



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Joana de Castro Trotta

**Um olhar para além do orgânico: abordagem psicossocial na inclusão escolar de
crianças e adolescentes com Síndrome de Tourette**

Rio de Janeiro

2016

Joana de Castro Trotta

Um olhar para além do orgânico: abordagem psicossocial na inclusão escolar de crianças e adolescentes com Síndrome de Tourette

**Projeto para Qualificação de monografia
apresentado à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para
aprovação no Curso Técnico em Análises
Clínicas.**

Orientadora: Marise de Leão Ramôa

Rio de Janeiro

2016

Joana de Castro Trotta

Um olhar para além do orgânico: abordagem psicossocial na inclusão escolar de crianças e adolescentes com Síndrome de Tourette

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio em Análise Clínicas.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marise de Leão Ramôa

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^a Pilar Rodriguez Belmonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^a Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Marise Ramôa, por ter me acompanhado e ajudado nessa caminhada que foi escrever a monografia, por mais difícil que tenha sido ela me ajudou em todos os momentos, me deixou livre a escrever sobre o que queria e trilhou junto comigo o desafio de abordar esse tema.

Agradeço também a professora Flávia Ribeiro de Imunologia e que também deu aula de PTCC, que entendeu minhas diversas trocas de temas e me ajudou a encontrar orientador faltando pouco mais de duas semanas para entregar o pré-projeto. Obrigada por ter sido tão presente.

Agradeço principalmente à minha mãe, que em nenhum momento desistiu de mim, e que sempre torceu pela minha vitória. Sempre estive ao meu lado, nos momentos bons, e principalmente nos ruins, não me deixou desistir do que eu sempre quis até então, que era estudar na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Obrigada por estar sempre comigo e acreditar em mim, até mesmo quando eu não acreditava.

RESUMO: A Síndrome de Tourette (ST), segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID X, é considerada como um transtorno do comportamento que aparece habitualmente durante a infância e adolescência, porém para a American Psychological Association (APA) a síndrome pode ser definida como um distúrbio neuropsíquico ou ainda, considerada apenas como um sofrimento psíquico. A mesma se caracteriza pela presença de tiques motores e vocais que ocorrem de maneira involuntária, o que pode vir a causar um acentuado grau de constrangimento e sofrimento a criança ou adolescente com ST, dificultando suas relações familiares e escolares. Na condição de aluno e não se desenvolvendo de maneira produtiva socialmente, pode vir a ter problemas de aprendizado, aumentando seu nível de exclusão. Esse estudo tem como objetivo, a partir da leitura de artigos e trabalho de campo, identificar as concepções referentes a Síndrome, no que tange a abordagem psicossocial e biomédica e compreender como tais concepções podem vir a influenciar o processo de inclusão social de crianças e adolescentes.

PALAVRAC-CHAVE: educação inclusiva; síndrome de Tourette; abordagem psicossocial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I	11
CAPÍTULO II	21
CAPÍTULO III.....	27
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	34

INTRODUÇÃO

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), a Síndrome de Tourette (ST) encontra-se incluída nos Transtornos de Tiques, que por sua vez são incluídos no capítulo de Transtornos do Neurodesenvolvimento. Já na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), a ST apresenta-se classificada como transtorno do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância. Já para a American Psychological Association (APA), a ST é indicada como um distúrbio genético de natureza neuropsiquiátrica, caracterizado por fenômenos compulsivos, que muitas vezes, resultam numa série repentina de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais, durante pelo menos um ano, tendo início antes dos 18 anos de idade (LOUREIRO, Natália Isabel V., 2005).

A Organização Mundial de Saúde conta, hoje, com duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a CID 10 (classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde) e a CIF(Classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde). A CIF apresenta um modelo biopsicossocial e com isso coloca em cheque o modelo médico tradicional(Di Nubila, 2007). Esta será apresentada no decorrer do trabalho.

A maioria das classificações se relacionam apenas com o saber médico tradicional, exclusivamente topográfico, onde há a ideia de localização das doenças mentais no cérebro, pensadas a partir de neurotransmissores. Porém, tais classificações, ao padronizarem a sintomologia da síndrome, desconsideram fatores que contribuem para o processo de adoecimento, que se estende para além de uma causa orgânica. A ocorrência dos tiques pode vir a ter causas distintas de algum distúrbio neuropsíquico. A partir da análise de alguns estudos de casos poderemos demonstrar que os tiques podem ser a expressão de fatores combinados, como por exemplo algo que se produz a partir, também, do meio social em que a criança ou adolescente vive.

Freud descreveu um caso de histeria - Emma von N., onde se superpunham tiques motores simples, como contração de músculos do rosto e pescoço aliado a vocais, que interrompiam com frequência suas observações. Tais interrupções ocorriam de tempos em tempos, a ponto de produzir gagueira, porém a mesma parecia perfeitamente consciente e revelava grau de instrução e inteligência. Tais interrupções ocorriam de

modo tão súbito que a paciente nem percebia (HOUNIE e PETRIBU, 1999). Através de hipnose, Freud pode relacionar os tiques a supostos traumas psíquicos. As observações interrompidas seriam uma fórmula protetora contra conteúdos “perigosos” emergentes à consciência (HOUNIE e PETRIBU, 1999). A partir disso Freud tentou explicar o surgimento dos tiques através da teoria do contra vontade.

Dessa forma, podemos pensar que a causa dos tiques deve ser analisada para além de uma descrição de sinais e sintomas, e que tais concepções podem influenciar na inclusão social de crianças e adolescentes com ST. Já que a escola é o um importante espaço de socialização, depois do núcleo familiar, tais concepções da síndrome como distúrbio ou transtorno precisam ser compreendidas e desconstruídas, para que a criança ou adolescente com ST possa vir a ter uma inclusão social realizada de maneira que as proporcione um bem estar físico, mental e social, ou seja, que promova saúde, segundo a concepção de saúde a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A criança e ao adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (ECA - Título II dos Direitos Fundamentais Capítulo I Do Direito à Vida e à Saúde Art. 7.º).¹

Propomos, aqui, uma abordagem que possa desconstruir a dicotomia entre corpo e mente e entre normal e patológico e um dos primeiros autores a propor tal desconstrução foi Sigmund Freud, assim como George Canguilhem.

Não há patologia objetiva. Podem-se descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, mas não se podem chamá-los de patológicos com base em nenhum critério puramente objetivo. Objetivamente, só se podem definir variedades ou diferenças, sem valor vital positivo ou negativo (CANGUILHEM, 2011, p. 164 apud Gama, 2012).

