Ah, ele joga assim, tenta jogar você do jeito que ele está jogando. Ah, tá bom. Joga uma, duas vezes. Se ele não cria regra, ajuda ele a criar regra. Quando é que eu ponho essa, posso por qualquer uma, quer dizer, criar uma outra condição ideal, para depois a gente falar, ele tem um jeito de jogar, deixa eu te ensinar o meu jeito de jogar. Então a gente foi fazendo isso passo por passo (MARINA).

Isabel - Para trabalhar a escuta mesmo, né?

... para aprender a escutar mesmo. Então aí, isso é legal de fazer, eu acho. Então elas veem que tem um mundo [...] porque a gente também vai vendo que as pessoas têm facilidades para algumas coisas, não tem facilidades para outras, e aí esse que é o cuidado, porque a gente fica macaco velho, mesmo de ver uma coisa, você já vai pensando em outra, será que daria pra fazer isso, isso e isso (MARINA).

Um exemplo que ocorre à Marina dessa parceria na montagem do PEI ajuda a pensar a importância desses momentos formativos de discussão.

Esses dias eu ia até escrever disso, mas o tempo passou. A R. [professora de AEE da rede] que é uma dessas meninas, ela um dia me ligou, depois que a gente tinha feito toda essa reunião com elas, aí a gente fez quase um encontro individual mesmo, eram quatro Professores pra quatro horas de trabalho. Eu e a F., ela foi, fez um tanto de coisa, aí um dia me ligou, eu falei tal dia estou aqui, se tiver dúvida. Ela falou eu estou com muita dúvida, eu posso ir aí? Pode, marquei uma tarde. Aí veio ela com um caderno, que era para discutir se uma criança, um menino bastante interessante por sinal, e aí a gente começa a discutir. Aí ela está com um papelzinho assim, porque ela tinha escrito lá como objetivos tipo assim, garantir a socialização dele, e do outro lado, quando ela mesma vai olhando o caderno dela, ela começa a pôr em dúvida o que ela colocou no objetivo. Então ela é tão, porque do lado ela vai falando assim, “mas isso aqui ele tem, se isso aqui ele tem, e eu estou dizendo que é para fazer isso aqui, então o que eu faço agora?”. Porque o que estava em jogo na verdade, é que ele, na verdade o que a gente estava questionando, é se de fato ele precisa do atendimento especializado, mas como ela ainda não é capaz de formular essa pergunta para si própria, porque ela se acha nesse lugar de que bem, se ele está aqui é porque ele precisa, então é bonito ver isso, sabe, de quem vai tentando ali, fazendo aqui tem, mas aqui tem, um primor assim, isso eu acho bonito (MARINA).

Isso evidencia a importância da parceria entre profissionais da Educação. O professor do AEE, que nessa rede não é uma pessoa com especialização, é mais um profissional que compõe a discussão sobre a inclusão, pensando os objetivos na escolarização dessas crianças. Sua importância na escola é a do olhar e da escuta específica relativa ao processo de escolarização do indivíduo, o que é um constante exercício, segundo Marina.

Então essas professoras do AE agora, esse exercício de tentar entender de fato o que é esse Projeto, uma certa humildade, e dispostas mesmo de falar isso aqui não dá, vamos tentar de novo. [...] porque até os Técnicos da Secretaria e as próprias Coordenadoras Pedagógicas que eu tenho lá nas escolas não conseguem dar um acompanhamento na sala de fato [...] quem está para esta função não dá conta de fazer isso, a Coordenadora Pedagógica não dá conta de fazer isso, os próprios ATPs da Secretaria fazem isso, mas com muita tutela, eles tem que vir e perguntar pra mim várias vezes, eu tenho que sentar e dizer, conta pra mim da criança, então imagina essa professora que acabou de sair da sala de aula, mas esse é o frescor que eu acho que é diferente do especialista, ela ainda tem o pé na sala. Então quando ela vê aquela professora, ela de certa forma se reconhece e fica no desespero que pode servir tanto para o bem quanto para o mal, pode paralisar por um lado, mas ela pensa “faz muito pouco tempo que eu estava lá, eu acho que eu faria a mesma coisa que ela está fazendo, né?” [...] É, achei que pra eles foi a virada, e também porque eles não são especialistas, então eles estavam nessa condição de dúvida, né, será que isso, será que isso...? (MARINA).

Isabel - Interessante isso, que os professores da sala regular, que essas dúvidas sobre essas crianças, elas não fazem com que eles apostem em alguma coisa, não é, é como se o especialista guardasse o caminho e o parâmetro, né?

Isso. E aí quando entram esses dois que não são especialistas, são professores de Arte e Educação Física, com essas atividades propostas, é isso que eu dizia pra Coordenadora que estava lá comigo, eu falei, “ó, então né, foi muito legal”, porque eles passaram um filmezinho de uma capoeira das crianças jogando, depois eles tinham que jogar, e tem um desses meninos jogando capoeira, participando efetivamente no gingado, e a cena é bonita, porque o menino que está jogando com ele joga muito bem. Então o menino começa muito devagar, esperando ele dar o movimento. Quando ele percebe que ele dá o movimento, ele vai pra frente, fala agora chega, né, vamos lá, vamos agora, porque também chegou a minha vez. E isso exige dele que também saia dessa coisa de que qualquer movimento que eu faço tá bom, porque eu acho que as crianças também ficam muito refêns, qualquer coisa que eu faço, ah, então a gente está muito desmedido ainda entre o pouco e o nada, e aquilo que eu faço, eu poder olhar aquilo e OK, vamos pro próximo, é assim mesmo? (MARINA).

O grande trabalho realizado pela equipe nesses momentos formativos reside nessa ideia da construção de parâmetros que não são exteriores às crianças, mas que também não as deixam em uma situação de desimplicação de seu papel docente nem de indiferença frente o planejamento.

E as crianças consideradas autistas? Como elas aparecem na história pessoal de Marina? Ela nos conta que surgiram logo no começo de sua prática como docente, em uma outra rede no Estado de São Paulo. Marina iniciou um percurso profissional em uma escola de Educação Especial, que muito se assemelhava a uma clínica de atendimento multiprofissional, em um momento de transição, em que as crianças estavam começando a frequentar as escolas

regulares. Seu primeiro contato com crianças que ela denomina como “crianças beija-flor” foi assim.

E aí começaram a chegar as crianças, e chegavam umas crianças que a Priscila brincava comigo, baseada no Bispo do Rosário, que pareciam uns beija-flor. E eu me dava super bem com os beija-flores, eu tinha uma coisa assim, deixava a coisa um pouco acontecer. Quem sabe justamente por isso, eu não conseguia usar a caixa [lúdica], então eu me via livre um pouco junto com aquelas crianças, para tentar encontrar com elas um percurso para nossa aproximação, um percurso para gente se conhecer, e aí eu tive grandes encontros. Crianças que foram muito importantes, porque de fato me constituíram enquanto professora [...] que me desafiaram mesmo, me vi perdida, tentando encontrar. [...] Eu lembro de um menino que chorou, acho que deve ter chorado uns seis meses [...] e esse menino eu faço uma aposta que na época eu achava, você vê, eu era muito ousada mesmo, ele tinha cinco anos, eu fui fazer um Conselho com o pessoal da Escola, e na hora do Conselho alguém disse, “ele vai pra Escola Especial o ano que vem”, e eu levei um susto, eu falei “mas como assim, ele não vai pra Educação Infantil?”. “Não, imagina, do jeito que ele está respondendo, não tem a menor perspectiva” (MARINA).

Isabel - O único atendimento dele até então era lá.

Era lá. Aí eu falei não, gente, não pode, ele é muito pequeno, ele tem quatro anos. [...] eu lembro que eu fiquei muito brava, eu falei “aqui está parecendo um guarda-roupa. A gente abre e escolhe, fulano vai para tal lugar, sicrano vai...”, e eu lembro que o L. que era psicólogo lá que trabalhava comigo, ele falou “o que você quer fazer?”. “Deixa eu levar ele para escola”. “Você é louca, quem que vai querer?”, vou lá fazer o meu trabalho na escola, eu falei “eu me comprometo, se vocês me derem, o transporte, ao invés dele vir para cá, ele vai para escola, e eu faço o acompanhamento dele lá na escola”. “Quem que vai querer? Que escola? Ele mora longe”. Aí tinha uma escola que era de uma Diretora bem legal que eu conhecia, e eu liguei, eu falei tem um menino assim, que mora aí perto, ele nunca foi para escola, eu queria fazer uma experiência, ela falou “vem cá”, porque eu acompanhava uma criança lá à tarde. Ai eu fui e falei dois dias na semana eu venho, a perua pode trazer, eu vou chegar aqui tal hora, ela falou “então tá bom, manda a mãe vir aqui, que eu não vou nem fazer matrícula”. Eu falei não tem importância. Aí a mãe vai. Quando a mãe vai, a mãe entra na escola, a mãe chora, e diz que nunca imaginou que o filho iria para a escola. Aí a Diretora me liga e fala desculpa, eu fiz a matrícula, porque a gente é muito assim né [...] eu falei “vai dar problema, vamos guardar segredo, depois a gente conta que a gente fez a matrícula”. Ai a gente matriculou e eu ia acompanhá-lo na escola, foi por pouco tempo, ele supriu as expectativas (MARINA).

Isabel - Ele não chorou daquele jeito.

Não. E teve quem acolhesse, tinha uma Coordenadora bem legal, e a gente foi vendo, quando ele chegou em casa a primeira vez todo sujo de tinta, a mãe ficou super feliz. [...] E quem sabe tenha sido ele que fizesse com que eu permanecesse assim diretamente fazendo esse papel, porque depois eu fui acompanhá-lo na escola, e foi nessas relações que eu fui entendendo a hora do

desligamento das crianças, que para algumas pessoas era tão difícil, e para mim era um dos momentos em que eu ficava mais emocionada. Quando eu percebia, quando a criança me dava indícios de que ela não precisava mais daquele meu acompanhamento (MARINA).

Isabel - O que é difícil, né, é difícil pra caramba, você assume que o seu trabalho não é mais necessário.

Então esses meninos foram quem me ensinaram isso, [...] tinha um outro menino. Na sala dele tem uma janela, não é brincadeira, uma janela aberta. Eu lembro de um dia que eu entrei, ele pulou a janela. Mas o difícil era convencer as pessoas de que aqui tinha um sentido: “olha, é isso que ele está querendo dizer, gente, o menino pulou a janela, eu entrei, ele pulou a janela”. [...] Outro menino, o G., com ele era como se eu nem estivesse presente. De repente eu vejo alguém me puxando, e dando a cadeira para eu sentar, eu olho, era o G. “OK, estou presente, o G. me deu a cadeira, senta, senta”. Então foi com essas relações, foi aí que eu entendi de fato qual era o meu trabalho. Então foram essas crianças que me ensinaram isso, entende? (MARINA).

O que Marina nos ensina é a importância de dar sentido às atitudes das crianças, pois elas nos dizem muitas coisas, mesmo sem falar diretamente conosco. Essa compreensão sobre seu trabalho revela um entendimento de que os parâmetros para a escolarização não precisam estar predefinidos, mas que podem ser pensados caso a caso. No primeiro caso que conta, do menino que não tinha a perspectiva de ir para a escola regular de Educação Infantil, Marina aponta para a importância da aposta na escolarização dessa criança. Aposta essa que levou para uma construção conjunta de um trabalho pedagógico com muita significação, que levou esse menino a lugares que antes não pareciam ser possíveis.

Apostar significa dar valor ao envolvimento dos profissionais. Quando Marina diz que a escola tinha “uma diretora bacana” ou uma “coordenadora legal”, entendemos que essas experiências potentes de inclusão em escolas regulares só foram possíveis porque os profissionais envolvidos eram comprometidos eticamente com a escolarização de todos. É essa posição ética que faz com que a equipe pense os aspectos individuais da inclusão daquela criança. Por isso, Marina aponta.

A escola ainda não tem a dimensão disso que ela faz, ela não tem essa dimensão (MARINA).

Isabel - Porque tem a ver com essa perspectiva tradicional, que você fala que as escolas têm, ela precisa do registro, que tipo de registro essa criança pode fazer.

É. E eu tenho achado isso mesmo, a gente também precisa aprender a nomear essa criança com muita clareza. Porque eu acho que quando a gente aprende a

nomear isso, me põe nesse caminho. Então o que é que ele fez, como é, que nome se dá para isso. Eu acho que a gente precisa aprender a dar nome a essas coisas (MARINA).

Isabel - E outro nome, né?

Outros nomes (MARINA).

Isabel - Que não são aqueles nomes psicologizantes.

Então se a gente conseguir dar outros nomes a isso, eu acho que a gente vai dando às crianças o lugar de quem aprende, é que eu acho que a Pedagogia não deu conta de fazer isso. Ela não deu conta de dar esses outros nomes (MARINA).

Com isso, Marina conclui que é importante sim que a escola possa nomear as crianças, uma vez que isso é importante para se pensar os objetivos em sua escolarização. Entretanto, esses nomes não precisam ser designadores de patologias, mas sim do estilo pessoal da criança. Ou seja, ela aponta para um caminho que tem a ver com a construção de uma compreensão do campo da Educação sobre o que a escola pode e deve oferecer para as crianças.

5.4. Estar juntos na escola para todos: o que a experiência revela

As entrevistas de Fátima e Marina nos apontam elementos importantes para discutir a escolarização de crianças com diagnóstico de TEA, bem como para pensar os efeitos, para professor e escola, da presença dessas pessoas na instituição. Ambas as entrevistadas nos mostram que há algo para além do conhecimento técnico que move o trabalho do professor. Esse “algo a mais” está presente na própria maneira como se dão nossos encontros: ambas não nos apresentam algo pronto, pensado de antemão; vão refletindo sobre suas experiências e as ressignificando ao longo de nosso encontro.

Fátima e Marina nos fazem pensar sobre suas experiências a partir de outras experiências. Seus saberes não são apresentados como algo que as coloca em posição superior à pesquisadora – cujo tempo em sala de aula é muito menor do que o delas. Aprender juntas aparece como uma possibilidade. Essa característica aparece em oposição ao que Fátima nomeia como “limitações nesse pensamento pedagógico”, ou seja, como aquilo que impossibilita o contato com a diferença. Para Fátima, essa limitação tem a ver com a formação do professor, que não permite que este se sinta capaz de se aproximar dos alunos com diferenças significativas.

