



MEDICALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO INFANTIL

*Uma problemática em torno
da Educação Especial*

Débora Nascimento de Oliveira
Jair Ronchi Filho



encontrografia



**MEDICALIZAÇÃO E
EDUCAÇÃO INFANTIL**

*Uma problemática em torno
da Educação Especial*

Débora Nascimento de Oliveira
Jair Ronchi Filho



encontrografia

Copyright © 2023 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Tassiane Ribeiro

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin

Design

Nadini Mádhava

Foto de capa: Nadini Mádhava, Freepik.com

Revisão

Letícia Barreto

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Oliveira, Débora Nascimento de
Medicalização e educação infantil : uma
problemática em torno da educação especial /
Débora Nascimento de Oliveira, Jair Ronchi
Filho. -- 1. ed. -- Campos dos Goytacazes, RJ :
Encontrografia Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5456-036-8

1. Educação inclusiva 2. Educação infantil
3. Medicalização 4. Pessoas com deficiência -
Acessibilidade 5. Pessoas com deficiência -
Educação I. Ronchi Filho, Jair. II. Título.

23-165545

CDD-370.115

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação inclusiva 370.115

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

DOI: 10.52695/978-65-5456-036-8

encontrografia

Encontrografia Editora Comunicação e Acessibilidade Ltda.
Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ
28035-581 - Tel: (22) 2030-7746
www.encontrografia.com
editora@encontrografia.com

Comitê científico/editorial

- Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)
- Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)
- Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)
- Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPANHA)
- Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Emilene Coco dos Santos – IFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)
- Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)
- Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)
- Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)
- Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Margareth Vetus Zaganelli – UFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)
- Prof.^a Dr.^a Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães – UFRN (BRASIL)
- Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Sumário

Introdução.....	9
1. A medicalização da educação e da vida	13
2. Considerações teórico-metodológicas.....	20
2.1. O plano de pesquisa.....	20
2.2 Toque, pouso e reconhecimento atento: os discursos medicalizantes e a educação especial	23
3. Pistas para uma pesquisa: a problematização entre dois movimentos	25
3.1. Construções discursivas sobre medicalização dos supostos transtornos/deficiências.....	25
3.2. Construções discursivas sobre a medicalização da condição da deficiência	39
4. Percursos da cartografia: as entrevistas.....	44
4.1. Conhecendo os sujeitos entrevistados.....	46

5. O surgimento de novos movimentos de problematização: medicalização, inclusão e educação especial e a formação docente inventiva.....	47
5.1. Medicalização, inclusão e educação especial.....	47
5.2. A formação docente inventiva.....	67
6. Algumas considerações.....	75
Referências	78

Introdução

O presente livro problematiza os discursos medicalizantes nos cotidianos da educação infantil e como a educação especial é capturada por tais discursos medicalizantes. Por medicalização, entendemos o processo de transformar, artificialmente, questões sociais, históricas e políticas em assuntos de ordem médica.

A essência desse discurso consiste em naturalizar as desigualdades socialmente produzidas e considerar que sua origem está naquilo que é exclusivamente de cada indivíduo. Sem levar em conta a história e as disputas sociais, esse discurso busca no substrato biológico, explicação para as desigualdades, tratando diferenças individuais e desigualdades sociais como se fossem causa e consequência (GARRIDO; MOYSÉS, 2015, p. 171).

No meio educacional, a medicalização materializa-se quando, diante de pessoas que enfrentam “dificuldades” em seus processos de ensino e aprendizagem e modos de se comportar, passamos a tratá-las como doentes (COLLARES; MOYSÉS, 2015). A captura da educação especial pelos discursos medicalizantes se dá quando “o rótulo da deficiência provoca o adoecimento do humano, estigmatizando a pessoa e fazendo que seja vista apenas como um objeto de conhecimento científico” (RAAD; TUNES, 2011, p. 16).

São os discursos que produzem as coisas, são os discursos que produzem as verdades, e é com base nessas questões que problematizaremos como a medicalização nos cotidianos da educação infantil é constituída. A medicalização nesta situação é representada pela criação de categorizações advindas da vontade de saber sobre as crianças e seus comportamentos, sendo que essa “vontade de saber” não pode ser confundida com o sentido de “amor à verdade”, mas sim no sentido de busca de dominação que cada um empreende (VEIGA-NETO, 2003, p.123). Para compreendermos os sentidos de nosso problema e objetivos de pesquisa, primeiramente discorreremos sobre a noção de discurso de Michel Foucault.

Discurso é um “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação; é assim que poderei falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico” (FOUCAULT, 2008, p. 122). O discurso, para Foucault (2008, p. 123), é prática, isto é:

Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 2008, p. 123).

Ramos do Ó (2007) salienta que os regimes de anunciação, em nome de um conhecimento racional, permitiram que diferentes autoridades, públicas ou privadas, reclamassem a possibilidade de governo sobre os homens e as coisas, trazendo o exemplo da pedagogia.

Toda a relação educativa moderna tem uma raiz *psi*, o que significa que se tornou dependente dos diagnósticos, orientações teóricas, divisões e formas de explicação que a psicologia concebeu para indexar e reelaborar os imperativos éticos. Pode então falar-se de uma regulação psicológica do eu, como derivando daquela ciência da alma em franca expansão há mais de um século. Apontando para as capacidades e as aptidões, a saúde e as doenças, as virtudes e as perversões, a normalidade e as patologias do escolar, a psicologia está na base de fato, de todas as técnicas e dispositivos discursivos relativos à identidade e conduta (RAMOS DO Ó, 2007, p. 41-42).

Desse modo, a medicalização na educação pode ser concebida por meio da relação entre a pedagogia e os discursos médico-psi-hegemônicos, uma vez que o conceito de medicalização pode ser definido como a extensão do saber médico para aspectos diversos da vida.

Foucault considera a linguagem como constitutiva de nosso pensamento e, conseqüentemente, criadora dos sentidos que damos para as coisas e para o mundo. “Dado que cada um de nós nasce num mundo que já é de linguagem, num mundo em que os discursos já estão há muito tempo circulando, nós nos tornamos sujeitos derivados desses discursos” (VEIGA-NETO, 2003, p. 110), tais discursos são mais do que subjetivos, eles subjetivam. Assim, a enunciação sobre os processos aprendizagem/comportamento infantis os constroem, sendo relevante ressaltar que as práticas discursivas presentes nos cotidianos escolares são partes de discursos que circulam ao longo dos tempos, de diferentes maneiras, de acordo com acontecimentos de uma determinada época que propiciaram seu surgimento.