¹O completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade (Organização Mundial da OMS; 2011.)

O desencadeamento dos tiques pode vir a trazer grande constrangimento para a criança ou adolescente. Por se tratar de ações involuntárias podem vir a trazer um grande estresse para o núcleo social da criança ou adolescente, o que de certa forma os faz querer buscar soluções rápidas e que controlem os tiques, ou seja, a busca por psicofármacos ou até mesmo de cirurgia. Mas ao realizar essa busca por uma solução supostamente rápida, o núcleo social em que a criança ou adolescente está inserido pode vir a rotular a síndrome em uma das concepções de distúrbio ou transtorno² que apenas levam em consideração a sintomatologia.

Ao ingressarem no ambiente escolar, o núcleo social da criança ou adolescente aumenta, ou seja, passa a ser mais do que apenas a sua família, educadores, colegas de turmas antigas e de bairro, a entrada de mais personagens na vida da criança com ST, pode vir a retirá-la da sua zona de conforto usual, onde ela se relacionava mais ou quase exclusivamente com a família, o que pode vir a dificultar suas interações e prejudicar as relações já existentes. Quando se realiza um processo inclusivo baseado em uma abordagem psicossocial, considera-se uma multidimensionalidade clínica, onde o foco passa a ser o cuidado do próprio meio social, e a promoção de condição para uma existência favorável, objetivando preservar ou resgatar laços de pertencimento, e mesmo o de construir laços (Couto, M. C.V. e Delgado, P.G.G.D., 2010. p.03). Ou seja, a abordagem psicossocial contempla a articulação entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte do psíquico, envolvendo relações do aspecto de interação entre os aspectos físicos, psicológicos, do meio ambiente natural e do social (ALVES, Edvânia dos Santos e FRANCISCO, Ana Lúcia, 2009).

A razão da realização desse estudo se deu pelo interesse em conhecer, por meio de pesquisas e análise, quais são os métodos utilizados para realizar a inclusão de crianças especificamente com ST no espaço escolar, no sentido de compreender de que forma tais métodos se relacionam a concepções da síndrome de Tourette enquanto transtorno, distúrbio ou enquanto existência-sofrimento.

“(…)Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da

² Definição de distúrbio: Alteração da normalidade, seja de natureza estrutural, funcional ou comportamental.

Definição de transtorno: Algo que provoca um desarranjo, uma desordem na área psíquica do indivíduo, são distúrbios relacionados a uma resposta de medo ou ansiedade, ativada em uma situação em que não é necessária, ou durante um período mais prolongado do que o necessário.

Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência. ” (Rotteli, 1988, p.01)

A partir da revisão bibliográfica realizada, pudemos perceber que existem metodologias baseadas em uma compreensão psicossocial que podem contribuir para pensar as relações entre escola, família e a criança ou adolescente, realizando assim possíveis estratégias de cuidado que proporcionem um bem-estar social a criança.

CAPITULO 1

SINDROME DE TOURETE E SUAS CONCEPÇÕES

As diversas literaturas que abordam temas sobre a Síndrome de Tourette (ST) a descrevem de diferentes maneiras e a partir de diferentes concepções. No manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), a Síndrome de Tourette (ST) encontra-se incluída nos Transtornos de Tiques, que por sua vez são incluídos no capítulo de Transtornos do Neurodesenvolvimento, na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), a ST apresenta-se classificada como transtorno do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância (LOUREIRO, Natália Isabel V., 2005). Essas classificações colocam a ST como “transtorno” ou “distúrbio” que possuem traduções que não englobam saberes que não sejam exclusivamente médicos, colocando de lado o meio social e o ambiente em que a criança está inserida, que influenciam diretamente no processo de adoecimento.

Hoje a Organização Mundial de Saúde (OMS) conta com as classificações CID-X e Classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) como referência para descrição de doenças e problemas relacionados a saúde. A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, permitindo uma visão diferente da saúde, sendo a condição ou estado de saúde visto dentro de contextos específicos. Como classificação de saúde, a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com a complexidade que envolve a experiência complexa de saúde (Di Nubila, 2007). Esse novo modo de compreender a situação de saúde deriva de um modelo biopsicossocial que apresentado pela CIF, que coloca em cheque o modelo médico tradicional (Di Nubila, 2007).

De forma diferenciada das Classificações e Manuais, encontramos referências bibliográficas sobre a ST que partem da concepção de que a construção social influencia na maneira de classificar ou descrever uma doença. A partir da leitura de alguns estudos de caso podemos perceber que nenhum quadro de

Síndrome de Tourette apresenta tiques similares, cada caso tem sua particularidade, o que reforça a ideia de que o ambiente pode vir a influenciar na maneira como os tiques se apresentam. Classificações como a da CID-X e APA se baseiam apenas em sintomatologia e saberes clínicos, que buscam uma localização e explicação topográfica do processo de doença, mas esse processo não se dá apenas por uma sintomatologia específica do corpo físico.

1.1 SÍNDROME DE TOURETTE: MODELO BIOMÉDICO E BIOPSIKOSSOCIAL

Como podemos observar, as concepções relacionadas a Síndrome de Tourette estão diretamente vinculadas às perspectivas dos modelos biomédico e biopsicossocial. Tais modelos possuem uma influência demasiadamente importante na construção do tratamento e inclusão escolar da criança com ST.

O Modelo Biomédico possui uma visão muito simplista sobre o processo de doença, onde o estado de bem-estar e saúde se basearia na ausência de doença. A concepção de mecanização do homem existe desde teorias propostas por Galileu, porém tal percepção do homem se mantém até hoje. Tal maneira como o homem vem sendo tratado pelos profissionais de saúde mostra como essa visão ainda se mantém forte, quando ocorre um processo de adoecimento e procura-se alguma unidade de saúde, as relações entre paciente e profissional de saúde baseiam-se apenas em perguntas mecanizadas e descrições em computadores, a relação interpessoal entre ambos se torna muito distante, a busca é somente por uma localização específica do sintoma apresentado e por uma “cura” imediata.

Ao excluir da discussão os aspectos sociais e psicológicos do paciente, tal modelo ignora a importância desses e dificulta o processo de bem-estar real do paciente. Tratando-se do campo da psicologia, o ponto de vista do modelo biomédico dificulta ainda mais essa aproximação de profissional e paciente, pois não promove tal, porque muitas vezes busca um fator etiológico que não é palpável, e sim mais subjetivo.