A importância do “estar junto” também é destacada por Marina. Ao relatar a construção do atendimento educacional especializado na perspectiva inclusiva que vinha sendo feito no território em que trabalha, Marina nos mostra o quanto os encontros coletivos entre profissionais – professores, professores do AEE, técnicos, coordenadores – era valioso. Valioso porque formativo, para que os profissionais praticassem o que é escutar e observar seus alunos.

Pensando, então, quais aspectos estariam associados a essa noção de formação que as entrevistadas trouxeram em seus relatos, organizamos os elementos trazidos por elas em duas categorias: a importância da equipe na construção de um projeto de escola para todos e o lugar do diagnóstico na inclusão escolar. A partir delas, pensaremos os aspectos do trabalho docente e da organização da escola para todos.

5.4.1. A importância da equipe na construção de um projeto de escola para todos

Tanto Fátima quanto Marina nos mostram a centralidade que a equipe e a forma como ela se constitui tem na sustentação da prática do professor no encontro com as diferenças na sala de aula. Ou seja, para ambas, a equipe da escola é fundamental para que o acolhimento de crianças público-alvo da Educação Especial seja realizado de uma maneira atenta às necessidades específicas deles. Isso significa que ambas entendem que, para que a escolarização e seus aspectos mais particulares sejam pensados para as essas crianças, especialmente para as crianças com diagnóstico de TEA, é essencial que a equipe trabalhe junto.

Isso fica claro na fala de Fátima, quando ela relata um caso que a marcou. Ao pensar sobre os efeitos da entrada na escola para essa menina (que chegou até a se formar no Ensino Médio da escola), Fátima pensa a importância da sustentação da coordenadora (no caso, ela) em um trabalho de *aposta* na escolarização da menina. Dizemos *aposta* justamente porque se tratava de uma menina sem um lugar pré-estabelecido: ela não tinha diagnóstico nem prognóstico, não se sabia o que causava os sintomas dela nem o que ela seria capaz de aprender. Ao apostar na importância da escola na vida dessa criança, Fátima nos mostra o quanto o investimento é essencial para que algo possa ocorrer: essa menina mostra que não tem grandes dificuldades ao fazer as atividades, mas que tem algumas dificuldades no estar junto com os colegas. Se não estivesse aberta para ouvir e observar o que essa menina poderia lhe mostrar, será que Fátima teria visto ela chegar ao final da Educação Básica com tantas conquistas? Possivelmente não.

Da mesma forma, Marina nos mostra como a reflexão caso a caso feita em parceria é importante também para a professora. Ao falar sobre uma professora que a procura para elaborar o Plano Educacional Individualizado de um aluno, Marina percebe o quanto seus questionamentos fazem com que a professora se questione sobre suas expectativas com relação àquele aluno. Pensar juntas tem uma importante função formativa. Aquela professora tem um saber que provêm da sua formação, mas também de sua experiência em sala de aula. Marina tem outros saberes e conhece o aluno a partir do relato da professora. Juntas, elas passam a pensar em um objetivo de aprendizagem para aquele aluno e, com isso, constituem um plano pedagógico.

Assim como no caso de Fátima, para Marina e a professora responsável por elaborar um PEI para seu aluno há uma aposta na aprendizagem do aluno. E ao pensar que aprendizagem é essa, a professora passa a pensar no tanto que aquele aluno já sabe e em que ponto ele não precisa da mediação dela. Sem esse espaço de compartilhamento, seria possível à professora chegar a essas reflexões? Possivelmente seguiria propondo atividades que o aluno já era capaz de fazer sem apostar em avanços.

Outro ponto de convergência entre os relatos explicita-se quando falam sobre o que faz a diferença entre uma certa posição possível do professor que recebe esses alunos estando disponível para pensar a escolarização de seus alunos com diferenças significativas e uma posição que se incomoda, queixa e rejeita esses estudantes. Ambas as entrevistadas pensam haver algo de distinto na posição individual do docente (essas profissionais que localizam como “professoras bacanas”), algo que é da ordem do posicionamento ético de cada uma, mas que também se refere a sustentar tensionamentos, estranhamentos e, a partir disso, reconhecer que algo das crianças sempre nos escapa. Daí a necessidade de criar espaços e relações para que os próprios estudantes possam experimentar e construir formas de estar na escola.

Fátima, ao pensar sobre isso, localiza a recusa das profissionais que já trabalharam com ela como uma recusa ao diferente, ao estranho que ao mesmo tempo lhes é familiar. Fátima pensa que as pessoas que tem maior disponibilidade para o atendimento desses alunos são pessoas que ficam menos desconfortáveis com o estranhamento e que usam esse sentimento como instrumento de questionamento e reflexão em suas próprias práticas.

Marina, por sua vez, localiza suas boas parcerias como pessoas que estavam dispostas a fazer a inclusão acontecer. Pessoas como ela, que se animavam ao verem se concretizar o direito dessas pessoas de estar no mundo como todos os outros, mesmo que isso significasse muito

trabalho. Ao pensar na sua própria aproximação com essas crianças ditas autistas, que ela nomeia como “crianças beija-flor”, Marina pensa na semelhança entre o estilo dela de acompanhar essas crianças e no estilo das próprias crianças. Tanto ela quanto essas crianças não se encaixavam tanto nas regras e iam construindo mais livremente um percurso juntos. Um percurso que não estava inteiramente pré-estabelecido, mas que tinha como norte a possibilidade desses alunos estarem junto com os outros.

5.4.2. O lugar do diagnóstico na inclusão escolar

Tanto para Fátima quanto para Marina, o diagnóstico (em especial o psiquiátrico) não é tomado como verdade sobre os sujeitos. Isso fica explícito na própria maneira de ambas nomearem esses sujeitos: Fátima usa o termo autismo sempre no plural, o que marca sua relação com a amplitude de sentidos que o termo encarna; Marina usa o termo “crianças beija-flor”, o que marca um afastamento do termo psiquiátrico, ao mesmo tempo que mostra o que lhe chama a atenção nas crianças que já conheceu que tiveram esse diagnóstico (são crianças que pareciam um pouco distantes “do chão”, dos outros).

Fátima, ao falar que também se sente um pouco autista quando se sente em dificuldade no encontro com o outro, marca o quanto a diferença desse grupo entendido como autista está marcada na maneira como eles se relacionam. Por também se identificar com eles, ela nos conta que nunca teve muitas dificuldades em se aproximar e em ouvi-los (mesmo quando não através de verbalizações). Marina também nos conta que se identifica: vê neles uma demanda por agir mais livremente, um incômodo em realizar algo quando são obrigadas por alguém, em não corresponderem a algo que não os interessa.

Por pensarem essas características de forma não padronizada, ambas as entrevistadas constroem suas próprias compreensões sobre os sujeitos que já passaram por suas vidas. Essas compreensões, como nos aponta Marina, são uma forma de nomear a criança, de pensar sobre o que ela faz, como ela é, o que ela já sabe, como ela aprende. Mas não são nomes patológicos. Não são nomes que estão ligados a um raciocínio clínico e que, por isso, se vinculam mais à possibilidade de pensar a dimensão do fazer escolar.

5.4.3. Escolarização não é sinônimo de ensino-aprendizagem

A partir do que recolhemos das experiências das professoras participantes da pesquisa, entendemos que o trabalho coletivo na escola, a partir de uma perspectiva de escola para todos, deve se haver com duas dimensões. Em primeiro lugar, a dimensão de reflexão e planejamento sobre a prática, dimensão essa que é entendida pelas entrevistadas como fundamental para a sustentação da aposta de que todos podem (e devem) estar na escola. Em segundo lugar, a importância da experimentação conjunta, o que nos mostra que as discussões sobre docência compartilhada que são feitas no âmbito acadêmico não estão tocando os próprios processos grupais entre profissionais da educação.

Fátima e Marina nos mostram um percurso pelo qual as professoras puderam abrir mão de metas pré-estabelecidas (fora do contexto da relação com sua classe). Com isso, abdicaram da racionalidade instrumental, apoiando-se nas propostas produzidas a partir do que as próprias crianças mostram ao longo do caminho. Com isso, mostram o quanto é importante conhecer as crianças para poder sistematizar o atendimento e promover essa experiência de escolarização.

Mas o que significa “conhecer a criança”? Fátima e Marina nos mostram que conhecer o aluno está para além do conhecer o contexto social e familiar no qual ele se insere. Também não é conhecer as características de seu diagnóstico. Elas nos mostram que conhecer o aluno é conhecer a maneira como a criança pensa, seu estilo pessoal. E para isso, elas nos mostram o quanto é necessário que a professora aprenda a escutar esse aluno e que tenha um suporte de reflexão no espaço do grupo de professores. Isso – que em muitos casos acaba sendo delegado aos especialistas – é trazido por Fátima e Marina dentro do escopo de trabalho da própria professora.

Com isso, entendemos que pensar a grupalidade na escola vai além de pensar a relação dos alunos dentro e fora da sala de aula. Pensar a grupalidade é também poder pensar a produção de experiências formativas entre professores. O professor não deixa de se formar quando sai da graduação. A formação do professor continua na sua experiência profissional, no campo do encontro, não se sustenta apenas no campo da técnica. Por isso, entendemos, a partir da experiência de Fátima e Marina, que quando a professora não caminha conforme a teoria, caminha conforme sua posição ética – uma ética que dá lugar à diferença enquanto diferença – ela produz a possibilidade de surgimento de novos horizontes.

DE DIAGNÓSTICOS, SIGLAS E SUJEITOS: O QUE SABE, ENTÃO, A ESCOLA?

Em nossa pesquisa, tivemos como horizonte de trabalho a articulação de reflexões acerca do campo de estudo sobre a escolarização de pessoas com diagnóstico de TEA. Considerando-o na intersecção entre Educação e Saúde, nos propusemos a traçar um panorama sobre o campo, discutindo a organização da oferta e sistematização do atendimento escolar a partir da Política Nacional de Educação na perspectiva da Educação Inclusiva. Dessa forma, pudemos discutir os sentidos do diagnóstico de TEA, as perspectivas sobre a aprendizagem de crianças assim diagnosticadas e os sentidos atribuídos à sua escolarização. Nesse percurso, destacamos as determinações históricas presentes no discurso atual e os potenciais efeitos medicalizantes sob a qual que essa proposta de escolarização pode ser tomada. Destacamos, ainda, as linhas de fuga, os gestos de resistência, a criação de encontro entre alunos e professoras que desenvolvem processos ensino-aprendizagem.

No primeiro capítulo abordamos as compreensões sobre os conceitos de saúde e doença pela Medicina e o apagamento da dimensão de sofrimento psíquico provocado pela racionalidade médico-científica. A partir de Canguilhem (1995) e Braunstein (2013), entendemos que a Medicina se organiza segundo uma racionalização que estabelece critérios etiológicos, anatômicos, sintomatológicos e evolutivos cujo propósito é o estabelecimento de um modelo objetivo de avaliação e classificação diagnóstica. Entretanto, no caso da especialidade surgida para tratar das queixas psíquicas – a saber, a Psiquiatria – a relação entre esses critérios não encontra uma explicação orgânica unívoca. Não se cessa a intenção de construção de uma compreensão de sujeito de acordo com uma compreensão biomédica, cuja pretensão administrativa apaga a dimensão antropológica e sociológica do sofrimento psíquico e social. Como efeito disso, temos a prevalência de um discurso que prioriza o biológico como marca identitária (do que a pessoa é), em detrimento do singular e subjetivo.

Entendemos, com isso, que as explicações biomédicas sobre o sofrimento psíquico são formas de tratar elementos que são tomados como sintoma de nosso (mau) funcionamento. Quando reduzida à técnica, cuja preocupação é a restauração do normal, a Medicina busca incessantemente nomear distúrbios e desordens em busca da demarcação e distinção entre “normal” e “patológico”. Essa busca organiza queixas em torno da norma – o que tem um efeito

político. A crescente onda de diagnósticos em Psiquiatria nos mostra como a distinção entre o que é considerado da ordem da Saúde ou da desordem (doença) mental vem sendo borrada, transformando problemas cotidianos em transtornos mentais²⁴.

A evolução da padronização de procedimentos para médicos, herança de uma proposta que buscava uma base empírica para a prática clínica, pesquisa e ensino da psicopatologia, conduziu a uma instrumentalização da profissão. A suposição de que os manuais de Psiquiatria conduziram a uma “língua comum” para se falar e pensar os ditos “transtornos” fez com que a área abandonasse os modelos psicodinâmicos que buscam compreender as causas do sofrimento psíquico. Atendo-se a busca por evidências (orgânicas) daquilo que é entendido como sinal de distúrbio mental, a Psiquiatria abre mão da clássica noção de “doença mental”, adotando a ideia de “desordem” (*disorder*), que marca sua indiferença em relação à etiologia.

Tendo esse panorama como princípio, no segundo capítulo discutimos as mudanças diagnósticas envolvendo o termo “autismo”. Traçamos uma linha histórica, a partir de diversas pesquisas realizadas na área (BERCHERIE, 1980; 2001; PESSOTI, 1999; CIRINO, 2015), para entender o deslocamento operado entre o diagnóstico de autismo de Kanner e o diagnóstico de TEA no DSM. Ao evidenciarmos as distinções sintomatológicas e as marcas que tais concepções deixaram, vemos como existem importantes distinções entre as compreensões do que se interpreta como característica das pessoas assim diagnosticadas. A partir dessa discussão, pudemos entender como os campos epistemológicos se apropriaram do cuidado dos indivíduos associados a esses diagnósticos, chegando à discussão do lugar que o autismo adquire a partir dos manuais de Psiquiatria.

Entendemos, com esse percurso, que aquilo que se chama hoje de autismo, borrado em meio a um espectro de transtornos do neurodesenvolvimento, tem uma marca distinta. O termo neurodesenvolvimento aponta para uma compreensão específica de desenvolvimento, intrinsecamente relacionada à ideia de maturação biológica. Diferentemente de outras concepções (como a de desenvolvimento cognitivo ou desenvolvimento afetivo, abordado por diferentes autores como Piaget (1999) e Bowlby (1990), a noção de neurodesenvolvimento se compromete mais com os aspectos da maturação do sistema nervoso. Tendo esse foco, então, a

²⁴ Fazemos alusão aqui à colocação de Allen Frances, médico psiquiatra, autor do livro *Saving Normal* (2013), que por muitos anos fez parte da força tarefa do DSM. Segundo Frances, as revisões do manual fragilizaram e inflacionaram o diagnóstico em Psiquiatria, tornando-se incapaz de frear o ardil da indústria farmacêutica.

tal abordagem se mostra comprometida com os fatores da motricidade, competências sensoriais, comunicação e linguagem em uma perspectiva biologizante.