Os discursos não são, portanto, resultado da combinação das palavras que representariam as coisas do mundo. Em *A arqueologia do saber*, Foucault explica que os discursos não são um conjunto de elementos significantes (signos) que remeteriam a conteúdos (coisa, fenômenos, etc.) que estariam no mundo, exteriores aos próprios discursos. Ao contrário, ‘os discursos formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que eles fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas (VEIGA-NETO, 2003, p. 112).

Em *A ordem do discurso*, Foucault e Sampaio (2014) dizem que, em todas as sociedades, a produção do discurso tem a função de exercício de poder, materializando-se naquilo “porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, SAMPAIO, 2014, p. 10). Assim, os discursos sobre a aprendizagem/comportamento das crianças nos espaços escolares solicitam um sujeito que atue conforme a norma estabelecida.

As disciplinas, a normalização por meio da medicalização social, a emergência de uma série de biopoderes aplicados, ao mesmo tempo, aos indivíduos em sua existência singular e às populações segundo o princípio da economia e da gestão política, e o surgimento

de tecnologias do comportamento formam, assim uma configuração do poder [...] (REVEL, 2011, p. 110).

Silva (1999), ao discorrer sobre as teorias do currículo no pós-estruturalismo, ajuda-nos a analisar, de forma clara, a disseminação de discursos medicalizantes, pois o que é falado sobre a criança, mais do que sua simples descrição, inventa-a. Assim, surge “a criança com TDAH”, “a criança autista”, “a criança problemática”, “a criança de uma família desestruturada”, entre outras categorias.

É ainda o poder que para Foucault está na origem do processo pelo qual nos tornamos sujeitos de um determinado tipo. O louco, o prisioneiro, o homossexual não são expressões de um estado prévio, original; eles recebem sua identidade a partir dos aparatos discursivos e institucionais que os definem como tais. O sujeito é resultado dos dispositivos que os constroem como tal (SILVA, 1999, p. 121).

Desse modo, a constituição da medicalização, através do discurso, auxilia-nos no entendimento de medicalização como um processo mais complexo do que o uso abusivo de medicamentos, como uma trama que envolve as relações de saber e poder, normalização, criação de rótulos e estigmas, os modos de organização social, cultural e histórica que ensejam tais discursos.

Este livro constitui-se em um estudo de caso que utiliza como ferramenta os princípios da cartografia como tipo de pesquisa. É um estudo de caso na medida em que se concentra em um único local, permitindo “seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2010, p. 37), e é uma cartografia na medida em que se utiliza de suas pistas, considerando que estamos trabalhando em um plano de processualidade em que também somos produtores de dados e não apenas coletores (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). O plano de pesquisa é um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV).

1. A medicalização da educação e da vida

O discurso sobre a relação entre os problemas de ordem biológica e as maneiras de ser e estar no mundo estão cada vez mais presentes na educação. Quando questões da vida, marcadas pela história e pela cultura, são reduzidas ao determinismo biológico, chamamos a esse fenômeno de medicalização. Desse modo, questões históricas, políticas, culturais e sociais são desconsideradas como determinantes do sofrimento humano e, quando tais problemáticas são relegadas a um segundo plano, os sujeitos são subjetivados ao abandono da análise crítica, criando uma sociedade cada vez mais embasada nos valores meritocráticos.

Entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social - complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 2015, p. 11).

A medicalização da educação e da vida vem sendo debatida por inúmeros pesquisadores ao longo de décadas. Ivan Illich foi um dos pioneiros na designação do termo medicalização. Consideramos Illich um dos percursores na significação do termo, uma vez que, embora antes mesmo de tais discursos serem

nominados como medicalização, eles já eram presentes, passando por inúmeras metamorfoses, ressurgindo com novas roupagens, carregando consigo um eixo comum de culpabilização do indivíduo por sua situação e destino, desconsiderando questões pertinentes aos contextos de cada época, porém já existentes de formas diversas. Ao observar as construções de tais discursos, Illich e outros estudiosos cunharam esses processos como medicalização.

Illich (1975) comparou a medicina aos modelos industriais, afirmando que essa “indústria médica” oferece aos seus consumidores terapias que eles foram ensinados a desejar, desmistificando a relação da evolução do mundo e bem-estar das populações em concomitância com os avanços da medicina, pois, para ele, o bem estar populacional depende majoritariamente de questões relativas à historicidade e cultura de um povo. Assim, a saúde é determinada pelas condições de vida, e não pelos avanços médico-tecnológicos.

A análise das tendências de morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer [...] Nem a proporção de médicos numa população, nem os meios clínicos de que esta dispõe, nem o número de leitos hospitalares ocasionam mudança profunda das estruturas globais da morbidade. As novas técnicas de que se dispõe para reconhecer e tratar condições tão perniciosas como a anemia e a hipertensão, ou para corrigir malformações congênitas, graças a intervenções cirúrgicas, redefinem morbidade, mas não a reduzem (ILLICH, 1975, s/p).

Partindo desse pressuposto, Illich (1975) nos fala das “doenças provocadas pela medicina”, a iatrogênese, termo composto pelas palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem). O filósofo também faz a distinção entre três formas de iatrogênese: (a) iatrogênese clínica, composta pela variedade de efeitos adversos secundários causados pelas terapêuticas, sendo resultados não técnicos advindos da intervenção técnica do médico; (b) iatrogênese social, representada pelo efeito social não desejado do impacto social da medicina, mais do que sua ação técnica direta; e (c) iatrogênese estrutural/cultural, representada

pela subordinação às terapêuticas ao ponto de prejuízo à coletividade, provocando assim, uma regressão estrutural no nível de saúde, uma vez que é por intermédio da construção coletiva de cultura que a saúde é constituída.

Diante de suas análises, Illich (1975) designa a medicalização como o processo no qual o saber médico se apropria não somente do tratamento de moléstias do corpo, mas transforma aspectos próprios da vida em patologias, tornando cada vez mais tênue a linha que separa a normalidade e a anormalidade. Experiências humanas como a dor e o sofrimento são transformadas em questões técnicas. As questões de ordem econômica também são determinantes para a produção dos processos medicalizantes. Vejamos o exemplo da medicalização da infância:

A medicalização da primeira infância não é somente danosa para o indivíduo. Como a da velhice, ela é um instrumento para reproduzir uma sociedade de classes. Boltanski estudou 80 obras de puericultura, em francês, por ordem cronológica, de 1842 a 1966, o que permite seguir a evolução do bebê contemporâneo e a medicalização progressiva de seu tratamento. A inovação aconselhada pelo médico é sempre privilégio dos ricos. A sociedade moderna não está apenas estratificada, está hierarquizada (ILLICH, 1975, s/p).