No caso da Síndrome de Tourette, diversas literaturas a apresentam como distúrbio genético ou buscam ligações com pacientes que já tiveram febre reumática, excluindo totalmente qualquer influência social que possa ter levado ao desenvolvimento do tal processo. Freud pode descrever o tique de Emma von N., que consistia em um estalido com a boca e interrupções vocais de tempos em tempos. Tais interrupções, segundo Freud, iniciavam de maneira tão involuntária como terminavam. Emma enunciava frases como “Fique quieto! – Não diga nada – não me toque! ” (HOUNIE, Ana; PETRIBU, Kátia, p.10, 1999). A partir do recurso da hipnose Freud(id. Ibid, 1999) pode perceber que tais tiques ocorriam como uma proteção contra algum conteúdo perigoso e que

derivavam de traumas psíquicos. Esse estudo de caso pode, por exemplo, demonstrar como o modelo biomédico pode vir a ser não tão eficaz no tratamento de doenças do campo psiquiátrico como o ST, pois esse modelo não considera fatores sociais ou psíquicos; as considerações feitas são baseadas numa mecanização humana onde o médico seria responsável pela troca de peças.

Já o modelo biopsicossocial promove uma interação entre três fatores: social, o psíquico e o biológico, não deixando de lado nenhum deles para a compreensão do seu processo de adoecimento. Tal modelo coloca em evidência dois outros fatores que não são colocados no modelo biomédico, os aspectos sociais e psíquicos que são tão importantes quanto o biológico, que é exclusivamente priorizado no modelo dito anteriormente. O modelo biopsicossocial não ignora a importância dos sintomas biológicos, ele compreende que a manifestação das doenças se dá num corpo, mas que esse é tanto físico, como cultural.

A partir da perspectiva biopsicossocial é evidente a importância de uma comunicação efetiva, no sentido de criar vínculo adequado, assegurando que os problemas e preocupações dos pacientes são entendidos por aqueles que oferecem cuidado (De Marco, Mário Alfredo, 2006). Com a Síndrome de Tourette, podemos observar estudos de caso que demonstram a importância da consideração do meio social e psíquico do paciente, como por exemplo no livro de Olivier Sacks: *Um antropólogo em Marte*, onde ele descreve a história de um cirurgião que convivia com Síndrome de Tourette, porém em momentos de alta concentração como na hora de realizar o procedimento em algum paciente, os tiques simplesmente cessavam. O personagem descrito possuía um tique em que produzia repetidas vocalizações enunciando “Hi, Patty!”, Patty era a ex-namorada do cirurgião descrito por Oliver Sacks. Nesse caso podemos ver como acontecimentos cotidianos podem influenciar a mente, podendo “determinar” o tipo de tique. Um outro exemplo que demonstra bastante essa relação entre os aspectos psíquicos e sociais com os tiques produzidos é o de um relato de caso em que uma menina de 13 anos, produzia tiques de proferir palavras obscenas involuntariamente (coprolalia) e era constantemente repreendida, pois vivia em uma família extremamente conservadora onde

irritabilidade, insatisfação e uso de palavras de baixo calão não eram permitidos, tendo esse tique se apresentado num período de desenvolvimento da adolescência.

A partir de algumas experiências, os autores confirmam que existem variações culturais importantes nos processos mentais de construção do eu e do outro. Assim, quando abordam um tema relativo à sua mãe, os chineses ativam uma zona do cérebro (MPFC) que os norte-americanos só ativam quando pensam em si próprios. Em termos comparativos, os segundos ativam mais áreas do cérebro quando veem fotos de si mesmos, mas ativam menos áreas quando observam imagens dos seus familiares. É interessante que, segundo estes autores, este “sentido de identificação”, bem como o seu oposto “sentido de distinção”, são experiências afetivas (culturalmente condicionadas) e que dão origem a um mapa interno de self-relatedness. Mesmo sem considerar mudanças físicas no cérebro, vários neurologistas têm vindo a notar como a adoção de certos papéis sociais permite alterar as configurações neurais que coordenam os padrões motores (disposições), o que permite inclusive superar certos problemas mentais. É o caso, por exemplo, de um paciente de Oliver Sacks (1996), cujas manias e tiques compulsivos (síndrome de Tourette), que o afligiam frequentemente, se suspendiam no momento em que assumia a sua atividade profissional como cirurgião. Como conclui o autor, “o que aqui se observa é um ato fundamental de encarnação ou personificação, por meio do qual as aptidões, os sentimentos, a totalidade dos engramas neurais dum outro eu, depois de assumirem o controle do cérebro, redefinem a pessoa e todo o seu sistema nervoso enquanto dura a representação” (1996: 133). Esta constatação permite-nos observar o efeito profundo da consciência, inclusive, sobre as disposições inconscientes dos indivíduos (Abrantes, Pedro, pág. 20, 2016).

Com esses exemplos podemos perceber como o ambiente, o psíquico e a história do sujeito pode vir a influenciar na maneira em que os tiques se desenvolvem. Tais campos são primordialmente abordados e considerados pelo modelo biopsicossocial, que possui um ponto de vista que contempla abordagens mais voltadas para o melhoramento das interações do sujeito, incluindo-o no meio social em que vive.

1.2 ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

O ser humano é a singularização de toda a história da humanidade. Cada pessoa é única e múltipla, pois, ao mesmo tempo em que se individualiza, o faz personificando seus ancestrais e aqueles com quem compartilha sua existência (Safra, 2004)

Em meados do século XVIII foi proposta uma nova forma de tratamento para os loucos por Phillippe Pinel, que se baseava na transferência dos sujeitos a manicômios destinados somente a pessoas com transtornos mentais. Para Pinel o tratamento nos manicômios baseava-se em reeducação de alienados, respeito às normas e desencorajamento de condutas invejáveis. Os médicos do manicômio deveriam exercer uma função disciplinadora com firmeza, porém gentilmente, ou seja, tratava-se de uma visão moral a qual a “loucura” era revestida. Ao passar do tempo esse tratamento vai se tornando vazio de ideias originais, permanecendo apenas as ideias corretivas, como imposição de ordem ao comportamento dos sujeitos ali internados. No século XIX, duchas, medidas físicas, chicotadas e banho frio foram incluídas nas medidas de tratamentos. A partir da segunda metade do século XX, impulsionada por um psiquiatra italiano, inicia-se uma crítica radical sobre os tratamentos e instituições psiquiátricas e desencadeia-se um movimento antimanicomial que tem como ideia principal a defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que levam consigo os transtornos mentais. Dos aliados a essa luta nasce a Reforma Psiquiátrica que propunha uma rede de construção de estratégias comunitárias e inclusivas, e a denúncia dos manicômios como instituições violentas. No Brasil a Reforma foi iniciada em meados da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde e familiares.