Ao ser descrito a partir dessa concepção, passa-se a enfocar os ditos déficits da pessoa, sejam eles sociais, de comunicação, de afetividade, etc. A diferença no modo de ser das pessoas percebidas a partir do crivo do espectro do autismo é descrita a partir daquilo que é entendido como “prejuízo” em seu funcionamento, tomados como “limitações globais”. Por isso, entendemos que, a partir da compreensão de autismo como transtorno do neurodesenvolvimento, aquilo que antes era um diagnóstico do campo da Saúde Mental, passa a estar mais associado ao campo das deficiências. A isso, aglutina-se a noção de incapacidade, característica de um modelo de compreensão das deficiências que é reabilitador, que se orienta pelos ditos prejuízos e impedimentos das pessoas, não reconhecendo os contextos geradores de tais barreiras (BRASIL, 2009). Ao passar a ser entendido como um transtorno orgânico, as possíveis dificuldades enfrentadas por um sujeito entendido como autista passam a ser rotuladas como incapacidades prolongadas, características do transtorno, organizado na forma de espectro para mais sintomas poder abarcar.

No terceiro capítulo discutimos o caminho no estabelecimento de direitos, desde as discussões em nível internacional até o que tange as políticas sociais brasileiras nos campos da Saúde e da Educação. Partindo da discussão sobre a relação entre os direitos humanos estabelecidos e as noções de liberdade, igualdade, solidariedade e mais recentemente, a de responsabilidade, discutimos a importância ética do reconhecimento e da regulação de políticas que concernem à garantia da vida com dignidade e qualidade.

No que diz respeito à intersecção Saúde e Educação, entendemos a importância de pensarmos o atendimento integral e sustentável de todos os sujeitos, reconhecendo que o conceito de saúde diz respeito às pessoas em sua integralidade, e que a Educação deve estar atenta à relação da criança com a convivência social, manifestações culturais da sociedade que faz parte bem como do mundo do trabalho.

Aqui, voltamos a uma discussão proposta já em nossos objetivos iniciais: quando discutimos o quanto a compreensão do público alvo que mais se aproxima dos conceitos de autismo, a saber, o público definido na Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva como TGD, notamos o quanto essa categoria repousa sobre a contradição presente na própria noção de Educação Especial. Isso quer dizer, a entrada de uma categoria, formulada em um contexto clínico, no campo da Educação fabrica uma compreensão sobre os

sujeitos que ali serão categorizados e que deverão ser entendidos a partir da leitura particular da escola. Ou seja, ao utilizar termos e categorias nosológicas do campo da Psiquiatria, a Educação valida uma única e determinada compreensão sobre esses sujeitos. Porém, o termo adotado não é aquele que é considerado mais atual pelos manuais psiquiátricos. Sendo assim, consideramos que há uma certa diferença entre a compreensão tratada na Educação e na Psiquiatria. Por isso questionamos: quem são esses sujeitos para a escola?

Em nosso quarto capítulo mostramos como a escolarização de alunos diagnosticados com TEA é tratada a partir de distintas interpretações. A partir de nossa análise sobre a produção referente ao tema, entendemos que coexistem diferentes concepções sobre o diagnóstico e a escolarização desse público, bem como diferentes posturas frente ao que se propõe à escola. Os aspectos focados pelos pesquisadores dos trabalhos analisados neste capítulo, mostram-nos que a posição teórica dos pesquisadores faz com que assumam como centrais aspectos específicos do processo. As três categorias adotadas em nosso trabalho, a saber: (1) diagnóstico do aluno; (2) ensino; (3) experiência subjetiva e laço social, revelam as especificidades analisadas por cada grupo de pesquisadores.

Com relação à primeira categoria de análise, notamos um foco na questão da comunicação dos alunos e da interação entre esses alunos, seus colegas e professores. Isso revela um pressuposto comum da centralidade desse aspecto no processo de escolarização dessas crianças. Entendemos com isso, uma maior proximidade desse grupo de trabalhos com a concepção psiquiátrica sobre os aspectos daquilo que é chamado autismo, bem como uma suposição da necessidade de garantia de (re)habilitação dos aspectos comunicativos desses alunos.

Sobre a segunda categoria de análise, em que notamos a centralidade nos aspectos do ensino, destacamos uma posição que se ocupa das ações do professor nos aspectos relativos à escolarização desses alunos, uma vez que a mediação do professor é entendida como essencial para o desenvolvimento do aluno. Entretanto, tais pesquisas nos mostram o quanto, mesmo se ocupando de aspectos particulares da instituição Escola, ainda há a prevalência de conceitos extraídos dos manuais diagnósticos para entender o público que estudam.

Já na terceira categoria de análise, em que observamos pesquisas que criticam a função do diagnóstico médico na escola, o que é entendido como educacional está para além da discussão sobre a aprendizagem e a socialização. Tais autores não priorizam a discussão sobre os aspectos próprios da Educação “das letras e números”, ocupando-se apenas das questões

referentes à constituição subjetiva e da crítica sobre as tentativas de cientificização da Pedagogia.

Com isso, entendemos que a escola, enquanto instituição, é tomada pelos pesquisadores prioritariamente como espaço para observação de questões referentes ao desenvolvimento das crianças e suas interações. Pouco ou nada se discute sobre a própria concepção de escola como instituição social, o que parece impedir a expansão da problematização sobre as relações de ensino-aprendizagem propostas a esse público.

Por outro lado, a predominância da descrição sintomatológica que se sustenta na utilização dos manuais diagnósticos revela uma característica fundamental sobre a grande parte dos pesquisadores da área: não se discute teoricamente sobre a constituição do sujeito. Essa posição está em conforme com nossa discussão anterior: quando se entende o “autismo” a partir de um manual dito atóxico, apaga-se a discussão etiológica e psicodinâmica.

Se então, de um lado, temos uma posição que parece se manter fora da discussão do campo da Educação Especial (como no caso da psicanálise), do outro, temos uma ausência de discussão teórica a respeito da posição subjetiva desses alunos e professores envolvidos no processo. Associadas à compreensão biomédica, que parte da descrição sintomatológica do DSM, teorias que se ocupam do desenvolvimento cognitivo (como no caso da teoria histórico-cultural) passam a tomar como pressuposto – ainda que sem o saber – uma suposição de que o diagnóstico biomédico fornecerá indicativos sobre as características psicológicas do sujeito.

Com isso, observamos em nossa análise uma restrição sobre os objetos de pesquisa, como se fosse necessário desvendar questões comportamentais ou relacionais sobre esses indivíduos antes de avançar na reflexão sobre aspectos da escolarização. E, como segue o impasse sobre a categoria nosológica, o tempo de avançar sobre o tema da escolarização nunca chega. Nesse movimento de aderir irrefletidamente aos manuais, acaba-se por apagar a rica e complexa discussão sobre a configuração da própria condição humana. E é justamente relevante pensar sobre isso para entendermos quais são as possíveis barreiras enfrentadas pelas crianças em seu processo de escolarização e, com isso, promover reflexões sobre a possível superação de tais barreiras. Ao mesmo tempo, essa discussão é imprescindível para expor a forma como as crianças que não se comunicam da maneira hegemônica ou no tempo esperado vêm sendo rotuladas (não diagnosticadas ou cuidadas) como autistas.

Ao longo da discussão, enfatizamos que saber o diagnóstico não é o mesmo que conhecer a crianças. Como afirmam Freitas e Amarante (2015, p. 47), “[...] ao se reconstruir a história de cada uma dessas categorias de diagnóstico, verifica-se que os critérios de classificação mudam historicamente, bem como as condições morais, políticas e institucionais que permitem que essa ou aquela categoria seja incluída ou excluída dos manuais de diagnóstico”. Ou seja, tanto dentro quanto fora da escola, as crianças acabam sendo classificadas a partir de marcas tomadas como comportamentais e biológicas, entendidas como deficitárias e incapacitantes.

Ao verificarmos que grande parte dos pesquisadores apresenta suas concepções sobre essas crianças como se fossem fatos, configura-se o que caracterizamos como distorção ideológica. Lembramos, como destacado por Freitas e Amarante (2015, p.32), que todo paradigma “exerce seu poder para os que são incutidos a acreditar que nomes e teorias existem como parte integral de um modo de enxergar o mundo do jeito que ele é: real”. Ou seja, o que se convencionou chamar de doença, transtorno ou distúrbio é, de fato, uma construção teórica, não a realidade em si.

Vemos, com isso, que a própria academia tem uma responsabilidade na construção de um apagamento das experiências escolares ao sustentar discursos a partir da ótica do especialista que vem falar sobre a escola. A escassez de trabalhos produzidos por professores nos mostra que o campo de estudos sobre a escolarização de pessoas ditas autistas continua, em sua grande parte, sendo pensado a partir de uma compreensão sobre os aspectos traduzidos por uma determinada visão clínica, biologizante e patologizante, sobre essas pessoas. Expresso na ideia de “risco psíquico”, por exemplo, o autismo continua sendo entendido como demandante de um condicionamento no sentido da reabilitação, entendido como algo que deve ser previsto, identificado, prognosticado e prescrito (às vezes, proscrito) pelo aparato biomédico. Se as pesquisas nos apontam para isso, perguntamo-nos: qual o compromisso da academia com a escolarização desses sujeitos?

Ao lado da escola, em nosso quinto capítulo, verificamos o quanto uma posição que não toma o diagnóstico como verdade do sujeito nem que espera que esse diagnóstico seja o determinante profissional para a ação pedagógica, é operativo para a função docente. A partir dos relatos de nossas entrevistadas, Fátima e Marina, vimos como a experiência de estar junto na escola é importante, para a equipe de profissionais e para os alunos. Elas nos mostraram como são importantes as discussões em conjunto para a construção de um projeto de escola

para todos, como o diagnóstico biomédico pode prejudicar a aproximação do professor a seu aluno, e como essa aproximação é fundamental para que o docente consiga construir um projeto de escolarização – para além do foco em recortes de elementos desse processo, que na verdade são indissociáveis. Pensar a aprendizagem é pensar a socialização, estar na escola é viver essa experiência toda ao mesmo tempo, não separadamente – por isso o projeto é um só.

Fátima e Marina nos mostraram que a equipe de professores, coordenadores, técnicos e diretores, todos tomados como educadores, quando se constitui como suporte à prática da professora no encontro com alunos na sala de aula, possibilita que as profissionais apostem no saber que é obtido a partir da relação, mesmo quando seus alunos parecem ser muito diferentes daqueles que elas esperam que habitem sua sala de aula. Fátima e Marina revelam-nos: o que falta às professoras não é conhecer tecnicamente as especificidades de cada diagnóstico clínico. Ambas compreendem que o fundamental é saber sondar e avaliar os processos de ensino-aprendizagem a partir do próprio conhecimento técnico da professora.

Isso significa, nos termos trazidos por Marina, que é fundamental que o professor tenha a possibilidade de “aprender a escutar”. Para Marina, quando a professora aprende a escutar seu aluno (não apenas naquilo que o aluno verbaliza, mas em tudo o que ele mostra), “elas veem que tem um mundo” (sic). A partir dos relatos de nossas entrevistadas, é possível afirmar que a centralidade da experiência pedagógica reside no trabalho de aproximação e contato com o aluno para que se construa um projeto educacional individualizado em consonância com o projeto pedagógico de toda a escola e, com isso, invista-se em sua escolarização. O professor ou a professora, tanto para Fátima quanto para Marina, não precisa saber sobre as especificidades clínicas de seu aluno.

Mas como pode um professor trabalhar “sem saber”? O que Fátima e Marina nos mostram é que *saber sobre o diagnóstico* não é o mesmo que *saber sobre seu aluno*. O que pode, então, um professor no encontro com tais alunos? Ele pode conhecer sobre o currículo, sobre processos ensino-aprendizagem, sobre avaliação, sobre língua portuguesa, sobre operações lógico-matemáticas, sobre habitats e animais. Jamais poderá saber tudo sobre seu aluno. Importante pensarmos sobre o deslocamento ocorrido no caso dos alunos com algum diagnóstico clínico, em que passa a ser importante saber tudo sobre ele?

Fátima nos dá uma pista sobre isso. Ao pensar sobre as várias experiências de encontros com crianças com diferenças significativas em sua carreira, Fátima reflete sobre a importância

do encontro para ela e para essas crianças. Pensando sobre o que fica como marca do encontro de um professor ou professora com seu aluno, Fátima nos diz:

[...] acho que todo encontro vale a pena, e fazer as professoras verem que esses alunos são criaturas que se encontraram com elas e que por alguma razão esse encontro aconteceu, é diferente de falar não, eu não sei me encontrar (FÁTIMA).

E o que isso significa? Significa que ela aposta na importância disso que chamamos de “estar junto ao aluno”. E a prática docente se opera constantemente na preparação e no planejamento para o encontro com os alunos, seguidos da surpresa que o encontro sempre nos provoca. Preparamo-nos enquanto nos dispomos a encontrar outro cenário, outros estudantes, outras condições subjetivas, outros interesses, outras necessidades. Essa é a ética da Educação: saber em que lugar se quer chegar, construir formas para se chegar lá e, ao mesmo tempo, assumir a leitura do contexto concreto da sala de aula, a fim de garantirmos que os sujeitos ali presentes possam reconstruir e ressignificar tanto caminhos, quanto objetivos.

Entretanto, é comum observarmos fraturas nesse acordo quando um professor se encontra com um aluno apresentado a partir de seu diagnóstico clínico, a suposição é de que precisa se preparar para entender esse aluno, porque esse aluno “ainda não está pronto”. Como nos diz Fátima

[...] não tem aluno pronto, mas é que aparentemente tem alguns prontos e outros não prontos. *[se refere a um aluno específico]* Ele não aprende nada, ele não escreve. Você acha que aquele menino vai um dia vai escrever ‘A’, você acha que um dia ele vai saber o que é o número um. Eu não sei, você não pode responder com certeza, eu também não posso. Mas eu aposto que o ser humano tem infinitas possibilidades (FÁTIMA).