Freitas e Amarante (2015), ao discorrerem sobre o fenômeno, dizem que o termo medicalização começou a frequentar a literatura científica desde a metade do século XX, e, em especial, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade vive uma verdadeira revolução terapêutica através da consagração da indústria farmacêutica. Com o pós-guerra e as reivindicações das sociedades pela criação de sistemas de saúde pública e de qualidade, as práticas discursivas sobre a saúde ganharam evidência nunca antes vista. Para os autores, assim como para Illich (1975), as questões econômicas também perpassam essas transformações, pois o papel do médico está fundado nas relações de poder constituídas, não se tratando somente de uma evolução do saber científico, mas, sobretudo, da construção social de um poder sobre os indivíduos. A medicina adquire assim o direito de decidir como se deve trabalhar, dormir, comer, desejar, entre outros.

Sobre a doença mental, Freitas e Amarante (2015), com base nas pesquisas de Thomas Szasz, explicitam como ela vem sendo fabricada. Ao realizarem

uma análise dos diferentes manuais de diagnóstico, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), os autores chegaram à conclusão de que, atualmente, o paradigma biologicista da doença mental é predominante no campo da psiquiatria.

Contudo, ao contrário do que o senso comum costuma acreditar, as sucessivas versões do DSM não se devem ao implacável avanço do progresso científico: cada uma delas resulta de lutas políticas, uma vez que existem fortes interesses corporativos na área da psiquiatria. Além dos da indústria farmacêutica, há também os dos grupos organizados de pacientes psiquiátricos. Para estes, o que está em questão são direitos – desde o que reembolsa tratamentos até os relativos a benefícios previdenciários (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 44).

Os autores citam exemplos de como foram construídas categorias do DSM de acordo com processos sociais em um determinado momento. O primeiro caso é o da homossexualidade que antes era considerada objeto de estudo da saúde mental; assim, tratamentos destinados aos gays e lésbicas consistiam em cirurgias, lobotomia, esterilização, eletrochoque, entre outros, até que os movimentos LGBTs se mobilizaram para lutar por seus direitos, demonstrando que não eram doentes, mas sim tinham estilos de vida próprios.

O movimento então já não mais se denominava como movimento dos homossexuais, mas como movimento dos gays. Uma mera mudança de significante? Não! Com a utilização desse novo termo, seus membros passam a de identificar como pertencentes a uma comunidade com um estilo de vida próprio. Portanto, suas diferenças devem ser aceitas e reconhecidas. Consequentemente, o movimento gay começa a se libertar da armadilha de discutir a causa e a natureza da homossexualidade, passando a insistir em seus direitos como cidadãos; sai a dimensão da medicalização e entra nas dimensões do social, moral, da cultura propriamente dita. O desfecho das lutas da comunidade gay foi a supressão da homossexualidade do DSM, na edição que veio a público em 1980 (FREITAS, AMARANTE, 2015, p. 73).

Já em um movimento contrário, os soldados que retornaram da Guerra do Vietnã, durante os anos 1960, consideravam que não estavam recebendo

o tratamento devido após terem lutado pelo país, iniciando um movimento para que seu sofrimento fosse incluído como uma categoria do DSM, que foi chamada de “Transtorno do estresse pós-traumático” (TEPT). Desse modo, o medo e o pânico passaram a ser interpretados como uma “resposta normal, porém patológica, tendo em vista situações traumatizantes vivenciadas numa guerra” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 75). Os soldados passaram a ser vistos como sujeitos humanos e acometidos por sofrimento.

De forma semelhante ao que havia ocorrido com o movimento da comunidade gay, a luta pelo reconhecimento do TEPT travada por seus defensores foi profundamente política e exibiu toda a sorte de negociação, lances estratégicos, solidariedade, afirmação – tanto internamente, entre várias profissões, quanto nas ruas (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 75).

Esses exemplos nos ajudam a enxergar como as categorias nosológicas também são criações e que motivações estão envoltas em seu surgimento, desnudando as teorias deterministas sobre a doença mental. Os pesquisadores concluem sobre a medicalização:

Embora o termo medicalização remeta diretamente à medicação e uso de medicamentos, não devemos reduzir uma ideia à outra. Medicalização é, grosso modo, um processo amplo pelo qual condições humanas e problemas ordinários passam a ser definidos e tratados como condições médicas, tornando-se, portanto, objeto de estudo médico, diagnóstico, prevenção ou tratamento. Pelas implicações dessa lógica, trata-se de um fenômeno que é, ao mesmo tempo, de ordem cultural, política e econômica (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 131).

Michel Foucault foi um dos estudiosos que se dedicou à conceitualização do termo medicalização. Segundo Zorzaneli e Cruz (2018), o termo foi debatido pelo filósofo em épocas próximas de que outros pesquisadores se debruçavam sobre a temática, como Illich (1975) e Szasz (1974), porém através de diferentes abordagens. Para Illich (1975), a medicalização era o resultado do imperialismo da profissão médica sobre os indivíduos, já Szasz (1974) fala sobre como problemas cotidianos são transformados em transtornos psiquiátricos com base na expertise psiquiátrica. Foucault (1984), por sua vez, traz a medicalização primeiramente ligada aos processos de desenvolvimento da

saúde pública sanitária, como um biopoder, quer dizer, uma forma de controle das populações, e posteriormente como “processo de apagamento das fronteiras entre a medicina e a vida como um todo, ou seja, o processo de medicalização indefinida” (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 728).

Já não se fala somente da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas de fenômenos da vida cotidiana que entram no campo de ação do saber médico. As práticas médicas estão em todos os lugares, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. Modificou-se a atenção da medicina novecentista com agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p.724).

Szasz (1974) é um dos autores que mais enfatiza o processo de medicalização da psiquiatria como uma moralização social que acaba por mascarar problemas sociais e políticos, cabendo à ciência uma crítica aos mitos.