A reforma no Brasil visou principalmente a desinstitucionalização manicomial e a busca de novos conceitos a atenção em saúde mental. A criação do primeiro equipamento substitutivo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Itapeva (SP), e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (SP) inaugurou o modo estratégico de substituição aos manicômios (Pereira, E. C. & Costa-Rosa, A. ,2012;Costa-Rosa, 2000; Yasui, 2006)

De acordo com Costa Rosa (2000), o Modo Psicossocial é um modo de produção de saúde focado no sujeito e seu sofrimento, que considera a dimensão sociopolítica da doença e os fatores biopsicossocioculturais, tal como a implicação do sujeito do sofrimento diante do tratamento e sua inserção na Instituição. A ação é integral e realizada por equipe interprofissional, havendo o diálogo de diversos saberes; com respeito à organização institucional, as relações são horizontais, ocorrendo na forma de reuniões capazes de aumentar o poder de decisão coletiva e cabendo a autogestão e a interdisciplinaridade. O espaço de tratamento – CAPS, NAPS, Centro de Saúde, Hospital-Dia, Ambulatório de Saúde Mental, Centros de Convivência – produz efeitos sobre o sujeito inscrito num território onde possui acesso livre, em espaço de interlocução cuja meta final é o reposicionamento subjetivo, conjuntamente com a implicação subjetiva e sociocultural com efeito de uma ética (Pereira, E. C. & Costa-Rosa, A., 2012)

A abordagem psicossocial contempla, portanto, o sujeito em suas múltiplas dimensões. Assim ela considera a multidimensionalidade da clínica, em que estão envolvidos aspectos de interação entre o físico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social (Alves, Edvânia dos Santos, & Francisco, Ana Lúcia, 2009).

Ou seja, tal abordagem considera o fato de que nosso processo de adoecimento não se relaciona apenas a fatores físicos, mas que nosso histórico de vivência pode deixar marcas tanto no físico quanto no psíquico, afetando não apenas o sujeito como a um todo. No que diz respeito ao sujeito que busca atenção psicológica, tal abordagem traz as relações familiares e comunitárias a uma atenção maior do que a individual, a fim de que as relações se fortaleçam a partir de uma responsabilidade compartilhada, ou seja, o indivíduo não é culpado pelo seu sofrimento psíquico e não precisa lidar com isso sozinho.

A ação clínica, em uma perspectiva psicossocial, tenta compreender a complexidade do ser humano em seus processos de troca e no desenvolvimento de ligações baseadas nas experiências construídas (Alves, Edvânia dos Santos, & Francisco, Ana Lúcia, 2009).

O que significa que a adoção dessa abordagem leva em conta a intersectorialidade e a interdisciplinaridade para promover uma integralidade do cuidado.

Saraceno (apud Alves & Francisco, 2009) enfatiza a relevância da abordagem psicossocial voltada para os usuários da saúde mental, pois fortalecê-los implica criar instrumentos que potencializem o sujeito para a produção de projetos de vida no sentido da ressocialização (Alves, Edvânia dos Santos, & Francisco, Ana Lúcia, 2009). O método de abordagem psicossocial trata do indivíduo na sua integralidade, não apenas uma máquina com peças quebradas.

1.3 ABORDAGEM PSICOSSOCIAL E A ST

Podemos ver como a estratégia de abordagem psicossocial lida com a interação e busca de certa forma a ressocialização do indivíduo em seu meio social.

Como já apresentado, a Síndrome de Tourette possui uma variabilidade muito grande de formas de tiques, ou seja, nenhuma criança apresenta sintomas iguais ou se quer parecidos, cada caso é diferente de outro. Isso mostra como os tiques e a maneira como se apresentam podem vir a ter algum tipo de influência histórica da vivência da criança, ou seja, a apresentação dos tiques na ST em si vai além de uma causa patológica específica e localizada.

Freud quando descreveu através de hipnose o caso de ST em Sra. Von N pode relacionar o conteúdo dos tiques a traumas psíquicos e suas locuções involuntárias com uma forma de se proteger contra conteúdos perigosos que espreitavam a consciência.

Mais tarde, Margareth Mahler supôs que os tiques geralmente tinham um substrato orgânico, mas só se manifestavam em crianças que tinham passado por traumas psíquicos severos que haviam sido reprimidos.

Mahler e Luke (1946) salientavam que a psicoterapia deveria possibilitar ao ego da criança uma oportunidade de abrir perspectivas a respeito de seus impulsos. O tratamento deveria proporcionar força ao ego para que ele pudesse lidar com seus impulsos (apud BASTOS, Andre Goettems, 2013). Podemos pensar os tiques de diversas maneiras, como uma censura a conteúdos perigosos, reações involuntárias, simbolizar a intensidade dos tiques já que ocorrem em momentos simbólicos e sua intensidade. Estes fenômenos foram entendidos por Freud como manifestações do inconsciente, formações ou produções deste. Estas formações do inconsciente possuem um significado, são sobredeterminadas, uma vez que estão associadas a conflitos psíquicos e passam por mecanismos de condensação e deslocamento. Nas ecolalias e coprolalias é exatamente isso que ocorre: um funcionamento metafórico e metonímico da língua. A repetição é literal e o sentido é rígido, fixo, justamente porque o psiquismo sofre para elaborar o conflito. Repetir, repetir, repetir. Até elaborar, se possível for (BASTOS, Andre Goettems, 2013).

Os sintomas da ST parecem de certa forma uma regressão a uma época primitiva do ser, uma repetição de uma parte de sua existência ou uma sequela

de alguma vivência. A importância da abordagem psicossocial em crianças com ST é justamente levar em consideração não só o fato da sintomatologia ser os tiques, mas sim, a maneira como os tiques se apresentam, pois, eles podem ser um reflexo de um algum trauma psíquico ou alguma representação de uma parte de sua vida, como apresentado no caso do cirurgião que repetia uma saudação a sua ex namorada.