Assim, entendemos com Fátima e Marina que não saber diagnósticos e prognósticos biomédicos possibilitou que o trabalho das duas tivesse efeitos na escolarização das crianças sobre quem relatam. Não estamos afirmando que elas não fazem avaliações. Ambas nos mostram que o saber biomédico e a especialidade do profissional não são detentores do saber a respeito do aluno – assim como o professor também não o é. Apostar que o ser humano tem infinitas possibilidades é o que permite que essas professoras entrevistadas continuem a insistir na criação, no planejamento e no trabalho pedagógico com esses alunos.

O diagnóstico (em especial o psiquiátrico), então, não é tomado como verdade sobre os sujeitos. Como apontamos, isso fica explícito na própria maneira de ambas nomearem esses

sujeitos: Fátima usa sempre o termo “autismos” (no plural), enquanto Marina usa o termo “crianças beija-flor”. As características de cada aluno que foi lembrado pelas entrevistadas foram descritas de forma não padronizada, com suas singularidades ganhando sentido à medida em que elas iam pensando sobre a criança.

Entendemos, com isso, que a posição ética das professoras entrevistadas é coerente com uma certa compreensão da função da escola como espaço de poder saber sobre o mundo. A criança, a partir de tal posição, é pensada primeiramente enquanto aluno (e não paciente) e, por isso, o foco passa a ser na sua relação com o conhecimento (e não no seu neurodesenvolvimento). Isso não significa que as entrevistadas não apresentem em seus discursos uma suposição sobre a constituição subjetiva ou o desenvolvimento cognitivo. Mas sim, que tal teoria da educação, por assim dizer, opera em suas práticas como direcionadora de intervenções e criações pedagógicas. Isso nos parece estar associada ao que é dito por Charlot (2013, p. 157):

A teoria da educação não é fundamentalmente uma teoria da infância; ela é essencialmente uma teoria da cultura e de suas relações com a natureza humana. Por isso a pedagogia não pensa a educação a partir da criança, mas a criança a partir da educação concebida como cultura; a imagem da criança traduz a concepção da natureza humana, de seu desdobramento e de sua cultura.

Fátima e Marina entendem que é necessário que a criança seja tomada como escolarizável para que possa fazer parte da escola. E o que isso significa? Que elas não duvidam que essas crianças devem estar na escola. A pergunta que sustentam diz respeito a como sistematizar o atendimento educacional dessas crianças. Por isso, entendemos com elas que é fundamental que a escola, como instituição, oriente-se por essa dúvida – uma dúvida no espírito da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: *quais as barreiras na escolarização dessas crianças? E como podemos enfrentá-las?*

A criança, agora tornada aluno, para nossas entrevistadas, está associada a uma aposta no dever: nós só saberemos o que aquela criança é capaz depois que ela nos mostre o que conseguiu aprender. E o autismo, TEA, TGD, as siglas e os diagnósticos, não aparecem como barreira para que a criança possa apresentar o que aprende na escola. Ao acreditarem que todas as crianças podem aprender, Fátima e Marina abrem espaço para questionamentos sobre quais os elementos estão dificultando o estar na escola da criança. E tomar alunos como mera expressão do diagnóstico, definitivamente, constitui-se como barreira ao acesso aos direitos.

E o que nossa pesquisa bibliométrica e as entrevistas colaboram para nosso objetivo? Vamos retomá-lo: tínhamos como objetivo traçar um panorama do campo de estudos sobre a escolarização de estudantes diagnosticados com TEA, da organização da oferta e da sistematização do atendimento escolar, no contexto da Política Nacional de Educação na perspectiva da Educação Inclusiva. A partir disso, objetivávamos entender quais os sentidos do diagnóstico de TEA para o campo de estudos; quais as perspectivas sobre a aprendizagem das crianças diagnosticadas com TEA discutidas entre pesquisadores e profissionais da educação; e quais os sentidos atribuídos pelos pesquisadores e profissionais da educação para a escolarização desses alunos.

Vimos que o campo de estudos e ação sobre a escolarização de pessoas com diagnóstico de TEA é um campo atravessado por concepções sobre doença e saúde. Como efeito disso, temos a coexistência de diferentes concepções sobre o que é isso que se nomeia “autismo”, qual a sua etiologia e o que se fazer no atendimento a esse público. Com a predominância da compreensão dos manuais de Psiquiatria, ofusca-se a existência de um campo multidisciplinar, com diferentes compreensões sobre o tema e onde existem disputas.

Parece-nos que, no campo da Educação, a aprendizagem e os conteúdos oferecidos às crianças diagnosticadas com TEA não tem centralidade na discussão, prevalecendo os aspectos clínicos do diagnóstico. Entretanto, a experiência das profissionais entrevistadas mostra-nos a potência que o trabalho pedagógico com esses alunos tem. Ao não ter como convicção central que isso que se chama de “autismo” é um fato da natureza que se expressa sem variação nas pessoas assim diagnosticadas, as professoras entrevistadas nos ensinam sobre a possibilidade de abertura de espaços de invenção pedagógica e de encontro com alunos que comumente não frequentavam nossas escolas.

Por fim, esperamos que nosso trabalho sirva para inspirar reflexão sobre o potencial do trabalho pedagógico, apostando que, a partir de uma visão crítica, é possível trabalhar de uma forma diferente com as pessoas assim diagnosticadas e alargar as percepções sobre diferença e diversidade.

Ressaltamos, portanto, nossa posição: o estabelecimento do diagnóstico biomédico como balizador das ações pedagógicas e como suposição de verdade sobre o sujeito não é operativo para a Educação. Pelo contrário, constitui-se como barreira ao acesso ao direito à Educação. A manutenção da relação da Educação Especial com uma perspectiva de reabilitação cria, no professor, a suposição de que é necessário se submeter a um saber biomédico para poder

realizar a função docente. Assim, aquilo que se entende como escolarização de crianças diagnosticadas com TEA continua a se manter muito próxima à clínica da normalização.

Por isso, entendemos que pensar um projeto de escolarização seja pensar quais as barreiras esses alunos estão enfrentando e de que maneira elas estão dificultando a permanência e a fruição da escola para, assim, pensar como planejar ações pedagógicas que permitam o compartilhamento do patrimônio cultural com a criança, de maneira sistematizada. A barreira para que isso aconteça não é nem está na criança. E, para ser identificada, é necessário que haja um trabalho coletivo, a partir da produção de dúvida sobre como (e não, se podemos) fazer uma escola que atenda as crianças ditas "autistas".

Nossa pesquisa aponta para uma direção de construção de uma escola para todos pautada na noção ética de que ela é um lugar de todos, sem exceção, e que, portanto, o trabalho que se impõe à Educação é de identificação e enfrentamento das barreiras presentes para cada criança em sua experiência de escolarização. Consideramos que futuros trabalhos que discutam justamente esse aspecto seriam importantes. Qual a ética que está balizando a nossa escola? Ou será que estamos tentando “fazer caber um raciocínio” que foi feito antes do encontro com as crianças, como nos diz Fátima? Um trabalho que aponta para a ideia de que o critério biológico sobre o desenvolvimento não é suficiente para dar conta da descrição sobre o que é e o que pode uma criança.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM III-R**. São Paulo: Manole, 1989.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-IV-TR**. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, DSM-5**. 5ª.ed. Washington: APA, 2013.

AFONSO, S. R. M. **A inclusão escolar das crianças com autismo do Ciclo I do Ensino Fundamental: ponto de vista do professor**. 2014. 181 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2014

ANGELUCCI, C. B. Uma inclusão nada especial: apropriações da política de inclusão de pessoas com necessidades especiais na rede pública de educação fundamental do Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. Direito à educação, direito ao diagnóstico: subsídios à formação docente para a educação especial. IN: QUILLICI NETO, A. SOUZA, V. A., BUIATTI, V. P. (org.) **Formação docente: história, políticas e práxis educacional**, vol I. Uberlândia: Composed, 2015.

ARANTES, F. F. De quem – ou do quê – depende o sucesso da inclusão escolar? **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 15, n. 1, pp. 96-115, 2010.

ARAUJO, F. B. **A escolarização de alunos com graves acometimentos orgânicos e impasses na constituição psíquica: uma educação especial?** 2011, 155 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2000.

ASPERGER, H. “Autistic psychopathy” in childhood. In: Frith, U. (org.) **Autism and Asperger Syndrome**. London: Cambridge University Press, 1991, p. 37-92.

ASSUMPÇÃO JR., F.B.; KUCZYNSKI, E. Psiquiatria da infância e da adolescência. IN: LOUZÃ NETO, M.R. (org.) **Psiquiatria básica**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BAUTHENEY, K. C. S. F. **Transtornos de aprendizagem:** quando “ir mal na escola” torna-se um problema psicológico. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

_____. A clínica psiquiátrica da criança. IN: CIRINO, O (org), **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** (pp. 129-144). Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2001

BIRMAN, J. A problemática da verdade na psicanálise e na genealogia. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 183-202, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000100010&lng=pt&nrm=iso>.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica.** Porto Alegre, v. 13, nº 1, p. 167-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

BOWLBY, J. **Apego e perda**, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRAGA, I. E. **Teorizando as práticas de atendimento à pessoas com autismo na rede de escolas públicas do Distrito Federal.** 2009, 120 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, 2009.

BRAGA, M. C. B. **A interação professor-aluno em classe inclusiva: um estudo exploratório com criança autista.** 2002, 121 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2002.

BRANDÃO, L. C. **Interação social em diferentes contextos escolares: estudo de caso de uma criança com autismo.** 2009, 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília: Poder Legislativo, 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Poder Legislativo, 1990.

_____. **Declaração de Salamanca**: sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educacionais especiais. Brasília: MAS/ CORDE, 1994.

_____. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

_____. Lei nº 9.394/96, de 30 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília: Poder Legislativo, 1996

_____. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

_____. Decreto Legislativo nº 186, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.

_____. **Portaria GM/MS n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista e altera o §3º do art. 98 da lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, SAS/DAPE, 2014.

_____. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, SAS/DAET, 2015.

BRAUNSTEIN, N. A. **Classificar em Psiquiatria**. 1ªed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2013.

BRITO, M. C.; CARRARA, K. Alunos com distúrbios do espectro autístico em interação com professores na educação inclusiva: descrição de habilidades pragmáticas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, pp. 421-429, 2010.

BRITO, M. C. **Síndrome de Asperger e educação inclusiva: análise de atitudes sociais e interações sociais**. 2011, 168 p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2011.

BUCCI, M. P. D. et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001.

CAMARGO, S. P. H. **Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo**. 2007, 92 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2007.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Um Estudo de Caso Comparativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 3, pp. 315-324, jul-set 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber às práticas educativas**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **A mistificação pedagógica: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2013.

CIRINO, O. Genealogia da psiquiatria da infância. IN: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M.; VOLTOLINI, R. **Por uma (nova) psicopaologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015

COTRIN, J. T. D. **Itinerários da psicologia na educação especial: uma leitura histórico-crítica em Psicologia Escolar**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

CURY, C. R. J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Cadernos de Pesquisa**, nº 116, p. 245-262, 2002.

CURY, C. R. J.; FERREIRA, L. A. M. A Judicialização da Educação. **Revista CEJ**. Brasília, ano XIII, n. 45, p. 32-45, 2009.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP. Assis*, v. 6, nº 1, p. 60-79, 2007.

DICIONÁRIO. **Michaelis**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2015. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DUNKER, C.I.L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, 47(87), 79-107, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&tlng=pt>.

DUNKER, C. I. L. e KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental**, v. 14, p. 611-626, 2011. Disponível em redalyl.uam.mx/pdf/2330/233021455003.pdf.

DUNKER, C.I.L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. (org.) Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: MEC/SECAD, 2008.

FARIAS, I. M.; MARANHÃO, R. V. A.; CUNHA, A. C. B. Interação professor-aluno com autismo no contexto da educação inclusiva: análise do padrão de mediação do professor com base na teoria da experiência de aprendizagem mediada (mediated learning experience theory). **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 14, n. 3, pp. 365-384, set-dez. 2008.

FAVORETTO, N. C.; LAMÔNICA, D. A. C. Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos transtornos do espectro autístico. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 1, pp. 103-116, jan-mar 2014.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, nº 114, p. 197-223, 2001.

FRANCES, A. **Voltando ao normal**. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, vol. 11, nº 1, p. 75-91, 2004.

FREITAS, F., AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FREITAS, R. O. **Autismo, alteridade e direitos humanos: um estudo de caso de inclusão escolar**. 2014, 98 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.

FREIRE, P. **A Educação na Cidade**. São Paulo: Cortez, 1991

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Resumo dos Cursos do College de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1997

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 14 ed. Rio de Janeiro, Graal, 2001.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2006b.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Forense Universitária, 2007.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GALVÃO, L. F.; SERRANO, C. S, G. Análise do Discurso, leitura institucional: um método. IN: GUIRADO, M. LERNER, R. (orgs.), **Psicologia, Pesquisa e Clínica**. São Paulo, Anablume Editora, 2007.

GATTI, B. A. Implicações e perspectivas da pesquisa educacional no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, nº113, p. 65-81, 2001

GIARDINETTO, A. R. S. B. **Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural**. 2009, 193 p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2009.

GOMES, R. C. **Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com transtorno invasivo do desenvolvimento na escola regular**. 2011, 157 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Feral do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 16, n. 3, pp. 375-396, set-dez. 2010.

GOMES, R. C.; NUNES, D. R. P. Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com autismo na escola comum: uma proposta de intervenção. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 40, pp. 143-161, jan-mar 2015.

GOMIDE, A. B. **A promoção do desenvolvimento do aluno autista nos processos educacionais**. 2009, 177 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade. IN: GUARA, I. M. F. R. (org.) **Redes de proteção social**. 1ªed. São Paulo: Associação Fazendo História/NECA, 2010.

GUARIDO, R.L. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUIRADO, M. **Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono**. São Paulo, Summus, 1986.

GUIRADO, M. Prefácio. IN: GUIRADO, M. LERNER, R. (Orgs) **Psicologia, Pesquisa e Clínica**. São Paulo: Anablume Editora, 2007.