Rotular os indivíduos que se sobressaem, ou que são incapacitados por problemas da vida, de “doentes mentais” apenas impediu e retardou o reconhecimento da natureza política e moral dos fenômenos para os quais se dirigem os psiquiatras (SZASZ, 1974, p. 38).

A área da educação conta com inúmeras pesquisas com o tema da medicalização há várias décadas. Segundo Moysés e Collares (2018), a medicalização da vida de crianças e adolescentes ocorre por via da “invenção das doenças do não aprender” (MOYSÉS; COLLARES, 2018, p. 157), delegando à medicina o pretensão poder de resolução dos graves e crônicos problemas da educação brasileira. Assim, a medicalização assume diferentes formas no campo educacional, como os preconceitos raciais, a anemia, a verminose, a desnutrição e, a partir dos anos 1980, as supostas disfunções neurológicas como causas do não-aprendizado. “Os infinitos modos de aprender e os diferentes modos de ser e agir - campos de grande complexidade e diversidade – têm sido alvos preferenciais da medicalização/patologização” (MOYSÉS; COLLARES, 2018, p. 157).

“Vivemos a ‘era dos transtornos’, mas também a ‘era das possibilidades de tudo mudar’. Este é um embate real em um tempo de transições. Este é o motivo de tanto ódio, de tanto medo” (MOYSÉS; COLLARES, 2014, p. 42). Inúmeras vezes nos perguntamos qual a importância de tais informações? Então respondemos que sua relevância é o fato de tais conhecimentos representarem um disparador que nos move para a criação de novas possibilidades de existência. O novo incomoda as forças que desejam manter a naturalização da vida, desconsiderando seu movimento e complexidade, por isso continuamos nossa busca constante por conhecimento e não por uma verdade pré-estabelecida.

2. Considerações teórico-metodológicas

O presente capítulo é uma problematização acerca de como são disseminados discursos medicalizantes em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e, em especial, como esses discursos constroem relações com a educação especial. O CMEI acima citado será identificado como “Renascença”, nome fictício que visa resguardar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

2.1. O plano de pesquisa

Consideramos importante caracterizar o plano de pesquisa: “[...] na direção do método cartográfico, preferimos dizer que é em um plano e não em um campo que a relação se dá” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 20), uma vez que, sobre a concepção de conhecimento na pós-modernidade, diz-se que esse constitui-se de “construções textuais e sociais criados por nós em nossos esforços para entender nossas situações” (LATHER apud DAHLBERG; MOSS; PENCE, 2013, p. 38). A pesquisa em si desestabiliza a própria noção de campo, já que modula seus limites e configurações. Portanto, como seres que estão a todo tempo criando e sendo criados social e historicamente, necessitamos fazer uma tentativa de conhecimento de uma das realidades que compõe os sujeitos da pesquisa e da pesquisadora. Kastrup (2007) nos diz que a cartografia é sempre de um território existencial:

Essa pista aponta para a questão do território, por mais que eu queira estudar subjetividades, eu tenho que olhar para o mundo, não é uma lente que vai para a interioridade profunda. Por exemplo, visitar uma pessoa, a casa dela, o território que ela habita tem muito da subjetividade dela, na verdade a subjetividade e o território existencial são a mesma coisa, formado por dois pontos de vista diferentes. Isso é legal porque tira da cartografia qualquer noção de método subjetivo, é um método objetivo (KASTRUP, 2007, s/p).¹

O CMEI Renascer é uma instituição mantida pela Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e administrada pela Secretaria Municipal de Educação (SEME). Atende crianças na faixa etária de 6 meses a 05 anos e 11 meses. Segundo dados do Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, a instituição segue a proposta de uma escola democrática, participativa e comunitária, num espaço cultural de socialização e desenvolvimento do educando, preparando-o para o exercício da cidadania. Faz parte dos objetivos traçados coletivamente pelos sujeitos daquele espaço (alunos, funcionários, famílias): prestar atendimento educacional de qualidade à criança, proporcionando ambiente seguro e saudável, favorável à socialização e à constituição de novos conhecimentos respeitando as individualidades, segundo informações do Plano de Gestão para o Triênio (2018-2021) do CMEI.

O espaço abriu funcionamento no dia 08/09/1988, inicialmente com instalações bem modestas, atendendo a um grupo de 80 crianças, nas faixas etárias de 2 a 6 anos. Em 2001, a unidade de ensino estava atendendo a 246 crianças e a demanda por vagas não cessava. Desse modo, devido ao crescimento urbano e populacional da região, a administração municipal assinou uma ordem de serviço para que o espaço fosse ampliado. No mesmo ano, a reforma foi iniciada e, provisoriamente, o CMEI passou a funcionar em um espaço alternativo. Em 18 de agosto de 2004, as novas instalações foram entregues à população e o CMEI passou a funcionar com capacidade para 500 alunos.

Atualmente, o CMEI Renascer atende aproximadamente 484 crianças, divididas em dois turnos, atendendo alunos da comunidade e adjacências.

1 KASTRUP, Virginia. **A cartografia como método**. Palestra ministrada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Vitória, 2007.

O Centro de Educação Infantil está inserido em um contexto social, político e econômico marcado pela violência em suas diversas formas. Há grande carência de equipamentos públicos e existem diversos pequenos comércios como bares, mercearias e pequenas lojas, além de igrejas de variadas denominações. A grande maioria das famílias tem baixa escolaridade e alguns vivem em habitações precárias. Uma das metas da atual gestão do CMEI é a realização de ações articuladas da escola com outros Órgãos/Entidades, com o objetivo de favorecer o desenvolvimento das crianças e da comunidade.

Quando do início da pesquisa, já havia um processo em curso do qual também faz parte a própria história da pesquisadora como funcionária do CMEI Renascer há dez anos, trajetória que também compõe esta cartografia. A pesquisadora, de posse de pistas sobre as múltiplas realidades do CMEI, também já havia realizado inúmeras leituras sobre a medicalização da sociedade como integrante do Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Processos de Aprendizagem, Cognição e Interação Social (NIEPACIS), grupo que vem realizando estudos e projetos de extensão com a temática da medicalização. Portanto, a fase de “rastreo” (KASTRUP, 2010)² inicia-se com algumas noções tanto sobre o plano de pesquisa quanto sobre o tema da medicalização. Iniciou-se assim um exercício de olhar com estranhamento para um ambiente já tão familiar, pretendendo trazer para o plano de pesquisa a temática da medicalização, e pensando onde pousar atenção a partir de uma temática tão ampla: “como selecionar o elemento ao qual prestar atenção, dentre aqueles múltiplos e variados que lhe atingem os sentidos e pensamentos” (KASTRUP, 2010, p. 35).