Finalmente, pode-se cogitar que os tiques – todos eles, de todas as etiologias – são fenômenos originados psiquicamente e transformados em atos corporais, mas isso não significa que não possamos considerá-los como produções subjetivas constituídas a partir de uma concepção epigenética do sujeito, nem que esse sujeito não mereça ser atendido e respeitado em suas características. Temos que atender às demandas da clínica e olhar, sempre, para a subjetividade. Acreditamos que “nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar” (FREUD, 1927 pg. 128 apud BASTOS, André Goettems - 2013)

O ambiente em que a criança está inserida possui uma grande importância na maneira como vai se dar o cuidado. Então, suas histórias e familiares precisam ser incluídos nesse círculo para que haja uma ressocialização da criança e uma melhora em seu bem-estar. E o método de abordagem psicossocial leva em consideração todos esses meios, pensando não apenas no indivíduo como um só, mas como um ser construído a partir de suas vivências, suas memórias e seu sofrimento psíquico ou físico também são influenciados pelo meio. A abordagem psicossocial pode vir a ajudar na ressocialização de indivíduos com diferentes tipos de sofrimentos psíquicos, porém com a Síndrome de Tourette, o fato de levar em consideração o meio é essencial para o entendimento da Síndrome e a maneira como vai se dar o cuidado e sua inclusão no meio social. A partir disso podemos pensar em como esse método de abordagem pode influenciar num modelo de escola inclusiva, ou seja, será que a escola inclusiva, que possui alunos com ST tem um olhar para o cuidado que se baseia numa concepção psicossocial para realizar a ressocialização de tais crianças?

CAPITULO 2

PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA EDUCACIONAL INCLUSIVO.

É importante para o entendimento do processo de formação da escola inclusiva, compreender um pouco sobre o histórico de como a sociedade vem, ao longo dos anos, lidando com o diferente.

Na Antiguidade, a organização das sociedades se caracterizava principalmente pela presença de um poder absoluto sobre uma minoria completamente excluída de decisões da comunidade, na qual era apenas responsável pelo trabalho pesado, enquanto a nobreza usufruía dos bens e regalias. Nesse contexto, a pessoa diferente, com limitações funcionais e necessidades diferenciadas, era praticamente exterminada por meio de abandono, o que não representava um problema de natureza ética ou moral. A bíblia traz referência aos cegos, mancos e aos leprosos – a maioria dos quais sendo pedintes ou rejeitados pela comunidade, seja pelo medo da doença, seja porque se pensava que eram amaldiçoadas por Deus (Aranha, M. S. F., 2005).

Na Idade Média o modo de organização sociopolítica era praticamente o mesmo, acrescentando apenas o fato de que havia mais uma instituição de poder, o Clero. A partir desse momento os sujeitos que possuíssem alguma deficiência não poderiam mais ser exterminados, pois também eram considerados sujeitos filhos de Deus. Porém, continuavam entregues à própria sorte, dependendo de outros para sua sobrevivência. Alguns desses sujeitos eram tidos vistos como meio de “diversão” como bobos da corte ou em exposições.

A partir do século XIII houve o surgimento de instituições que abrigavam os sujeitos considerados doentes mentais. Na questão educacional, nesse período, houve uma divisão em duas vertentes, uma com o objetivo de formar pessoas que servissem ao clero, como padres, bispos entre outros, e a outra com objetivos mais diferenciados, com objetivo de formação de

profissionais que pudessem trabalhar em prol da sociedade em funções que não fossem religiosas.

Entretendo, “*a rigidez ética carregada da noção de culpa e responsabilidade pessoal conduziu a uma marcada intolerância, cuja explicação última reside na visão pessimista do homem, entendido como uma besta demoníaca, quando lhe venha a faltar a razão ou a ajuda divina. É o que Pintner (1993, apud Aranha, M.S.F. 2005, pág. 13) chamou de ‘época dos açoites e das algemas’ na história da deficiência mental.* Ou seja, as visões sobre o diferente até então, ou eram de não considerar a existência de tais pessoas ou, partindo de uma visão de natureza religiosa, tendo-os como pessoas demoníacas ou possuídas pelo demônio, como uma punição divina.

Após a queda da Monarquia e a destruição da hegemonia religiosa, a partir da Revolução Francesa, no que se refere à deficiência, surgiram novas ideias referentes à natureza orgânica, ou seja, derivado de causas naturais e não mais uma explicação metafísica.

O Século XVII foi palco de novos avanços no conhecimento produzido na área da medicina, o que fortaleceu a tese de organicidade e a compreensão da deficiência como processo natural. Segundo Pessotti (1984, apud Aranha, M. S. F., 2005, pag. 15), John Locke propôs, em sua obra *Essay Concerning Human Understanding* (1690), que o homem, ao nascer, é uma tábula rasa, ou seja, um ser absolutamente vazio de informações e de experiências. Segundo o autor, sua mente vai se preenchendo com a experiência, fundamento de todo o saber.

Durante os séculos XVI e XVII, existiam hospedarias e Santas Casas para o acolhimento de loucos, prostitutas, ladrões, doentes e miseráveis, administrados por religiosos para aqueles considerados excluídos. Baseava-se num local de acolhimento que lhes dava uma suposta sensação conforto e, imaginaria diminuição do sofrimento. Tais Casas em si, surgiram como espaços em que pudessem se isolar do social o processo de morte, ou seja, as instituições denominadas Santas Casas acabavam aumentando o isolamento, quando não causando a morte de alguns doentes que por elas eram acolhidos. Assim, os “hospícios” tinham como

característica o isolamento de todos aqueles que podiam representar uma ameaça à ordem social. Os enclausuramentos ocorridos desde a Idade Média, não tinham nenhuma ideologia vinculada à medicalização, existindo apenas uma prática de suposta proteção, que se referia à exclusão. Só a partir do século XVIII que os internamentos começaram a ter finalidades médicas e terapêuticas.

Nesse período foram criadas casas de correção e hospitais gerais, que tinham como objetivo retirar da cidade os “antissociais”, em geral, e lhes oferecer trabalho, tendo como característica as punições como maneira corretiva e de reeducação a partir de uma instrução religiosa moral. Os considerados loucos ficavam confinados nos porões das Santas Casas e Hospitais gerais e eram submetidos aos mesmos métodos corretivos punitivos que os demais. No final do século XVIII, com os princípios da Revolução Francesa e com os direitos dos homens declarados, houve denúncias contra as internações, contra os métodos punitivos e o confinamento dos doentes mentais e daqueles marginalizados socialmente. Iniciou-se um movimento de reforma de serviços que resultou na criação de manicômios, que seriam espaços destinados aos considerados loucos, que seriam separados dos demais nos asilos e receberiam, segundo tal proposta, cuidado psiquiátrico sistemático.

Os manicômios surgem no final do século XVIII, para tratar a “loucura”. Philippe Pinel criou o primeiro “método terapêutico” para os considerados loucos, que se baseava no denominado Tratamento Moral, que se caracterizava pelos confinamentos e sangria e que consistiam na inspeção moral do médico para convencer o indivíduo considerado louco a voltar à sanidade, buscando analisar e classificar seus sintomas, demarcando assim o hospital psiquiátrico como local social dos considerados loucos.