HOBSBAWN, E. **A Era das Revoluções (1789-1848)**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **A Era do Capital (1848-1875)**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **A Era dos Impérios (1875-1914)**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. **Nervous Child**, nº 2, p. 217-250, 1943

KERN, C. **Um processo considerado bem-sucedido de inclusão escolar e o diagnóstico de Síndrome do Autismo: uma história com muitas vidas**. 2005, 153 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

KRAEPELIN, E. **A loucura maníaco-depressiva**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

LAGO, M. **Autismo na escola: ação e reflexão do professor**. 2007, 171 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

LACAN, J. **Seminário III: As psicoses [1955-56]**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. **Seminário XVII: O avesso da psicanálise [1969-70]**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. O simbólico, o imaginário e o real [1953]. IN: **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAJONQUIÈRE, L. A criança, “sua” indisciplina e a psicanálise. IN: AQUINO, J. G. (org.) **Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1996.

_____. **Infância e Ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **De Piaget a Freud: para uma clínica do aprender**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 407-417, 1991.

LEMOS, E. L. M. D. **Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre concepções e interações no contexto escolar**. 2012, 192 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

LEMOS, E. L. M. D.; SALOMÃO, N. M. R.; AGRIPINO-RAMOS, C. S. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 1, pp. 117-130, jan-mar 2014.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálýsis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, 2007.

LIRA, S. M. **Escolarização de alunos autistas: histórias de sala de aula**. 2004, 151 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Pontes, 1997.

_____. **Gênese dos discursos**. São Paulo: Parábola Editorial, 2008.

MARIGO, A.F.C.; BRAGA, F.M. **Em busca do conhecimento em educação: fundamentos do trabalho acadêmico-científico**. EdUFSCar, 2011.

MARIOTTO, R.M.M. Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In: KAMERS, M. MARIOTTO, R.M.M., VOLTOLINI, R. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

MAROCCO, V. **Sujeitos com autismo em relações: educação e modos de interação**. 2012, 159 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MARTINS, J.S. O falso problema da exclusão e o problema social da inclusão marginal. IN: MARTINS, J.S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MARTINS, M. R. R. **Inclusão de alunos autistas no ensino regular: concepções e práticas pedagógicas de professores regentes.** 2007, 159 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2007.

MENEZES, A. R. S. **Inclusão escolar de alunos com autismo: quem ensina e quem aprende?** 2012, 160 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MICCAS, C.; VITAL, A. A. F.; D'ANTINO, M. E. F. Avaliação de funcionalidade em atividades e participação de alunos com transtorno do espectro do autismo. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 31, n. 94, 2014.

MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Bras. Educ.** Rio de Janeiro, v. 11, nº 33, p. 387-405, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782006000300002&lng=pt&nrm=iso>

MONTAGNER, J.; SANTIAGO, E.; SOUZA, M. G. C. Dificuldades de interação dos profissionais com as crianças autistas de uma instituição educacional de ensino. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 3, pp. 169-174, 2007.

MONTE, B. T. **Por trás do espelho de Alice: narrativas visuais como estratégias de inclusão de crianças com transtorno do espectro do autismo.** 2015, 211 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MONTEIRO, M. R. C. **Todos pode aprender: a inclusão de alunos com deficiência no III Ciclo.** 2010, 165 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____. **Educação inclusiva e implicações no currículo escolar: a invenção de outros modos de ensinar e aprender.** 2015, 228 P. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MOURA, J. P. M **Atendimento especializado a alunos com transtornos do espectro do autismo: desafios na realização da avaliação pedagógica no município de Barra Mansa/RJ.** 2014, 123 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014.

MOYSÉS, M.A.A., COLLARES, C.A.L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. IN: COLLARES, C.A.L., MOYSÉS, M.A.A., RIBEIRO, M.C.F. (org.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos.** Campinas: Mercado de Letras, 2013

MUSSALIM, F. Análise do discurso IN: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org.). **Introdução à Linguística: domínios e fronteiras**, vol. II, 3.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NABUCO, M. A. Práticas Institucionais E Inclusão Escolar. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 40, n. 139, p.63-74, 2010.

OLIVEIRA, J.; DE PAULA, C. S. Estado da arte sobre inclusão escolar de alunos com transtornos do espectro do autismo no Brasil. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 12, nº 1, p. 53-65, 2012.

OLIVEIRA, S. A. M. Norberto Bobbio: teoria política e direitos humanos. **Revista de Filosofia Aurora**, Curitiba, v.19, n.25, p. 361-372, jul/dez, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

_____. ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas**. 1971

_____. ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes**. 1975

_____. UNICEF. **Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata (URSS), 1978.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

_____. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, CID-10. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**, CIF. São Paulo: EDUSP; 2003.

_____. ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 2006

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. IN: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

PALACIOS, A. **El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Madrid: Ediciones CINCA, 2008.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: The Free Press, 1951.

PEDROSA, E. R. M. **Interações de crianças com deficiência no cotidiano escolar “inclusivo”**. 2010, 123 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

PEREIRA, M. E. C. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.** v. IV, nº 4, p. 126-129, 2001.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

_____. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

PIMENTEL, A. G. L. **Autismo e escola: perspectiva de pais e professores**. 2013, 79 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PIMENTEL, A. G. L.; FERNANDES, F. D. M. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. **Audiology – Communication Research**, São Paulo, v. 19, n. 2, pp. 171-178, 2014.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PINTO, S. S. **Práticas pedagógicas e o sujeito com autismo: um estudo de caso fenomenológico no ensino comum**. 2013, 175 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2013.

PIZZANI, L. **O estado da arte da produção científica em educação especial na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): um estudo bibliométrico**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

PIZZANI, L.; SILVA, R. C.; HAYASHI, M. C. P. I. Bases de dados e bibliometria: a presença da Educação Especial na base Medline. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**. São Paulo, v. 4, nº 1, p. 68-85, 2008.

PUCOVSKI, K. P. G. F. **A inclusão escolar da criança autista: o aluno-sujeito**. 2013, 130 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

RABELO, L. C. C. **Ensino colaborativo como estratégia de formação continuada de professores para favorecer a inclusão escolar**. 2012, 200 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

RAHME, M. M. F. **Laço social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar**. 2010, 452p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RAMOS, A. **A criança-problema: a higiene mental na escola primária**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1947.

RAMOS, F. V. C. **Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão**. 2012, 190 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. (org.) **A convenção sobre direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: SEDH/CNIPPD, 2008.

RIBEIRO, E. L. **A comunicação entre professores e alunos autistas no contexto da escola regular: desafios e possibilidades**. 2013, 133 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

RISCAL, S. A.; LUIZ, M. C. **Políticas Públicas Educacionais e Organização do Ensino**. São Carlos: EDUFSCar, 2014.

RODRIGUES, I.B.; MOREIRA, L. E. V.; LERNER, R. Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 1, pp. 70-83, 2012.

ROSA, M. D.; CARIGNATO, T. T.; BERTA, S. L. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, v. 9, nº 1, p. 35-48, Junho 2006.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

RUTTER, M. Diagnosis and definition. (In:) RUTTER, M; SCHOPLER, E. (Orgs). **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum Press, 1979.

SANINI, C. **Autismo e inclusão na educação infantil: um estudo de caso longitudinal sobre a competência social da criança e o papel da educadora**. 2011, 174 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SANINI, C.; BOSA, C. A. Autismo e inclusão na educação infantil: crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 3, pp. 173-182, jul-set 2015.

SANTIAGO, Ana Lydia. **A inibição intelectual na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

SANTOS, M. A. **Entre o familiar e o estranho: representações sociais de professores sobre o autismo infantil**. 2009, 119 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SANTOS, M. A.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, pp. 364-372, 2012.

SANTOS, E. C. **Entre linhas e letras de Rafael: estudo sobre a escolarização de uma criança com autismo no ensino comum**. 2012, 193 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

SASSAKI, R. K. Quem está incluído na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência? **Revista Reação**, ano XIV, nº 80, p.12-15, 2010.

SAVIANI, D. **A pedagogia no Brasil: história e teoria**. Campinas: Autores Associados, 2008.

SAYÃO, R. Conflito de Gerações. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 de jun de 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/roselysayao/2015/06/1646470-conflito-de-geracoes.shtml>>

SZASZ, T. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

SCHILLING, F.; ANGELUCCI, C. B. Escola no centro da rede de proteção social e a criação de novos possíveis no município de São Paulo: o caso do NAAPA. IN: SÃO PAULO, SME. **Caderno de debates do NAAPA: questões do cotidiano escolar**. São Paulo: SME/COPED, 2016.

SILVA, E. C. S. **A prática pedagógica na inclusão educacional de alunos com autismo**. 2011, 166 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SILVA, V. **A supervalorização do diagnóstico de autismo na escola: um estudo sobre subjetividade social**. 2014, 137 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

TAMANHA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** São Paulo, v. 13, nº 3, p. 296-299, 2008.

TANO, B. L.; HAYASHI, M. C. P. I. Saúde mental infanto-juvenil e educação: uma análise bibliométrica da produção científica nacional e internacional (1968-2014). **RECIIS**. Rio de Janeiro, v. 9, nº 3, 2015. Disponível em <www.reciis.iciet.fiocruz.br>

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, nº 5, p. 607-614, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a26.pdf>>

UNESCO. **Declaração mundial sobre educação para todos:** Plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Tailândia, 1990.

UNTOIGLICH, G. Medicalización y patologización de la vida: situación de las infâncias em latinoamérica. **Nuances:** estudos sobre Educação. Presidente Prudente, v. 25, n.1, p.20-38, jan/abr 2014.

VASCONCELLOS, F. M. “**Não sei ainda, posso pensar?**”: um estudo sobre os impasses escolares como sintoma social. 2012, 113 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VASQUES, C. K. **Um coelho branco sobre a neve: estudo sobre a escolarização de crianças com psicose infantil.** 2003, 167 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

_____. Alunos com autismo, transtornos globais do desenvolvimento, psicose infantil?! Sobre as formas de nomear e compreender o atendimento educacional. **Revista Educação e Cultura Contemporânea.** Rio de Janeiro, v. 9, nº 19, 2012

VASQUES, C. K.; BAPTISTA, C. R. Transtornos Globais do Desenvolvimento e Escolarização: o conhecimento em perspectiva. **Educação e realidade.** Porto Alegre, v.39, nº 3, p. 665-685, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>

VASQUES, C. K.; MOSCHEN, S.; GURSKI, R. Entre o texto e a vida: uma leitura sobre as políticas de educação especial. **Educação e Pesquisa.** São Paulo, v. 39, nº 1, p. 81-94, 2013.

VOLTOLINI, R. O conhecimento e o discurso do capitalista: a despsicologização do cotidiano social. **Estilos da clínica.** São Paulo, v. 17, nº 1, 2012. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46137/49762>>

WING, L.; RICKS, D. M. The etiology of childhood autism: criticism of Tiberger's ethological theory, **Psicological Medical,** London, 1976.

APÊNDICES

Apêndice 1: Perfil dos autores dos artigos

NOME	GRADUAÇÃO	MESTRADO	DOCTORADO	INSTITUIÇÃO	TRABALHO
1. Cleonice Alves Bosa	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Professora universitária
2. Sílvia Pimentel Höher Camargo	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Professora universitária
3. Iara Maria de Farias	Psicologia	sim	não	UFRJ	Professora universitária
4. Renata Veloso de Albuquerque Maranhão	Psicologia	não	não	UFRJ	RH
5. Ana Cristina Barros da Cunha	Psicologia	sim	sim	UFRJ	Professora universitária
6. Natalia Caroline Favoretto	Fonoaudiologia	sim	não	USP	Não relatado
7. Dionísia Aparecida Cusin Lamônica	Fonoaudiologia	sim	sim	USP	Professora Universitária
8. Camila Graciella Santos Gomes	Psicologia	sim	sim	UFSCar	Professora Universitária
9. Enicéia Gonçalves Mendes	Psicologia	sim	sim	UFSCar	Professora Universitária
10. Rosana Carvalho Gomes	Pedagogia	sim	não	UFRGN	Professora
11. Débora Regina Paula Nunes	Psicologia	sim	sim	UFRGN	Professora universitária
12. Emellyne Lima de Medeiros Dias Lemos	Psicologia	sim	não	UFPB	Professora universitária
13. Nadia Maria Ribeiro Salomão	Psicologia	sim	sim	UFPB	Professora universitária
14. Cibele Shirley Agripino-Ramos	Psicologia	sim	sim	UFPB	Psicóloga Escolar
15. Ana Gabriela Lopes Pimentel	Fonoaudiologia	sim	não	USP	-
16. Fernanda Dreux Miranda Fernandes	Fonoaudiologia	sim	sim	USP	Professora universitária
17. Claudia Sanini	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Assessora psicológica
18. Michele Araújo Santos	Psicologia	sim	não	UFPE	Psicóloga
19. Maria de Fátima de Souza Santos	Psicologia	não	sim	UFPE	Professora universitária
20. Fernanda Ferrari Arantes	Psicologia	sim	não	USP	Psicanalista e Coord. Pedagógica
21. Marise Bartolozzi Bastos	Psicologia	sim	sim	USP	Psicanalista
22. Maria Cristina Machado Kupfer	Psicologia	sim	sim	USP	Professora universitária
23. Maria Cláudia Brito	Fonoaudiologia	sim	sim	UNESP (Marília)	Pesquisadora e Professora
24. Kester Carrara	Psicologia	sim	sim	UNESP (Marília)	Professor universitário
25. Silvia Ester Orrú	Pedagogia	sim	sim	UnB	Professora universitária
26. Camila Miccas	Pedagogia	sim	sim	Mackenzie	Técnica Secretária da Educação
27. Andréa Aparecida Francisco Vital	Pedagogia	sim	sim	Mackenzie	Professora APAE
28. Maria Eloisa Famá D'Antino	Pedagogia	sim	sim	Mackenzie	Professora universitária
29. Jéssica Montagner	Enfermagem	não	não	FAMERP	Não informado
30. Érica Santiago	Enfermagem	não	não	FAMERP	Enfermeira (Saúde Mental)
31. Maria da Graça Girade Souza	Enfermagem	sim	sim	FAMERP	Professora universitária
32. Isabel de Barros Rodrigues	Psicologia	sim	não	USP	Psicóloga
33. Luiz Eduardo de V. Moreira	Psicologia	sim	não	USP	Psicólogo