Dessa forma, inicialmente, para construção de um diário de campo, procuramos “transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimentos e modos de fazer” (KASTRUP; BARROS, 2010, p.70), estando atentos aos discursos de professores e demais profissionais da educação, às falas informais ditas em salas de aula, formações e horas de descontração, além de recados nos murais, práticas, teorias conhecidas e divulgadas nesses espaços; são esses pequenos detalhes que se encontram naturalizados nesse cotidiano e que nos dão pistas sobre esses processos.

Entendemos o discurso a partir da noção foucaultiana que afirma que ele representa “uma função normativa e reguladora e estabelece mecanismos

2 Informação verbal de uma palestra transcrita.

de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas” (REVEL, 2011, p. 41). Dessa maneira, acreditamos que os discursos proferidos nos cotidianos escolares sobre a criança e seus modos de aprendizagem/comportamento constituem a medicalização na educação infantil, apoiando as práticas dos diversos profissionais da educação e trabalhando na constituição dos sujeitos.

Os discursos proferidos em sua grande totalidade trazem “a vontade de verdade” (FOUCAULT; SAMPAIO, 2014, p. 18). A vontade de conhecimento de uma verdade sobre quem são as crianças (sujeitos) da educação infantil, embora esteja camuflada pela necessidade de atenção às diferenças, pode tornar-se perigosa na medida em que a obsessão por essa vontade de conhecimento e verdade cria categorizações, como a exemplo dos discursos com base em saberes clínicos hegemônicos que acabam por tornar a criança um conjunto de características ou sintomas, objeto de apreensão da normalidade ou da anormalidade.

2.2 Toque, pouso e reconhecimento atento: os discursos medicalizantes e a educação especial

O trabalho de cartografar estes discursos através de detalhes informais levou-nos a um “toque” (KASTRUP, 2010), momento no qual vislumbramos algo que nos exigia atenção: o fato de como a medicalização na educação infantil está entrelaçada com a concepção presente no imaginário sobre a necessidade de uma educação especial.

Essa concepção aparece nas falas das professoras, quando, ao observarem em seu aluno comportamentos que fogem à norma, está embutido o desejo por um Atendimento Educacional Especializado (AEE), por mais um profissional em sala de aula, por mais apoio da equipe pedagógica e por um “direito da criança”. No mural de recados da escola, é possível observar uma folha que detalha a quantidade de crianças que são assistidas pela professora de educação especial e seus horários de atendimento. O fato que chama a atenção são asteriscos em frente ao nome de algumas das crianças com uma pequena observação em nota de rodapé que diz “em avaliação” ou “suspeita”. Esse fato trouxe algumas problematizações, e, por meio de questionamentos a alguns profissionais, foi descoberto que parte das crianças atendidas não possui uma condição que as caracterize como público-alvo da educação

especial como referenciado pela política que orienta a educação especial na perspectiva da educação inclusiva (BRASIL, 2008).

De posse de conhecimento sobre a nota técnica (Nº 4/2014/MEC/SECADI/DPEE) que esclarece que o diagnóstico clínico não é documento obrigatório para que haja atendimento das especificidades educacionais de qualquer aluno, seria elementar pensarmos que tal situação faz parte do processo de inclusão, porém a problematização se encontra no fato de que a seleção desses alunos partiu de um determinado padrão de normalidade, levando-nos ao questionamento: qual padrão de normalidade determinou que um grupo de alunos fosse selecionado para o AEE? E, ainda sobre os alunos cuja condição os caracteriza como público-alvo da educação especial segundo os padrões legislativos, como é feita essa inclusão? A educação especial tem seguido uma perspectiva inclusiva ou tem corroborado com os processos medicalizantes?

Iniciou-se, a partir desse momento, a fase de “pouso” e “reconhecimento atento” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010), momento quando houve uma parada, o início de uma atitude investigativa e acompanhamento de um processo. Um momento de invenção e descoberta ao mesmo tempo. Assim, iniciamos conversas com alguns profissionais especificamente sobre as noções de inclusão e educação especial. Em diálogos com as professoras de educação especial dos turnos matutino e vespertino, foi feito um levantamento de quantas crianças recebem o atendimento atualmente e os motivos que as levaram a serem indicadas para o AEE.

Somando-se os dois turnos, 13 crianças são atendidas, sendo que sete dessas crianças foram indicadas pelas professoras regentes de turma por apresentarem algum tipo de comportamento considerado transgressor à norma, não contando com nenhum marcador biológico ou parecer clínico. De posse desses dados que fazem parte da análise sobre os discursos medicalizantes na educação infantil, houve a divisão entre dois movimentos que auxiliarão no trajeto de problematização: *a medicalização dos supostos transtornos/deficiências* e *a medicalização da condição da deficiência*.

3. Pistas para uma pesquisa: a problematização entre dois movimentos

3.1. Construções discursivas sobre medicalização dos supostos transtornos/deficiências

O primeiro plano para problematização é chamado de *a medicalização dos supostos transtornos/deficiências* com base nas falas que categorizam determinados comportamentos das crianças como anormais. Esses discursos buscam uma verdade: conhecer quem são essas crianças e por que se comportam daquela forma, para então categorizá-las, seja com os supostos transtornos que estão em voga, como o Transtorno Opositor Desafiante (TOD), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros, como também em outras condições como a deficiência intelectual e, em especial, o autismo.

Percorremos algumas das salas de aulas frequentadas por essas crianças, além de conversar com professoras regentes de turma e com a professora de educação especial, buscando encontrar pistas do porquê de tais crianças serem encaminhadas para o atendimento da educação especial. Aqui vamos relatar alguns desses discursos que povoam os espaços do CMEI.

Em uma das salas, encontramos um menino de quatro anos de idade que, segundo a professora, recusava-se a fazer as atividades propostas em

sala de aula, além de não cumprir “os combinados da turma”. Nesse dia em especial, a professora propôs que as crianças colorissem uma borboleta xerocopiada e o menino em questão não demonstra interesse na tarefa. Ele também pergunta se havia outro desenho disponível para que pudesse pintar, mas a professora responde que todos estavam realizando aquela atividade e não era o momento de fazer outra coisa. Assim, a professora de educação especial faz uma tentativa, sem sucesso, de convencê-lo a pintar a borboleta. Por fim, a criança não realiza a atividade e tenta pegar alguns brinquedos disponíveis no armário da sala. Nesse período se esgota o tempo da professora de educação especial com a turma e ela segue para outra sala conosco.