A medicina foi produzindo e sistematizando novos conhecimentos; outras áreas de conhecimento também foram acumulando informações acerca da deficiência, de sua etiologia, seu funcionamento e seu tratamento. Entretanto, esse paradigma – da institucionalização – permaneceu único por mais anos, sendo, ainda hoje, encontrado em diferentes países, inclusive no Brasil. Caracterizou-se, desde o início, pela retirada das

peças com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção das mesmas em instituições, residências segregadas ou escolas especiais, frequentemente situadas em localidades distantes de sua família (Aranha, M. S. F., 2005, pag. 16)

A partir de 1960 este paradigma começou a ser analisado criticamente. Erving Goffman publicou *Asylums – em português: Manicômios, Prisões e Conventos* – uma obra de análise dos efeitos e características da Institucionalização.

“Um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídas da sociedade mais ampla, por um longo período de tempo, levam juntas uma vida enclausurada e formalmente administrada” (Goffman, 2001, p.14).

Muitos foram os autores que realizaram críticas a esse modelo de institucionalização, baseando-se em sua inadequação e ineficiência para realizar a sua proposta de recuperação ou preparação das pessoas com necessidades educacionais especiais à vida em sociedade. Tais questionamentos, em oposição ao processo de Institucionalização, vinham de diferentes lados e motivados por diversos interesses. Tinha-se o interesse do sistema econômico, pois se tornava caro manter as pessoas institucionalizadas e improdutivas em condições de segregação e dependentes, pois não eram vistos como produtivos economicamente. Sendo assim, o discurso de produtividade e autonomia de vida, voltada para o interesse na mão de obra que poderia não estar sendo utilizada devido as condições de saúde mental daqueles indivíduos, se tornava interessante no ponto em que, se acreditava que com tais instituições seria possível a volta da produtividade do indivíduo.

Por outro lado, tinha-se também um processo geral de reflexão crítica acontecendo na década de 60, sobre direitos das minorias, liberdade sexual e os efeitos das organizações político-econômicas na construção da sociedade. Levando em conta também o período socioeconômico onde, era interessante para o Estado tornar qualquer mão de obra possível em ativa, diminuindo assim os gastos com instituições de ônus populacional.

Considerando que o paradigma tradicional de institucionalização tinha demonstrado seu fracasso na busca de restauração de funcionamento normal do indivíduo no contexto das relações interpessoais, na sua integração na sociedade e na sua produtividade no trabalho e no estudo, iniciou-se, no mundo ocidental, o movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização, que defendia a necessidade de introduzir a pessoa com necessidades educacionais especiais na sociedade, procurando ajudá-la a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana, no nível mais próximo possível do normal. (Aranha, M. S. F., 2005, pág. 17-18).

Na busca por se afastar do paradigma institucional, adotando-se a ideia de normalização, cria-se o conceito de integração, que se baseava na necessidade de modificação das pessoas com necessidades educacionais especiais, de maneira que viesse a se tornar mais parecida com os demais cidadãos e pudesse ser inserida e integrada ao convívio em sociedade. Sendo assim, integrar significaria encontrar o alvo de mudança no sujeito. Entendia-se que era necessário oferecer a essas pessoas, serviços e recursos que visibilizassem as modificações que as tornasse mais “normais” possíveis. Esta oferta de serviços se caracterizava por três etapas; a primeira se baseava numa avaliação de uma equipe de profissionais que identificariam, a partir da sua opinião, o que necessitaria ser modificado no sujeito; a segunda, uma intervenção na qual a equipe passaria a oferecer cuidados sistematizados, que seriam norteados pelos resultados anteriores; a terceira e última seria, um encaminhamento do indivíduo para a vida em comunidade. As manifestações educacionais se efetivaram desde o início por esse sistema de prestação de serviços, nas escolas especiais e centros de reabilitação. Não demorou para aparecer as críticas a esse sistema de prestação de serviços, vindo tanto da academia como das próprias pessoas submetidas a tal modelo de integração. Parte das críticas era proveniente da dificuldade real no processo de busca pela “normalização”. Tais diferenças na realidade, não deveriam ser apagadas, mas sim administradas no convívio social. Outras críticas referiam-se ao

fato de existirem expectativas de que as pessoas com deficiência pudessem vir a se assemelhar aos que não eram deficientes, como se fosse possível que os homens tivessem caráter ou características iguais, e também ao considerar que o fato de alguns possuírem diferenças e peculiaridades, fosse razão para considera-los de menor valor enquanto humano ou ser social.

Em função de tal debate, a ideia de normalização começou a perder força. Ampliou-se a discussão sobre o fato de a pessoa com necessidades educacionais especiais ser um cidadão como qualquer outro, detentor dos mesmos direitos de determinação e de uso das oportunidades disponíveis na sociedade, independentemente do tipo de deficiência e do grau de comprometimento que apresentam (Aranha, M. S. F., 2005, pag. 20-21)

De maneira geral, entendeu-se que as pessoas com deficiência necessitam tanto de serviços de avaliação e capacitação, porém essas medidas não podem ser as únicas, caso a sociedade queira manter uma relação de respeito e honestidade com essa parcela de seus constituintes. Cabe também a sociedade, se reorganizar, de forma que todos os cidadãos, independentemente de suas peculiaridades tenham acesso à educação, saúde entre outros. Em meio a essa busca por um modelo de convivência, que, não segregasse as pessoas com deficiência, mas sim lhes permitissem os mesmos acessos disponíveis aos outros cidadãos, que se desenvolveram processos que disponibilizavam suportes e instrumentos que garantiam às pessoas com necessidades educacionais especiais o acesso imediato a qualquer recurso da comunidade. Os suportes oferecidos podem ser de diferentes tipos, mas toda visão favorece a construção social a partir de um processo denominado Inclusão Social.

No âmbito da educação, a opção política pela construção de um sistema educacional inclusivo vem coroar um movimento para assegurar a todos os cidadãos, inclusive aos com necessidades educacionais especiais, a possibilidade de aprender a administrar a convivência digna e respeitosa numa sociedade complexa e diversificada (Aranha, M. S. F., 2005).