Quadro 1 - Perfil dos autores dos artigos

Apêndice 2: Perfil dos autores das teses e dissertações

NOME	GRADUAÇÃO	MESTRADO	DOUTORADO	INSTITUIÇÃO	TRABALHO
1. Salete Regiane Monteiro Afonso	Psicologia	sim	não	UNESP	Psicóloga APAE e Professora universitária
2. Fernanda Braga de Araújo	Psicologia	sim	não	FE-USP	Psicanalista
3. Iêdes Soares Braga	Letras	sim	não	UCB	Funcionária Secretaria de Educação do DF
4. Maria Cecília Bérgamo Braga	Pedagogia	sim	sim	UNESP	Não informado
5. Lucia de Carvalho Brandão	Pedagogia	sim	não	UCB	Professora
6. Maria Cláudia Brito	Fonoaudiologia	sim	sim	UNESP	Pesquisadora e Professora convidada
7. Siglia Pimentel Höher Camargo	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Professora universitária
8. Rivane Oliveira de Freitas	Pedagogia	sim	não	UCB	Aposentada pela Sec. de Educação do DF
9. Andréa R. S. B. Giardinetto	Terapia Ocupacional	sim	sim	UFSCar /UNESP	Professora assistente
10. Rosana Carvalho Gomes	Pedagogia	sim	não	UFRGN	Professora
11. Andrea Barbosa Gomide	Psicologia	sim	não	UFU	Psicóloga e Professora Formadora
12. Caroline Kern	Pedagogia	sim	sim	UFSC	Professora colaboradora
13. Mara Lago	Psicologia	sim	sim	UFRGS/ UFRJ	Psicóloga Secretaria de Educação de POA
14. Emellyne Lima de Medeiros Dias Lemos	Psicologia	sim	não	UFPA	Professora universitária
15. Solange Maria de Lira	Psicologia	sim	não	UERJ	Psicóloga Secretaria do Estado de Saúde
16. Vanessa Marocco	Educação Física	sim	sim	UFRGS	Pesquisadora
17. Mara Rubia Rodrigues Martins	Pedagogia	sim	não	UCB	Professora sala especial
18. Adriana Rodrigues Saldanha de Menezes	Pedagogia	sim	não	UERJ	Professora escola especial
19. Bárbara Terra do Monte	Pedagogia	sim	não	UFRGS	Não informado
20. Maria Rosângela Carrasco Monteiro	Pedagogia	sim	sim	UFRGS	Professora universitária
21. Juliana Prado Silva Moura	Pedagogia	sim	não	Mackenzie	Não informado
22. Elisete Regina Morelli Pedrosa	Não informado	sim	não	Mackenzie	Psicopedagoga clínica e Coordenadora
23. Ana Gabriela Lopes Pimentel	Fonoaudiologia	sim	não	USP (Med)	Não informado
24. Sulamyta da Silva Pinto	Pedagogia	sim	não	UFES	Professora
25. Karin P. G. F. Pucovski	Pedagogia	sim	não	UFPR	Técnica da Sec. de Educação de Curitiba
26. Lucélia Cardoso Cavalcante Rabelo	Pedagogia	sim	sim	UFSCar	Técnica Pedagógica UNIFESSPA
27. Mônica Maria Farid Rahme	Psicologia	sim	sim	UFMG/ FE-USP	Professora universitária
28. Fernanda do Valle Corrêa Ramos	Psicologia	sim	não	UFMG	Professora universitária
29. Emília Lucas Ribeiro	Fonoaudiologia	sim	não	UFBA	Fonoaudióloga
30. Claudia Sanini	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Assessora psicológica
31. Michele Araújo Santos	Psicologia	sim	não	UFPE	Psicóloga
32. Emilene Coco dos Santos	Ed. Física e Pedagogia	sim	sim	UFES	Professora
33. Virgínia Silva	Pedagogia	sim	não	UnB	Professora
34. Élica Cristina Santos da Silva	Pedagogia	sim	não	UFBA	Professora Especialista/ Coordenadora
35. Carla Karnoppi Vasques	Psicologia	sim	sim	UFRGS	Professora universitária

Quadro 2 - Perfil dos autores das Teses e Dissertações

Apêndice 3: Programas de pós-graduação em que as pesquisas foram realizadas

Autor	Título	Ano	Programa	Orientador(a)	Instituição
1. AFONSO, S.R.M.	A inclusão escolar das crianças com autismo no Ciclo I do Ensino Fundamental: ponto de vista do professor	2014	Mestrado PPG Educação – Área: Ensino na Educação Brasileira Linha: Educação Especial	Anna Augusta Sampaio de Oliveira	UNESP
2. ARAÚJO, F.B.	A escolarização de alunos com graves acometimentos orgânicos e impasses na constituição psíquica: uma educação especial?	2011	Mestrado PPG Educação – Área: Educação Especial	Rinaldo Voltolini	USP
3. BRAGA, I.S.	Teorizando as práticas de atendimento à pessoa com autismo na rede de escolas públicas do Distrito Federal	2009	Mestrado PPG Psicologia	Tânia Maria de Freitas Rossi	UCB
4. BRAGA, M.C.B.	A interação professor-aluno em classe inclusiva: um estudo exploratório com criança autista	2002	Mestrado PPG Educação – Área: Educação Especial	Maria Salete Fábio Aranha	UNESP
5. BRANDÃO, L.C.	Interação social em diferentes contextos escolares: estudo de caso de uma criança com autismo	2009	Mestrado PPG Psicologia	Tânia Maria de Freitas Rossi	UCB
6. BRITO, M.C.	Síndrome de Asperger e educação inclusiva: análise de atitudes sociais e interações sociais	2011	Doutorado PPG Educação – Área: Ensino na Educação Brasileira - Linha: Educação Especial no Brasil	Sadao Omote	UNESP
7. CAMARGO, S.P.H	Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo	2007	Mestrado PPG Psicologia	Cleonice Alves Bosa	UFRGS
8. FREITAS, R.O.	Autismo, alteridade e direitos humanos: um estudo de caso de inclusão escolar	2014	Mestrado PPG Psicologia	Benedito Rodrigues dos Santos/ Lilian Maria Borges Gonzalez	UCB
9. GIARDINETTO, A.R.S.B.	Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural	2009	Doutorado PPG Educação – Área: Ensino na Educação Brasileira – Linha: Educação Especial no Brasil	Rita de Cássia Tibério Araújo	UNESP
10. GOMES, R.C.	Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com transtorno invasivo do desenvolvimento na escola regular	2011	Mestrado PPG Educação	Débora Regina de Paula Nunes	UFRGN
11. GOMIDE, A.B.	A promoção do desenvolvimento do aluno autista nos processos educacionais	2009	Mestrado PPG Psicologia – Área: Psicologia Aplicada	Claudia Dechichi	UFU
12. KERN, C.	Um processo considerado bem-sucedido de inclusão escolar e o diagnóstico de síndrome do autismo: uma história com muitas vidas	2005	Mestrado PPG Educação	Silvia Zanatta Da Ros	UFSC
13. LAGO, M.	Autismo na escola: ação e reflexão do professor	2007	Mestrado PPG Educação	Maria Luiza Becker	UFRGS
14. LEMOS, E.L.M.D.	Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre concepções e interações no contexto escolar	2012	Mestrado PPG Psicologia Social	Nádia Maria Ribeiro Salomão	UFPB

15. LIRA, S.M.	Escolarização de alunos autistas: histórias de sala de aula	2004	Mestrado PPG Educação	Leila Regina D'Oliveira de Paula Nunes	UERJ
16. MAROCCO, V.	Sujeitos com autismo em relações: educação e <i>modos</i> de interação	2012	Mestrado PPG Educação	Claudio Roberto Baptista	UFRGS
17. MARTINS, M.R.R.	Inclusão de alunos autistas no ensino regular: concepções e práticas pedagógicas de professores regentes	2007	Mestrado PPG Psicologia	Sandra Francesca Conte de Almeida/ Tânia Maria de Freitas Rossi	UCB
18. MENEZES, A.R.S.	Inclusão escolar de alunos com autismo: quem ensina e quem aprende?	2012	Mestrado PPG Educação – Área: Educação Inclusiva e Processos Educacionais	Rosana Glat	UERJ
19. MONTE, B.T.	Por trás do espelho de Alice: narrativas visuais como estratégias de inclusão de crianças com transtorno do espectro autista	2015	Mestrado PPG Educação Linha: Educação Especial e Processos Inclusivos	Liliana Maria Passerino	UFRGS
20. MONTEIRO, M.R.C.	Todos os alunos podem aprender: a inclusão de alunos com deficiências no III Ciclo	2010	Mestrado PPG Educação – Linha: Estudos Culturais em Educação	Maria Luisa Merino de Freitas Xavier	UFRGS
21. MONTEIRO, M.R.C.	Educação Inclusiva implicações no currículo escolar: a invenção de outros processos de ensinar e de aprender	2015	Doutorado PPG Educação Linha: Estudos Culturais em Educação	Maria Luisa Merino de Freitas Xavier	UFRGS
22. MOURA, J.P.S.	Atendimento especializado a alunos com transtornos do espectro do autismo: desafios na realização da avaliação pedagógica no município de Barra Mansa/RJ	2014	Mestrado PPG Distúrbios do Desenvolvimento	Beatriz Regina Pereira Saeta	Mackenzie
23. PEDROSA, E.R.M.	Interações de crianças com deficiência no cotidiano escolar “inclusivo”	2010	Mestrado PPG Distúrbios do Desenv. – Linha: Políticas de atendimento (...)	Geraldo A. Fiamenghi Jr.	Mackenzie
24. PIMENTEL, A.G.L.	Autismo e escola: perspectiva de pais e professores	2013	Mestrado PPG Ciências da Reabilitação – Área: comunicação humana	Fernanda Dreux Miranda Fernandes	USP
25. PINTO, S.S.	Práticas pedagógicas e o sujeito com autismo: um estudo de caso fenomenológico no ensino comum	2013	Mestrado PPG Educação	Hiran Pinel	UFES
26. PUCOVSKI, K.P.G.F.	A inclusão escolar da criança autista: o aluno-sujeito	2013	Mestrado PPG Educação – Área: Cultura e processos de ensino e aprendizagem – Linha: Cognição, aprendizagem e desenvolvimento humano	Tamara da Silveira Valente	UFPR
27. RABELO, L.C.C.	Ensino colaborativo como estratégia de formação continuada de professores para favorecer a inclusão escolar	2012	Mestrado PPG Educação Especial	Enicéia Gonçalves Mendes	UFSCar

28. RAHME, M.M.F.	Lação social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o <i>outro</i> no contexto escolar	2010	Doutorado PPG Educação – Área: Psicologia e Educação	Leny Magalhães Mrech	USP
29. RAMOS, F.V.C.	Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão escolar	2012	Mestrado PPG Educação- Conhecimento e Inclusão Social – Linha: Psicologia, Psicanálise e Educação	Ana Lydia Bezerra Santiago	UFMG
30. RIBEIRO, E.L.	A comunicação entre professores e alunos autistas no contexto da escola regular: desafios e possibilidades	2013	Mestrado PPG Educação	Teófilo Alves Galvão Filho	UFBA
31. SANINI, C.	Autismo e inclusão na educação infantil: um estudo de caso longitudinal sobre a competência social da criança e o papel da educadora	2011	Doutorado PPG Psicologia	Cleonice Alves Bosa	UFRGS
32. SANTOS, M.A.	Entre o familiar e o estranho: representações sociais de professores sobre o autismo infantil	2009	Mestrado PPG Psicologia	Maria de Fátima de Souza Santos	UFPE
33. SANTOS, E.C.	Entre linhas e letras de Rafael: estudo sobre a escolarização de uma criança com autismo no ensino comum	2012	Mestrado PPG Educação	Ivone Martins de Oliveira	UFES
34. SILVA, V.	A supervalorização do diagnóstico de autismo na escola: um estudo sobre subjetividade social	2014	Mestrado PPG Educação – Linha: Escola, aprendizagem, ação pedagógica e subjetividade na educação – Eixo: Ensino, aprendizagem e desenvolvimento humano	Silvia Ester Orrú	UnB
35. SILVA, E.C.S.	A prática pedagógica na inclusão educacional de alunos com autismo	2011	Mestrado PPG Educação	Theresinha Guimarães Miranda	UFBA
36. VASQUES, C.K.	Um coelho branco sobre a neve: estudos sobre a escolarização de sujeitos com psicose infantil	2003	Mestrado PPG Educação	Claudia Roberto Baptista	UFRGS

Quadro 3 – Programas de Pós-graduação

Apêndice 4: Síntese da análise dos artigos selecionados

TÍTULO	OBJETO	OBJETIVO	REFERENCIAIS TEÓRICOS FUNDAMENTAIS	METODOLOGIA E INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo	Competências e interações sociais em crianças autistas incluídas na escola regular.	Investigar o perfil de competência social de uma criança autista em situação de inclusão; investigar a influência do ambiente nesse perfil.	Perspectiva biomédica	Avaliação de diferenças e semelhanças em padrões de comportamento através de instrumento ideográfico (Escala “Q-Sort”)	Apontam baixos escores de interação e habilidades sociais na criança autista (e não ausência). Observou pouca influência do contexto e que atividades que exigiam maior simbolização eram mais disruptivas.
Interação professor-aluno com autismo no contexto da educação inclusiva: análise do padrão de mediação do professor com base na teoria da Experiência de Aprendizagem Mediada (Mediated Learning Experience Theory)	Padrão de mediação de professores em relação a alunos autistas.	Investigar os padrões de mediação de professores com seus alunos autistas e discutir elementos da mediação na experiência de duas professoras.	Teoria da Experiência de Aprendizagem Mediada/ Abordagem histórico-cultural	Entrevistas com duas professoras e aplicação de Escala de avaliação da Experiência de Aprendizagem Mediada	As professoras apresentam diferenças expressivas na quantidade de episódios de interação. Apontam para a necessidade de preparar o professor para ser mediador e agente de inclusão.
Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos transtornos do espectro autístico	Conhecimentos dos professores de Educação Infantil sobre seus alunos com TEA.	Investigar experiências de professores com alunos com TEA e os conteúdos sentidos por eles como necessários à prática com esses alunos.	Perspectiva biomédica	Questionário	Professores observam alterações nos padrões de comportamento, mas não tem informações sobre as especificidades do diagnóstico.