No caso do “menino que se recusou a pintar a borboleta” houve a predominância do olhar preocupado com “uma diferença deficitária” (ROOS, 2007, p. 72), gerando uma tentativa de normalização, enquadramento e correção.

A criança estava enfrentando dificuldades de aprender o que a escola e a professora queriam lhe ensinar, para aprender o que é estabelecido como padrão médio de aprendizagem, para um aluno de uma escola de origem moderna, de caráter público [...] (ROOS, 2007, p. 72).

Assim, suas necessidades individuais específicas são notadas, porém são marcadas como falhas, produzindo e reafirmando o lugar do “não saber”. Ainda, observando semelhanças com um caso apresentado por Roos (2007, p. 73):

Nessa situação, a professora exerce um poder que se estabelece de forma assimétrica em relação ao aluno, subjetivando-o em relação a um padrão estabelecido. Ela o acompanha de modo mais direto, e nela acabam personificando-se vários discursos que compõem todo um modo de pensar, de entender, de ver e fazer educação que privilegia algumas coisas que o menino não estava apresentando de modo satisfatório. Como as práticas educativas, são práticas discursivas e estas ‘também são práticas sociais organizadas e constituídas em relações de desigualdades de poder e de controle’ (Larrosa, 1994, p.71), a professora agiu dentro de seus parâmetros, seguindo os sentidos nela produzidos pelos discursos educacionais, aplicando uma metodologia coerente com a visão de educação normalizadora.

A situação leva-nos a pensar sobre os espaços, as atividades oferecidas e os usos que fazemos deles. De que maneira pensar a diferença como possibilidade de aprendizagem? Como pensar a diferença do “menino que não queria pintar a borboleta” como uma oportunidade de aprendizagem? Que atividades poderiam ser oferecidas para a turma? Ou que atividades poderiam ser oferecidas individualmente ou em pequenos grupos? São inúmeras as possibilidades de questionamento e variadas teorias que poderiam auxiliar na construção de novas práticas pedagógicas.

Outra criança com indicativo das professoras para o atendimento da educação especial é uma menina considerada “triste demais”. É uma criança introvertida que consegue realizar as atividades propostas pela professora, porém se mostrava calada nos momentos de roda, conversa e contação de história, além de se relacionar com poucos colegas. Fizemos questionamentos para outros professores, como o professor de educação física e os professores dos anos anteriores. Todos responderam que a menina conta com outros irmãos que foram alunos do CMEI, e que eles também apresentavam comportamento semelhante. Relatam que os pais também demonstram bastante introversão e nunca se comunicam muito em reuniões escolares, e que a mãe explicou para a escola que, anteriormente, morava no interior do estado, sendo que sua rotina se resume às tarefas domésticas e a frequentar a igreja, por isso não tem o hábito da extroversão. A professora de educação especial continuaria a realizar seu momento de atendimento com a criança até que fosse descoberto o que estava afetando seu comportamento.

A história da “menina triste demais” lembra um dos casos relatados por Tesser e Poli Neto (2015) que, ao observarem os atendimentos de crianças e adolescentes em uma unidade de saúde, fizeram uma reflexão sobre o papel que o médico da atenção primária vem ocupando nos processos de medicalização da vida, chegando à conclusão de que os indivíduos perderam muito de sua autonomia, transferindo para a medicina questões que poderiam ser solucionadas em âmbito familiar ou comunitário.

O caso contado pelos pesquisadores era o de Maria Eduarda, uma adolescente de 14 anos que foi levada pela mãe para uma consulta. A menina estava há dois anos na cidade e desde então demonstrava um comportamento introvertido, preferindo ficar em casa e não se relacionar com muitos colegas de sua idade. Em uma conversa com a adolescente, o médico descobriu uma menina com muitos desejos e sonhos, mas que não sabia lidar

com as expectativas da mãe. O médico termina sua série de consultas com Maria Eduarda dizendo para sua mãe que ela é uma garota inteligente, madura, crítica e até mesmo estranha ou rara, mas não tem nenhuma doença. Embora a palavra do médico tenha sido o veredito final nesse caso, não consideramos que se trate de um processo medicalizante por demonstrar que diversos profissionais têm refletido sobre suas práticas e tentado criar novos modos dentro de seus campos.

Não estamos afirmando que não importa à escola saber o que está havendo com a criança para que ela seja percebida como uma menina triste, ao contrário, é importante que a escola esteja atenta, principalmente para casos de abusos sexuais, físicos e psicológicos sofridos por seus alunos, para que as autoridades responsáveis sejam acionadas e a criança receba os cuidados e proteção necessários, porém não devemos encarar todos os casos como uma deficiência ou patologia.

Uma das crianças é um menino que, segundo a professora, “chora muito”, “briga” e “reclama de tudo”. Para as professoras, consiste em um caso preocupante e a escola já havia realizado uma reunião com os pais para relatar o comportamento da criança e, de acordo com eles, essas maneiras de se comportar ocorrem devido ao fato de ele ser filho único e ter todas as suas vontades atendidas. Nas palavras da mãe, a escola devia ajudá-los a “cortar privilégios” de seu filho. Outra menina da escola estava sendo atendida por ser inquieta demais em sala de aula e, já tendo sido encaminhada para os serviços de saúde, havia uma suspeita de autismo, segundo diagnóstico médico. Já outra aluna, de acordo com a professora, apresentava “dificuldade de aprendizagem”, sem que fosse esclarecida qual seria a noção de dificuldade de aprendizagem na qual essa afirmação se baseia.

Os três casos relatados (“o menino que chora e briga”, “a menina inquieta e com suspeita de autismo” e a “menina com dificuldade de aprendizagem”) são exemplos de como são criados os diagnósticos de TDAH/TOD, autismo, ou outros distúrbios, sem que haja critérios para tais afirmações. Sobre o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e também aqui podemos incluir o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Caponi (2016, p. 36) fala sobre os diagnósticos “ubuescos”.