CAPITULO 3

EDUCAÇÃO INCLUSIVA

O movimento de inclusão teve início em meados da década de 80 e final da década de 90, com o objetivo de incorporar o ensino especial ao regular, tentando assim, diminuir a segregação trazida pelas turmas especiais. Essa questão de união dos ensinos passou a ser discutida mais efetivamente após a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, realizada em 1994 na cidade de Salamanca, na Espanha. A conferência resultou na elaboração de um documento que tinha como objetivo o fornecimento de diretrizes básicas para a reformulação de políticas e sistemas educacionais de acordo com o movimento de inclusão. Um dos princípios da educação inclusiva, é destacado na Declaração de Salamanca: “o princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças deveriam aprender juntas, independente de quaisquer dificuldades ou diferença que possam ter.” (1994, p.05)

O termo “educação inclusiva” cobre variadas tentativas de atender à diversidade total das necessidades educacionais dos alunos nas escolas de um bairro (PACHECO, J.; EGGERTSDÓTTIR, R.; MARINÓSSON, G. L., 2007). Um pressuposto frequente nas políticas relativas à inclusão supõe um processo sustentado unicamente pelo professor, no qual o trabalho do mesmo é concebido como o responsável pelo seu sucesso ou fracasso. É claro que a aprendizagem dos alunos é uma das metas fundamentais, não só do professor, mas de todo o profissional que esteja implicado com a educação e, sem dúvida, uma prática pedagógica adequada é necessária para alcançá-la. Porém, acreditar que este objetivo possa ser alcançado apenas com a modificação destas práticas é uma simplificação que não dá conta da realidade de nossas escolas. Convém aqui lembrar um trecho da declaração de Salamanca que destaca: “A preparação adequada de todo o pessoal da educação constitui um fator

chave na promoção do progresso em direção às escolas inclusivas” (BRASIL, pág. 09, 2007).

Algumas das estratégias encontradas na literatura mostram exatamente esse depósito de responsabilidade de inclusão no professor, a única responsabilidade que os outros funcionários deveriam ter, era a de conhecimento sobre as síndromes e transtornos dos alunos presentes na instituição de ensino. No caso da Síndrome de Tourette a partir da leitura de dois estudos de casos, onde os educadores foram entrevistados, podemos perceber também que, além de muitas vezes a responsabilidade da realização ser depositada quase que, unicamente nos professores, muitos desses educadores não tinham conhecimento sobre como a ST se manifesta, mesmo trabalhando em escolas de cunho inclusivo. Nesses mesmos estudos de caso – encontrados no artigo: *A interação escolar de uma criança com síndrome de Tourette, de acordo com as percepções de pais e professores: um estudo de caso exploratório de HOUNIE, Ana e PETRIBU, Kátia, 2014* –, os pais também não tinham muitas informações sobre a ST, os colegas de sala também não, o que dificulta muito o trabalho de inclusão. Alguns alunos apresentavam medo e rejeição ao colega com ST de sua sala. Isso demonstra como que o processo de inclusão precisa se dar também, para além dos professores e dos alunos que estão sendo inclusos, o processo precisa ocorrer com todos que vivem com as crianças com ST. Além de trabalhos que realizem interações com colegas, outras turmas, funcionários e até mesmo com os pais dos alunos, é preciso que o processo de inclusão não fique centrado apenas na instituição de ensino. Precisa ocorrer um trabalho conjunto com o meio fora da instituição.

Uma política educativa que afirme que sobre o professor recaem as esperanças de melhoria da educação brasileira tem como único efeito situar o professor frente a um ideal que adquire mais a dimensão de um “fardo” a ser carregado solitariamente do que uma possibilidade a ser concretamente alcançada. Esta situação é facilmente verificável através das inúmeras queixas veiculadas pelos professores, muitas vezes impotentes, diante das dificuldades para atender a diversidade dos alunos

(BRASIL, pág. 09, 2007). Sabemos que um professor sozinho pouco pode fazer diante da complexidade de questões que seus alunos colocam em jogo. Por este motivo, a constituição de uma equipe interdisciplinar, que permita pensar o trabalho educativo desde os diversos campos do conhecimento, é fundamental para compor uma prática inclusiva. É verdade que propostas correntes nessa área se referem ao auxílio de um professor especialista e à necessidade de uma equipe de apoio pedagógico. Porém, a solicitação destes recursos costuma ser proposta apenas naqueles casos em que o professor já esgotou todos os seus procedimentos e não obteve sucesso. A equipe, ao invés de estar desde o princípio acompanhando o trabalho do professor com toda a turma, é utilizada como último recurso para encaminhar somente aqueles alunos com dificuldades extremas em relação à aprendizagem.

Ou seja, até o último momento o professor é responsável pelo processo de inclusão, sozinho. Dessa maneira podemos perceber que o papel que a escola está desempenhando, não vai diretamente ao encontro das propostas de inclusão e pode instigar a segregação dos alunos, separando-os entre os que precisam da ajuda de uma equipe de apoio e os que não precisam, de certa forma, medindo o grau de necessidade de inclusão de cada aluno.

Algumas metodologias para tratar dessa questão, propõem a individualização do ensino através de planos específicos de aprendizagem para o aluno. Esta concepção tem como justificativa a diferença entre os alunos e o respeito à diversidade. Porém, como pensar a inclusão se os alunos com dificuldades e, apenas eles, tem um plano específico para aprender? Um plano individualizado, nessa perspectiva, pode ser um reforço à exclusão. Levar em conta a diversidade não implica fazer um currículo individual paralelo para alguns alunos. Caso isto aconteça, estes alunos ficam à margem do grupo, pois as trocas significativas feitas em sala de aula necessariamente acontecem em torno dos objetos de aprendizagem. As flexibilizações curriculares são fundamentais no processo de inclusão educativa (BRASIL, pág. 10, 2007). Isto é, as trocas precisam acontecer para além dos alunos que possuem dificuldades, as interações devem acontecer com todos os alunos, para que, além da

inclusão, seja realizada uma preparação dos outros alunos para a vida em sociedade, que é rica em diversidades, e é preciso que desde criança se aprenda a lidar, conviver e respeitar a pluralidade da sociedade em que vivemos.