Escolarização inclusiva de alunos com autismo na Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte	População de crianças autistas incluídas na educação básica de Belo Horizonte.	Caracterizar os alunos autistas da rede de Belo Horizonte e descrever como a escolarização vem acontecendo.	Perspectiva biomédica	Questionário semi-estruturado e aplicação da Escala CARS (Childhood Autism Rating Scale)	Observou-se a variedade de diagnósticos presentes nos laudos, o que evidencia dificuldades de detecção. Esses alunos estão acompanhados de auxiliares de vida escolar, com alguma disparidade na correspondência idade cronológica-seriação. As estratégias adotadas parecem favorecer a frequência desses alunos na escola.
Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar	Interações sociais de crianças autistas	Analisar as interações sociais de crianças autistas em escolas regulares e a mediação das professoras.	Abordagem histórico-cultural	Observações de situações do contexto escolar e aplicação da Escala CARS	Quanto mais livres estavam as crianças autistas, mais dificuldades apresentavam para se engajar, o que reforça a importância da mediação do professor.
A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo	Relação professor-aluno com TEA	Identificar e descrever as dificuldades e o valor atribuído ao trabalho com crianças com autismo, por professores	Perspectiva biomédica	Questionário	Professores entendem que sua maior influência é na comunicação e relações interpessoais. Apontam dificuldades quanto à aprendizagem, comunicação e comportamento. Conclui-se que há despreparo dos professores.
Autismo e inclusão na educação infantil: crenças e autoeficácia da educadora	Crenças sobre desenvolvimento e trabalho de uma educadora	Investigar crenças de uma educadora sobre o desenvolvimento de seu aluno e a confiança em seu trabalho e em como sua relação com esse aluno refletia em suas práticas pedagógicas	Teoria da autoeficácia	Entrevista	A professora reconhece e aceita o potencial do aluno, mas tem uma baixa expectativa na eficácia de seu trabalho por conta de sua formação. Se sente insegura e se questiona sobre a adequação de sua prática.

Representações sociais de professores sobre o autismo infantil	Concepções de professores sobre o autismo	Investigar representações sociais e ideias de senso comum dos professores a respeito do autismo.	Teoria das Representações	Entrevistas semi-estruturadas	Os professores experientes e sem experiência com crianças autistas apresentam incertezas sobre as características do diagnóstico e suas causas. Suas compreensões têm construções diversas com repertórios variados.
De quem – ou do quê – depende o sucesso da inclusão escolar?	Experiência de inclusão de uma criança com TGD	Discutir o êxito educacional de crianças incluídas e considerar a avaliação dos progressos desses alunos.	Psicanálise	Estudo de caso	Observa-se progressos na inclusão do aluno e na sua recepção com os colegas a partir de critérios da observação do próprio sujeito e não de uma avaliação previamente estipulada.
A escuta de professores no trabalho de inclusão escolar de crianças psicóticas e autistas	Concepções dos professores sobre a inclusão de crianças autistas e psicóticas	Discutir a mudança de posição e concepção das professoras a partir de um espaço de interlocução e troca de experiências.	Psicanálise	Estudo de caso	A escuta do professor que vivencia situações de impasses na escolarização influencia para o abalo de certezas e a movimentação do docente, promovendo avanços.
Alunos com distúrbios do espectro autístico em interação com professores na educação inclusiva: descrição de habilidades pragmáticas	Interações sociais de alunos com TEA.	Investigar habilidades pragmáticas de alunos com TEA na interação com professores	Perspectiva biomédica	Observações de situações comunicativas	Observam comunicação gestual e funções menos interativas dos alunos, além de evidências de intencionalidade comunicativa das crianças. Apontam para a importância da reciprocidade na comunicação.
Contribuições da abordagem histórico-cultural na educação de alunos autistas	A posição do professor como mediador	Discutir como a interpretação da posição do professor como mediador pode ajudar alunos a construir relações em sala de aula	Abordagem histórico-cultural	Pesquisa ação	O professor que atua como mediador ajuda na vivência emocional do aluno e favorece a integração social e a aprendizagem significativa

Avaliação de funcionalidade em atividades e participação de alunos com transtornos do espectro do autismo	Funcionalidade de alunos com TEA	Avaliar a funcionalidade de alunos com diagnóstico de TEA	Perspectiva biomédica	Protocolo de avaliação funcional	Observa-se diferenças significativas na funcionalidade com relação à idade, ano/série. Discute-se a significância do ambiente e do planejamento de intervenções pedagógicas.
Dificuldades de interação dos profissionais com as crianças autistas de uma instituição educacional de autismo	Interação professor-aluno	Identificar dificuldades de professores na interação com alunos autistas para criação de um programa de formação.	Perspectiva biomédica	Questionário	Professores expressam dificuldades na relação de comunicação com seus alunos. Requerem ajuda de outros profissionais, o que as autoras interpretam como falta de qualificação e conhecimento.
Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar	Concepções de professores sobre processo de inclusão	Analisar em que lugar os alunos autistas são colocados no discurso de professores.	Análise do discurso	Entrevistas semi-estruturadas	Professores assumem posição de desconhecimento sobre o TGD e caracterizam os alunos autistas juntamente com outros sem diagnóstico em um lugar de “aluno-problema”.
Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com autismo na escola comum: uma proposta de intervenção	Interação professor-aluno diagnosticado com autismo	Avaliar os efeitos na interação comunicativa de alunos autistas e sua professora após capacitação da professora.	Estratégias Naturalísticas de Ensino; Comunicação Alternativa Ampliada	Escala CARS; entrevistas; observação de atividades pedagógicas e pictográficas; registro de interações.	Houve aumento nas interações comunicativas nas atividades de rotina, mas não as pedagógicas. A comunicação alternativa não foi utilizada com frequência.

Quadro 4 - Esquematização dos dados de pesquisa dos artigos selecionados

Apêndice 5: Síntese da análise das teses e dissertações selecionados

TÍTULO	OBJETO	OBJETIVO	REFERENCIAIS TEÓRICOS FUNDAMENTAIS	METODOLOGIA E INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A inclusão escolar das crianças com autismo do ciclo I do ensino fundamental: ponto de vista do professor	Concepções de professores sobre o diagnóstico de autismo e da prática pedagógica.	Investigar junto às professoras do ensino fundamental o conhecimento sobre a condição do autismo, a inclusão escolar destes alunos e as ações pedagógicas utilizadas nas experiências de sala de aula.	Perspectiva biomédica; Bardin; Perspectiva histórico-cultural	Entrevistas semi-estruturadas com professoras com alunos diagnosticados como autistas.	Necessidade de formação teórico-prática que favoreçam o rompimento de mitos sobre o autismo e repensar a prática pedagógica que favoreçam o atendimento desses alunos.
A escolarização de alunos com graves acometimentos orgânicos e impasses na constituição psíquica: uma educação especial?	Escolarização de alunos com acometimentos orgânicos e transtornos globais do desenvolvimento.	Analisar o paradigma da educação contemporânea e problematizar os efeitos de uma educação pautada nas especialidades e ações pedagógicas.	Psicanálise	Entrevistas com professores.	O professor é convocado a responder no lugar de especialista da educação, saúde, cuidado e estimulação de seus alunos.
Teorizando as práticas de atendimento à pessoa com autismo na rede de escolas públicas do Distrito Federal	Concepções de professores sobre aprendizagem e desenvolvimento de alunos diagnosticados com autismo.	Análise do discurso de professores para compreensão das referências teóricas utilizadas e como elas se relacionam com as suas práticas.	Perspectiva biomédica; Bardin	Entrevistas semi-estruturadas com professores e observação de aula com gravação de vídeo.	Há uma tendência a adoção de concepções da perspectiva histórico-cultural e de prática que se relacionam à perspectiva comportamental.

A interação professor-aluno em classe inclusiva: um estudo exploratório com criança autista	Interação em sala de aula regular de professor-aluno autista de alto-funcionamento.	Caracterizar os episódios interativos de uma professora e seu aluno de primeira série diagnosticado como autista de alto-funcionamento	Perspectiva biomédica; Perspectiva histórico-cultural	Observação de episódios interativos de um aluno diagnosticado como autista gravados em vídeo.	O sujeito apresenta condutas que facilitam a interação, o que levou a uma posição da professora de adaptação e atendimento educacional adequado.
Interação social em diferentes contextos escolares: estudo de caso de uma criança com autismo	Interações sociais de um aluno diagnosticado com autismo.	Analisar as interações sociais em diferentes contextos educativos	Perspectiva biomédica; Leontiev; Hinde; Perspectiva histórico-cultural.	Observações de situações pedagógicas estruturadas e momentos livres em Escola Classe e Escola Parque.	É necessário compreender o contexto, estrutura e estilo comportamental da criança para favorecer seu desenvolvimento e autonomia.
Síndrome de Asperger e educação inclusiva: análise de atitudes sociais e interações sociais	Comportamentos de alunos e professores em ambiente inclusivo.	Dois estudos que buscam investigar e caracterizar o meio social de alunos com síndrome de Asperger em através de análise atitudinal e do meio interacional.	Perspectiva biomédica; Sadao Omote	Ficha informativa e Roteiro de entrevista para caracterização da escola; Prova de Pragmática e de Vocabulário; Escala Likert e Escala Infantil de Atitudes Sociais em Relação à Inclusão; de Avaliação de Traços Autísticos; Avaliação Sociométrica; filmagens em sala de aula.	Não foram apresentadas diferenças significativas entre educadores com ou sem experiência de inclusão quanto à favorabilidade das atitudes sociais, mas foram observadas diferenças entre colegas de classe em uma das classes. Os fatores de interferência que se destacam estão a severidade das dificuldades sociais dos alunos autistas e as estratégias das professoras para promover a parceria entre colegas.

Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo	Competência social de alunos diagnosticados como autistas.	Investigar o perfil de competência social de uma criança pré-escolar com autismo comparado ao de uma criança com desenvolvimento típico, investigando a influência do contexto social.	Teoria da Competência Social de Hartup; Waters e Sroufe	Escala Q-sort de Competência Social.	Existem diferenças e semelhanças nos perfis de competência social das crianças, o que demonstra a existência de concepções caricaturizadas do autismo. A expressão da competência social da criança com autismo foi melhor no pátio que na sala de aula.
Autismo, alteridade e direitos humanos: um estudo de caso de inclusão escolar	Interações sociais de sujeitos autistas.	Analisar os efeitos de estratégias empregadas no processo de inclusão de um estudante diagnosticado com TEA.	Perspectiva biomédica; Perspectiva histórico-cultural	Estudo de caso; entrevista semi-estruturada; análise documental; diário de campo	Foram verificadas várias estratégias de serviços e ações pedagógicas para a promoção de interações sociais e inclusão que proporcionaram efeitos significativos no sujeito participante.
Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural	O currículo funcional natural na experiência de educação inclusiva de alunos autistas.	Análise de contextos da experiência escolar inclusiva de alunos com autismo. Identificação das possibilidades de contribuição do programa Currículo Funcional Natural (CFN).	Perspectiva biomédica; CFN de Leblanc (análise do comportamento)	Entrevistas semi-estruturadas com professores; observação por meio de filmagens; protocolo de análise eco-comportamental.	Não foi encontrada diferença significativa entre escolas que usam o CFN e as que não usam. Também foi evidenciado que muitos aspectos do CFN se assemelham ao que é feito na educação infantil.
Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com transtorno invasivo do desenvolvimento na escola regular	Interações comunicativas de um aluno autista e sua professora	Avaliar interações comunicativas da professora e seu aluno autista após intervenção com capacitação em Ensino Naturalístico (EM) e Comunicação Alternativa Ampliada (CAA).	Perspectiva biomédica; EM; CAA (análise do comportamento)	Observação através de filmagens e registro; Cartões pictográficos de CAA.	Houveram mudanças qualitativas e quantitativas nas interações com o uso da comunicação alternativa.

A promoção do desenvolvimento do aluno autista nos processos educacionais	Desenvolvimento do aluno autista inserido na escola regular.	Analisar aspectos psico-educacionais relacionados ao atendimento educacional escolar do aluno autista e a relação destes aspectos com a promoção do desenvolvimento.	Psicanálise; Teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner; Grounded Theory	Entrevistas reflexivas com as professoras.	Apesar das dificuldades relatadas pelas educadoras, ocorreram mudanças importantes na interação, participação e desempenho do aluno.
Um processo considerado bem-sucedido de inclusão escolar e o diagnóstico de síndrome do autismo: uma história de muitas vidas	Concepções e fazeres da escola sobre um aluno diagnosticado como autista.	Análise das relação entre as concepções e fazeres pedagógicos com concepções clínicas para produzir indicativos de sucesso na inclusão.	Marxismo; Perspectiva histórico-cultural	Estudo de caso (relato de História de Vida); entrevistas semi-estruturadas com o aluno, família e escola; pesquisa documental.	Os profissionais comprometidos com interações e mediação potencializam o projeto educativo e deslocam o processo de uma proposta mecanicista para a transformação da experiência escolar do aluno em questão.
Autismo na escola: ação e reflexão do professor	Inclusão de crianças com autismo.	Evidenciar a construção de estratégias pedagógicas do professor que beneficiem o processo de inclusão e a formação de professores.	Psicanálise; Epistemologia genética	Observações cotidianas; entrevistas com professoras.	As professoras constroem estratégias baseadas na relação com os alunos, com flexibilidade no planejamento e execução de atividades pautadas nos interesses e facilidades das crianças, visando a interação dela com os colegas.
Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre concepções e interações no contexto escolar	Concepções dos professores e interações de alunos autistas na escola.	Analisar as interações sociais entre crianças diagnosticadas como autistas e seus colegas em contextos escolares.	Perspectiva biomédica; Análise de conteúdo; Perspectiva histórico-cultural	Entrevistas semi-estruturadas; filmagens de interações no pátio e sala de aula; Escala CARS.	Pais se mostram satisfeitos com a inclusão e as professoras reformulam suas concepções sobre o diagnóstico. Há a predominância de uso de comandos diretivos e apoio físico, que influenciam o comportamento das crianças.

Escolarização de alunos autistas: histórias de sala de aula	Concepções de professores da educação especial.	Investigar as concepções de professores da educação especial sobre seus alunos, sobre características e funcionalidades de sua prática com alunos autistas.	Processo de triangulação de Erikson	Estudo de caso com abordagem etnográfica; observações diretas e com gravações; entrevistas semi-estruturadas ou livres; análise de documentos.	A forma como a professora concebe seus alunos determina práticas e atitudes. Esse resultado aponta para a importância do planejamento estruturado em autismo e necessidade de formação continuada do professor.
Sujeitos com autismo em relações: educação e modos de interação	Interação entre professores e alunos autistas.	Compreender modos de interação de sujeitos com autismo e seus professores.	Perspectiva autopoietica (fenomenológica)	Observações; registros em diário de campo; entrevistas semi-estruturadas.	As ações pedagógicas indicam organização com relação ao tempo, encontro, atenção e expressão.
Inclusão de alunos autistas no ensino regular: concepções e práticas pedagógicas de professores regentes	Concepções e práticas pedagógicas de professores.	Investigar concepções de professores sobre a inclusão, causas e características do autismo, benefícios, facilidades e dificuldades encontradas pelos alunos autistas. Identificar recursos e adaptações utilizados na prática pedagógica.	Psicanálise; Análise de conteúdo	Entrevistas semi-estruturadas com professores.	Os professores são favoráveis à inclusão, porém a presença de alunos diagnosticados como autistas causa ao educador a sensação de impotência, incapacidade e angústia. As concepções e práticas parecem ser limitadas à socialização e democratização do ensino, bem como a reprodução do discurso médico.
Inclusão escolar de alunos com autismo: quem ensina e quem aprende?	As contribuições da inclusão na formação docente e desenvolvimento do aluno.	Analisar o papel da educação especial como suporte ao processo de inclusão escolar através das práticas pedagógicas analisadas no Projeto de Acompanhamento à Inclusão de Alunos com Autismo.	Perspectiva biomédica; legislação; Glat	Pesquisa-ação com dois estudos de caso; observação participante, entrevistas abertas e semi-estruturadas; filmagem.	Mostraram-se importantes o acompanhamento do professor da educação especial, as adaptações, flexibilização e a individualização de atividades. A gestão da escola pode atuar como facilitador da promoção da inclusão. O progresso do aluno parece associado com a formação continuada do professor.

Por trás do espelho de Alice: narrativas visuais como estratégias de inclusão de crianças com transtorno do espectro do autismo	Sistemas de comunicação alternativa na inclusão de crianças diagnosticadas com autismo.	Analisar a apropriação de narrativas visuais mediadas pelo SCALA no processo de inclusão de crianças com TEA.	Perspectiva biomédica Perspectiva sócio-histórica	Observação; Contação de histórias utilizando as Narrativas visuais do SCALA	O sistema oferece uma alternativa de mediação que permite a participação e interação comunicativa. A mediação do sistema permite antecipar um aprender a partir de leituras pictográficas. O professor sustenta as várias formas de ser e estar na escola.
Todos os alunos podem aprender: a inclusão de alunos com deficiências no III ciclo	A inclusão e as práticas educativas com alunos com deficiência mental e autismo.	Apresentar e analisar práticas de educação inclusiva desenvolvidas através do projeto Docência Compartilhada.	Perspectiva pós-estruturalista; Estudos culturais em educação	Observações de práticas escolares; entrevistas com professores e alunos; análise documental.	As práticas de inclusão escolar estão possibilitando questionar classificação que naturalizam e legitimam padrões. Tais práticas também tem produzido novas relações de ensino e aprendizagem.
Educação inclusiva e implicações no currículo escolar: a invenção de outros processos de ensinar e de aprender	Educação inclusiva e currículo escolar.	Discutir as implicações que a proposta de educação inclusiva pode produzir nas formas de organização do currículo escolar.	Perspectiva pós-estruturalista; Estudos culturais em educação	Análise documental; observações de sala de aula e reuniões; entrevistas com equipe diretiva e professores.	A inclusão de crianças com deficiência intelectual e autismo produzem alterações curriculares, nos modos de exercer a docência e no planejamento, mas esses alunos continuam representando desafios.
Atendimento especializado a alunos com transtornos do espectro do autismo: desafios na realização da avaliação pedagógica no município de Barra Mansa/RJ	Concepção de professores e avaliação.	Identificar os desafios encontrados pelos professores da sala de recursos na realização da avaliação de alunos com TEA. Verificar as perspectivas dos professores sobre avaliação pedagógica e a maneira como lidam com os desafios.	DSM; Gatti e Hassen (grupos focais); legislação	Questionário; grupo focal; encontros de vivência pedagógica (para esclarecimento diagnóstico)	Professores se mostram inseguros e inconsistentes no preenchimento da documentação.

Interações de crianças com deficiência no cotidiano escolar “inclusivo”	Interações de crianças com deficiência.	Identificar e problematizar a interação de crianças com deficiência em situações escolares, com seus colegas, professores e funcionários.	Perspectiva histórico-cultural	Observações em sala de aula e recreio.	A autonomia da professora foi importante para o desenvolvimento da autonomia e aprendizagem. A professora demandava ajuda de outros profissionais para o trabalho com a criança diagnosticada com TEA.
Autismo e escola: perspectiva de pais e professores	Concepções de pais e professores sobre a inclusão de crianças com TEA.	Identificar o que a inclusão de crianças com TEA provocam na escola. Verificar o que os professores identificam como habilidade e dificuldades. Verificar se o ambiente escolar é favorável para receber esses alunos. Identificar a realidade das famílias.	DSM; documentos legais	Questionários.	Os professores acreditam poder influenciar na comunicação e relações interpessoais dos alunos e se referem a dificuldades relativas à aprendizagem, comunicação e comportamento. Se referem à falta de apoio tecnológico e de outros profissionais.
Práticas pedagógicas e o sujeito com autismo: um estudo de caso fenomenológico no ensino comum	Concepções e práticas pedagógicas de professores com alunos autistas.	Analisar as práticas pedagógicas direcionadas a um aluno com autismo. Identificar as concepções dos educadores sobre autismo e educação inclusiva.	Husserl; Merleau-Ponty; Heidegger (fenomenologia)	Estudo de caso; entrevistas semi-estruturadas, registra em diário de campo; análise documental; registro fotográfico	Os professores demonstram desconhecimento e visão estereotipada sobre o autismo, com baixo investimento com esses alunos. Se mostrou necessária uma prática pedagógica sistemática e contextualizada que vá de encontro as necessidades desses alunos.
A inclusão escolar da criança autista: o aluno-sujeito	Concepções de professores.	Identificar os modos de proceder do professor regente frente a seu aluno autista. Detectar ações ou falar indicativas de sua ação educativa.	Psicanálise	Entrevistas; observações; pesquisa documental.	Quando o professor leva em consideração o sujeito em seu aluno autista e em si mesmo o ato educativo tem melhores chances de ser efetivo.

Ensino colaborativo como estratégia de formação continuada de professores para favorecer a inclusão escolar	Ensino Colaborativo e a inclusão.	Analisa as possibilidades e limites de contribuições do ensino colaborativo na formação continuada de professores para a inclusão de alunos com autismo.	Documentos legais; ensino colaborativo	Pesquisa colaborativa; questionário; grupo focal; observação participante na sala regular, de recursos e reunião.	O ensino colaborativo traz contribuições à formação continuada, favorecendo o desenvolvimento das práticas pedagógicas inclusivas, porém apresenta limites dadas a quantidades de demandas de formação continuada.
Laços social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar	A relação professor-aluno.	Investigar o laço social dos alunos com necessidades educacionais especiais, considerando seus efeitos para os sujeitos.	Psicanálise	Estudo de caso; registro de dados e filmagens.	Nota-se impasses na abordagem do sujeito na educação, onde observa-se uma busca por classificação, homogeneização, adaptação e ajustamento social. As hipóteses construídas na relação com a criança permitiram uma abordagem da diferença, com efeitos terapêuticos.
Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão escolar	Inclusão de alunos com TGD.	Analisar processos de inclusão de alunos com TGD. Repertorizar as dificuldades dos professores na execução dos processos de inclusão. Delimitar e produzir material sobre TGD.	Psicanálise	Entrevistas	As classificações médicas mantiveram-se no discurso pedagógico, apesar de lacunas conceituais nos documentos legais. Propostas diagnósticas e intervenção costumam ser de base cognitivo-comportamental. O uso acrítico das classificações reduz a criança à critérios comportamentais e índices deficitários.
A comunicação entre professores e alunos autistas no contexto da escola regular: desafios e possibilidades	Comunicação entre professores e alunos autistas.	Investigar as estratégias e recursos que os professores utilizam para se comunicar com alunos autistas em salas regulares. Analisar possíveis fragilidades e potencialidades desse processo.	Perspectiva biomédica; Perspectiva histórico-cultural	Estudo de caso; entrevistas semi-estruturadas; observação do trabalho docente.	Os professores consideram falha a formação docente, por desconhecerem as características desses alunos, que causa insegurança na busca de estratégias e recursos comunicativos. Porém, observou-se que haviam estratégias e possibilidades de comunicação já instauradas na escola.

Autismo e inclusão na educação infantil: um estudo de caso longitudinal sobre a competência social da criança e o papel da educadora	Competência social de alunos autistas. Crença na autoeficácia da educadora. Concepções da professora sobre seu aluno autista.	Dois estudos que se propuseram a investigar as mudanças no perfil de competência social de uma criança com autismo no pátio e na sala de aula. Investigar as crenças da educadora sobre seu aluno com autismo e seu senso de autoeficácia.	Análise de conteúdo. Teoria da autoeficácia de Bandura; Teoria da competência social.	Escala Q-sort de competência social; análise de um avaliador “cego” aos objetivos da pesquisa. Entrevista com a educadora.	Houve um possível benefício da escola regular como contexto de desenvolvimento da competência social, mas ainda existem dificuldades. No segundo estudo Observou-se o aumento da capacidade reflexiva sobre informações do autismo e mudanças no senso de autoeficácia da educadora.
Entre o familiar e o estranho: representações sociais de professores sobre o autismo infantil	Concepções de professores sobre o autismo.	Investigar representações de senso comum sobre o autismo que circulam entre professores.	Teoria das representações sociais	Desenho história; entrevistas não estruturadas.	O conteúdo sobre autismo apresentado por professores é bastante fluído. Professores expressam desconhecimento e incerteza sobre a origem do autismo. Os conhecimentos se ancoram no repertório da psicanálise, neurociências e linguagem midiática.
Entre linhas e letras de Rafael: estudo sobre a escolarização de uma criança com autismo no ensino comum	Aprendizagem de um aluno autista.	Analisar como ocorre o desenvolvimento da leitura e escrita de uma criança com autismo no ensino comum.	Perspectiva biomédica; Perspectiva histórico-cultural; Ginzburg	Estudo de caso etnográfico colaborativo; observação participante; registros em diário de campo; filmagens e fotografias; entrevistas.	A inserção e constituição de si como aluno foi constituída ao longo dos alunos. Os profissionais contribuíram a partir do planejamento coletivo e ações pedagógicas. A apropriação da linguagem escrita não foi linear. As interações verbais e mediação pedagógica contribuíram para o desenvolvimento mental e da percepção, atenção voluntária e apropriação na leitura e escrita.
A supervalorização do diagnóstico de autismo na escola: um estudo sobre subjetividade social	Subjetividade social de alunos autistas e a prática pedagógica.	Analisar a subjetividade social em seus processos de constituição e configuração em contextos de aprendizagem de alunos autistas	Teoria da Subjetividade; Vygotsky e Freire; Epistemologia qualitativa.	Dinâmica conversacional; observação; complemento de frases.	O diagnóstico define, orienta e institucionaliza práticas pedagógicas pautadas na crença pedagógica nas ações da Medicina. Professores não se reconhecem como protagonistas do processo de ensino-aprendizagem.

A prática pedagógica na inclusão educacional de alunos com autismo	A prática pedagógica do professor com aluno autista.	<p>Analisar a prática pedagógica do professor com aluno autista.</p> <p>Discutir sobre o autismo. Identificar as implicações da prática do professor no processo de inclusão do aluno com autismo. Conhecer conquistas e impasses do professor na relação pedagógica com esse aluno.</p>	Perspectiva biomédica; Baptista e Bosa.	Estudo de caso; observações; entrevistas semi-estruturadas.	<p>Aulas majoritariamente expositivas com técnicas de exposição oral, uso do quadro e cartazes e leituras de texto. As professoras não modificavam suas práticas nem utilizavam estratégias diferenciadas, demonstrando não reconhecer a importância de atender às necessidades específicas do autismo de modo a favorecer a inclusão.</p>
Um coelho branco sobre a nave: estudo sobre a escolarização de sujeitos com psicose infantil	Escolarização de sujeitos com psicose infantil e autismo.	<p>Pesquisa de caráter exploratório que buscou investigar processos de escolarização de sujeitos com psicose infantil e autismo, analisando serviços, percursos e possibilidades.</p>	Psicanálise; Pedagogia institucional	Pesquisa documental; entrevistas semi-estruturadas com equipe e assessoria.	<p>É passível de questionamento o “estar na escola a qualquer custo”. É necessário perceber os sujeitos e os espaços de atendimento educacional para reinventar a inclusão desses alunos.</p>

Quadro 5 - Esquematização dos dados de pesquisa das teses e dissertações selecionadas

Apêndice 6: Modelo de termo de consentimento **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada “**Sobre a escolarização de crianças diagnosticadas com TEA e os (d)efeitos do diagnóstico psiquiátrico para a Educação**”, que tem como pesquisador/a responsável Isabel de Barros Rodrigues, aluna da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, orientada por Carla Biancha Angelucci, as quais podem ser contatadas pelo e-mail ou telefone. O presente trabalho tem por objetivos: entender a partir da experiência de professoras que tenham trabalhado em escolas regulares e tenham experiência e compromisso ético no trabalho com crianças diagnosticadas com TEA, para entender como se dá esse processo de escolarização e, com isso, alargar o campo de discussão sobre a inclusão escolar desse público. Minha participação consistirá em entrevistas gravadas e que serão, posteriormente transcritas. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, minha privacidade. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

Nome Completo

Assinatura

Local e data.