As separações entre aprendizagem e a integração social são artificiais, pois sabemos que estes dois fatores são indissociáveis: fazer parte de um grupo implica compartilhar interesses e aprendizagens feitas no mesmo. Que inclusão pode ocorrer caso um grupo todo esteja trabalhando determinado tema, determinado problema, com alguns alunos em exceção, que tem objetivos de natureza funcional a serem alcançados e não de natureza acadêmica, com seus colegas? Com base em que trocas será feita a socialização e a integração dos mesmos no grupo? Uma proposta educativa que não esteja atenta a tais questões apenas cristaliza a diferença do aluno com deficiência dentro da sala regular e reforça a sua exclusão, ainda que compartilhe o mesmo espaço (BRASIL, pág. 11). No caso da ST é necessário que esta proposta educativa ajude os colegas e a criança com ST a não se sentir diferente dos outros colegas e possa se integrar com todos alunos da sala. Numa entrevista com um pai – retirada do artigo: *A interação escolar de uma criança com síndrome de Tourette, de acordo com as percepções de pais e professores: um estudo de caso exploratório de HOUNIE, Ana e PETRIBU, Kátia, 2014* –, ele dizia que, o filho se dava melhor com crianças que eram mais parecidas com ele, que eram mais agitadas. “Os diferentes, que eram os mais bonzinhos, não gostam muito dele, não. Não tinham muita paciência” (HOUNIE, Ana; PETRIBU, Kátia, pag 187. 2014). Essa separação entre os diversos alunos e o aluno com ST, às vezes vem do próprio professor; em outro trecho da mesma entrevista – já citada acima –, o pai diz que a criança gostava muito dos professores, queria levar coisas para agradá-las, mas os educadores não pareciam gostar muito dela, devido a maneira como ela atrapalhava a aula. Isto é, percebemos que o processo de inclusão precisa se dar para além do espaço de formação escolar. Se os professores, adultos, que convivem com essas crianças e já possuem uma maior vivência nessa sociedade pluralizada, muitas das vezes não compreendem ou não sabem lidar com algumas

diversidades apresentadas no cotidiano, pensem numa criança, com Síndrome de Tourette, que está iniciando o seu processo de conhecimento de mundo a partir da escola e se depara sendo excluída no espaço em que promete inclusão. Como tal criança será olhada pela sociedade fora da instituição escolar? Os processos inclusivos, precisam se dar para além de uma instituição, seja ela de saúde ou de educação.

CONCLUSÃO

A partir de revisão bibliográfica por meio de busca nas bases Lilacs e Scielo e em bibliotecas, que contou com descritores: Síndrome de Tourette, abordagem psicossocial e educação inclusiva, pudemos compreender o quão difícil ainda é perceber as pessoas como diferentes, acolher essas diferenças e promover educação para cidadania, que produza transformações nas relações sociais mais amplas.

A educação inclusiva implica na implementação de políticas públicas, na compreensão da inclusão como processo que não se restringe à relação professor-aluno, mas que seja concebido como um princípio de educação para todos e valorização das diferenças, que envolve toda a comunidade escolar (BRASIL, pág. 27).

Iniciativas como as da educação inclusiva são uma ótima estratégia para ensinar as crianças a lidarem com as suas próprias diferenças, porém, tais reflexões não podem ficar restritas apenas à instituição escola. Os próprios pais precisam entender e realizar a inclusão de seus filhos com ST. Em estudo de caso lido, pudemos perceber que os pais da criança com síndrome de Tourette o repreendiam por seus tiques, muitas vezes até de maneira violenta, além de buscarem unicamente uma solução a partir do uso de fármacos. Dessa maneira, é exemplificado que por mais que a criança estude numa escola inclusiva, essa reflexão sobre inclusão, não pode se dar apenas na sala de aula, ou no meio escolar; precisa ser levada para família, e sociedade, o processo inclusivo não deve se dar de maneira institucionalizada.

Com isso, compreendemos a complexidade da síndrome de Tourette e percebemos que não se deve buscar métodos apenas que visem o controle dos tiques, mas um entendimento máximo sobre o porquê do aparecimento dos tiques apresentados e buscar soluções que tragam a criança para as discussões, junto com a família, a escola e a comunidade de forma mais ampla.

O processo de inclusão se inicia quando os pais entendem a complexidade e a diversidade e lidam com isso juntos com a criança e todo o meio envolvido. A escola inclusiva é só mais um passo para uma sociedade mais compreensiva e que entenda que todos são iguais, a partir de suas diversidades. Para tal compreensão foi necessário pensar os processos de institucionalização e desinstitucionalização em relação a formas de abordagem na Educação e na Saúde e por isso adotamos a abordagem psicossocial como referencial teórico, pois o mesmo inclui o olhar para o

sujeito, sua família e o modo como o contexto histórico, social e político lida com pessoas que apresentem diferenças e problematiza as mesmas no sentido de perceber de que forma podem produzir relações estigmatizantes ou inclusivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, 2009.

ARANHA, M.S.F. Inclusão Social e Municipalização. In.: Manzini, E. (org.). Educação Especial: temas atuais. Marília: UNESP-Marília, 2000.

BASTOS, André Goettems. Um estudo psicanalítico sobre a Síndrome de Tourette. In: Revista Psicanálise &Barroco. UNIRIO, 2013.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA). Lei Federal nº. 8069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Documento subsidiário à política de inclusão. Brasília: SEESP, 2007.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. São Paulo, 2010.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais. Salamanca, Espanha, 1994.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. Aplicação das classificações CID 10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Tese de Doutorado em Saúde Pública. USP. São Paulo, 2007.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HOUNIE, Ana; PETRIBU, Kátia. Síndrome de Tourette - revisão bibliográfica e relato de casos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 1999.

LOUREIRO, Natália Isabel V. et al. Tourette: por dentro da síndrome. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PACHECO, J.; EGGERTSDÓTTIR, R.; MARINÓSSON, G. L. Caminhos para a inclusão: um guia para o aprimoramento da equipe escolar. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PAULON, S.M., PINHO, G.S., FREITAS, L.B.L., CABRAL, K.V., BRUM, AC. & LAGO, M. Documento Subsidiário à Política de Inclusão. Brasília, DF: Ministério da educação, Secretaria de Educação Especial. 2005.

PORTUGAL. I Plano de Ação para a Integração das Pessoas contra Deficiências ou Incapacidade para os anos de 2006 a 2009. Resolução do Conselho de Ministros nº120/2006 de 21 de setembro.

RAMALHO, Joaquim et al. Intervenção educativa na perturbação Gilles De La Tourette. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, 2008.

ROTELLI, Franco. A INSTITUIÇÃO INVENTADA. Revista Per la salute mentale/ For mental health 1/1988. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, 1988.

SANTOS, Camila Reis dos. O papel da escola inclusiva: um olhar sobre o aluno com síndrome de Gilles de la Tourette. Revista FACEVV / ISSN 1984-9133. Vila Velha, 2012.

TEIXEIRA, Larissa Lane Cardoso et al. Síndrome de La Tourette: revisão de literatura. **Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)**, São Paulo, 2011.

TERRA, AP, RONDINA, RC, A interação escolar de uma criança com síndrome. Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, 2014.