Em os anormais, Foucault analisa os discursos jurídicos com pretensão de verdade como sendo discursos “ubuescos” (FOUCAULT, 1999, p.125). Isto é, discursos com

pretensão de verdade, que podem parecer grotescos, que podem fazer rir, mas que de fato tem consequências trágicas. Pois é a partir desses discursos que se legitimam estratégias de poder que podem determinar, direta ou indiretamente, decisões sobre normalidade e patologia, sobre terapêuticas farmacológicas, enfim, decisões sobre a vida e o futuro de crianças classificadas nessa categoria.

A autora faz uma análise sobre as fragilidades e ambiguidades dos sintomas desses supostos transtornos. Para o diagnóstico do TOD, é necessário que exista pelo menos quatro dentre oito sintomas que o DSM apresenta divididos em três grupos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013, p. 462):

Humor raivoso/irritável:

1. Com frequência perde a calma.
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento questionador/desafiante:

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer às regras ou pedidos de figuras de autoridade.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.
7. Frequentemente culpa os outros por seus erros ou mal comportamento.

Índole vingativa:

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013, p. 462).

Desse modo, comportamentos próprios da infância podem tornar-se patologias psiquiátricas, pois não é questionado o que leva uma criança a sentir raiva, estar mais sensível ou incomodada, ou quem é a figura de autoridade questionada e o porquê do questionamento. O DSM também acrescenta fatores

que devem ser considerados para a análise desses comportamentos, como, por exemplo, os fatores ambientais (CAPONI, 2016, p. 39), que são:

- Nível socioeconômico baixo
- História parental de psicopatologia,
- Criminalidade parental
- Características de cuidado parental: hostilidade, pouco carinho, pouca supervisão, regras e disciplinas inconsistentes (CAPONI, 2016, p.39)

Esses discursos, porém, não colaboram para a compreensão da formação social da mente, estando carregados pela teoria determinista, além de apresentarem contradições ao apresentarem o TOD como um transtorno biológico, mas também suscetível aos fatores ambientais. Isso demonstra que as pesquisas que supostamente comprovam a existência do referido transtorno apresentam inúmeras lacunas.

Observando esses fatores, parece inevitável destacar o lugar que ocupam a pobreza e a criminalidade parental. A psiquiatria abre as portas, assim, para as avaliações carregadas de um forte e desejável determinismo social. Este, repetindo a lógica das profecias autorrealizadas, acabará por diagnosticar com maior frequência os transtornos de comportamento em famílias pobres, ou em crianças com familiares em conflito com a lei. (CAPONI, 2016, p. 39).

Em vista disso, pensando no “menino que chora e briga”, como a escola poderia pensar o comportamento dessa criança focando em práticas diferenciadas? Como poderia ser construída uma relação com a família? Como a escola também pode tornar-se produtora de tristeza? São os questionamentos que nos instigam nesse caso.

Inúmeros pesquisadores da medicalização da educação têm trazido pesquisas sobre o crescente aumento dos diagnósticos de autismo nos últimos anos. Atualmente, o autismo ocupa lugar de destaque nos discursos escolares tangentes à inclusão. Rios *et al.* (2015, p. 325) dizem que o autismo teve uma passagem “da invisibilidade à epidemia”, também ressaltando que tal condição dispôs de grande crescimento no campo das pesquisas neurocientíficas e das políticas públicas, porém, ainda permeado por controvérsias, sendo a

principal delas em relação a sua etiologia, fato que abre espaço para disputas epistemológicas entre diferentes campos do saber na busca por causas, formas, diagnósticos e tratamentos.

Fernandes e Gama (2017) ressaltam que, apesar das lacunas e da falta de um exame que detecte o autismo, a temática tem beirado à banalidade frente ao crescente número de crianças ditas autistas devido a excessivos diagnósticos, levando-nos a realizar os questionamentos: De onde veio isso? Por quê? Para quem? Não queremos questionar aqui a existência ou não do autismo, mas sim problematizar o aumento de uma demanda de pareceres clínicos sem que haja, primordialmente, uma reflexão crítica acerca do momento histórico e social que tem possibilitado a criação de tais diagnósticos.

Ortega (2013) traz importantes contribuições para a compreensão das representações sobre o autismo contemporaneamente, remetendo primeiramente aos chamados “estudos da deficiência” que vêm desenvolvendo reflexões críticas sobre os discursos de especialistas a respeito da deficiência e focando no protagonismo da pessoa com deficiência através do lema “nada sobre nós sem nós”, sendo que tal movimento coincide com o surgimento dos movimentos antipsiquiátrico, feminista e racial, e lança as bases do chamado “modelo social da deficiência”.

A novidade teórica fundamental é a divisão entre “lesão” (impairment) e “deficiência” (disability). Enquanto a primeira remete à condição física da pessoa, a deficiência, por sua vez, faz referência a um vínculo imposto por uma sociedade sobre o indivíduo com alguma lesão(...)Basicamente, o modelo social da deficiência surge como alternativa ao modelo hegemônico médico-individual com ênfase no diagnóstico e que constrói o indivíduo deficiente como sujeito dependente (ORTEGA, 2013, p. 123-124).

A partir das reflexões sobre os estudos da deficiência, o autor expõe o surgimento de movimentos pró e anticura do autismo. Os movimentos de anticura do autismo surgem a partir da publicação de relatos autobiográficos de indivíduos autistas como Donna Willians e Temple Gradin e criticam a busca obsessiva pela cura, defendendo o autismo como uma diferença e não uma doença. Sendo o autismo uma diferença, a busca pela cura representaria a tentativa de apagamento da diferença e da diversidade. Esse movimento cunha o termo

neurodiversidade e defende uma cultura autista, em um traçado semelhante ao criado pelo movimento surdo que defende uma cultura da surdez.

Em contrapartida, há um movimento contrário formado por pais e profissionais que alegam que o discurso sobre a neurodiversidade não leva em consideração que a grande maioria dos autistas não possui capacidades cognitivas e emocionais requeridas para tomar decisões e não podem ser representados por uma minoria que se encontra “no extremo mais funcional do espectro do transtorno” (Ortega, 2013, p.130), sendo que esse grupo defende o autismo como doença/deficiência objetivando com essa afirmação requerer acesso a serviços de saúde e terapêuticas de ordem comportamental.

Orrú (2016) e Orrú e Silva (2015) falam da importância das ponderações quanto ao diagnóstico, ressaltando que o uso que é feito desse pode gerar a exclusão social, utilizando o conceito de iatrogênese social cunhado por Ivan Illich (1926-2002).

A iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que sua ação técnica direta’ (ILLICH, 1975, p.43) O efeito do diagnóstico clínico médico para os estudantes que os recebem vem, por vezes, interferindo na organização dos espaços educacionais naquilo que concerne às ações educativas direcionadas a eles(...). Os resultados iatrogênicos do diagnóstico têm refletido na escola a rotulação consequente da medicalização da sociedade, que classifica as pessoas conforme as características expressas no laudo diagnóstico. (ORRÚ; SILVA, 2015, p. 60).

As autoras deixam claro que a intenção dessa problematização não é a negação das características peculiares existentes nos estudantes com tal diagnóstico, mas a reflexão e destaque das práticas docentes a partir da singularidade do estudante para além da materialização de um conjunto de sintomas. Adicionalmente, intenciona-se ir contra a maré iatrogênica do diagnóstico buscando o desenvolvimento e a aprendizagem dos estudantes com autismo.

Ao revés, o resultado do diagnóstico realizado deveria oferecer o saber sobre as singularidades do autismo, tornar para o ponto donde partiu para não se forjar nos limites reducionistas do potencial do indivíduo, além de auxiliar na constituição de requisitos sociais para galgar com qualidade os alvos necessários para a construção e

desenvolvimento de habilidades e novos saberes(..). Ou seja, a questão aqui não é a inexistência do autismo, mas aquilo que se construiu na história e cultura da sociedade sobre ele a partir dos critérios diagnósticos utilizados como instrumentos inerentes ao paradigma científico da psiquiatria moderna (ORRÚ, 2016, p. 49).

No caso da “menina inquieta e com suspeita de autismo”, como a escola poderia agir? Quais foram as bases para que ela fosse encaminhada ao serviço de saúde? Seu comportamento irrequieto foi o único motivo? Qual é o olhar que vem sendo construído sobre essa criança a partir da suspeita do diagnóstico de autismo? São questionamentos importantes frente ao crescente número de crianças consideradas autistas pelas escolas. A “menina com dificuldade de aprendizagem” é um caso que merece ser pensado. O que é a dificuldade de aprendizagem?

Parece-me que vivemos uma redução da dificuldade de aprendizagem como sendo qualquer não-aprendizagem demonstrada na escola. Entender dificuldades de aprendizagem na perspectiva de que todos têm alguma dificuldade e de que o rótulo é decorrente da interação social faz-me ver o quanto tal conceito pode prestar-se para a produção de excluídos e como contrapeso para incluídos. As escolas acabam encaminhando alunos a especialistas e a serviços de apoio pedagógico como tentativa de reconhecimento da normalidade/anormalidade do sujeito. (ARNOLD, 2007, p. 92).

Tradicionalmente, as consideradas dificuldades de aprendizagem estavam relacionadas a questões relativas à leitura e à escrita (sendo essas categorias questionáveis), todavia esse conceito de “dificuldades de aprendizagem” tem se tornado mais banal, sendo alusivo a qualquer não-aprendizagem. Podemos citar como exemplo a criança de três anos que ainda não diferencia o verde e o vermelho, o menino que aos quatro anos não reconhece as letras que formam o seu nome, a menina de dois anos que corre pelas escadas mesmo após uma ordem contrária, a criança de seis anos que ainda não está alfabetizada, entre inúmeras situações. A construção de verdades sobre determinado conhecimento que deve ser adquirido, em uma certa idade, vem criando cada vez mais dificuldades de aprendizagem, levando-nos a necessidade de problematizar o que está posto como natural e universal, consequentemente

guiando-nos para um novo olhar sobre os sujeitos, crianças como a “menina com dificuldade de aprendizagem”.

Retomando os discursos a respeito dos alunos atendidos pela educação especial no CMEI, um menino em especial chama a atenção, pois, embora não estivesse sendo atendido pela educação especial no momento em que a pesquisa foi realizada, sua história era conhecida em todo o CMEI. Ele fazia parte do grupo de crianças que ficam em horário integral na escola e, posteriormente, começou a frequentar apenas o turno vespertino. Durante o período em que foi aluno do horário integral, a maior parte dos profissionais da escola demonstravam angústia em relação ao seu comportamento, chegando ao ponto de se disseminarem boatos de um suposto “mal espiritual” que o envolvia, falas que também foram difundidas nos corredores da escola por familiares de outras crianças.

O menino se envolveu em diversos conflitos com outras crianças e com funcionários, gerando o receio de que alguma criança pudesse sair gravemente ferida de um desses embates, uma vez que uma funcionária teve a unha arrancada após ser atingida por um objeto arremessado pela criança. As falas sobre a questão do “mal espiritual” se tornaram mais contundentes quando o menino afirmou que tinha o “corpo fechado”, dizendo ser imortal e contando detalhes de cerimônias às quais, segundo ele, era levado por sua mãe e nesses locais lhe era oferecido sangue para beber. Sua mãe foi chamada para uma conversa a respeito do comportamento de seu filho e relatou que não nutre nenhum tipo de sentimento amoroso por seus filhos, submetendo-os a agressões constantes, além de passarem por inúmeras privações, como falta de alimentos e outros itens de necessidades básicas. Também afirmou que não sentia nenhum tipo de constrangimento em suas falas, pois havia sido criada dessa maneira e achava que seus filhos deveriam ter uma infância parecida. Confirmou que frequentava cerimônias religiosas onde havia sacrifício de animais, mas disse que o filho não participava, só observava. A família dessa criança já era uma velha conhecida da escola, uma vez que vários de seus irmãos já haviam frequentado o CMEI, e todos no bairro comentavam sobre a situação precária na qual viviam e como as crianças eram agredidas física e verbalmente diariamente.

A mistura de preconceitos familiares e religiosos difundidos no bairro adentrava com força os muros da escola e, assim, entre as falas sobre a possessão demoníaca e a suposta loucura vivida pela criança, as opiniões dos

profissionais eram diversas, sendo que alguns eram enfáticos ao afirmar que a solução para essas questões eram o encaminhamento para os serviços de saúde e atendimento da educação especial. Ao ser ouvido, durante o período em que fez parte do horário integral do CMEI, o menino afirmou que não se sentia bem estando o dia todo na escola e que preferia estar em casa e dormir até mais tarde. Quando estivemos em sua sala de aula, ele era apenas aluno do turno vespertino, perguntamos para a professora sobre como ele vinha se comportando e ela respondeu que o achava como todos os meninos “levados” da sala, mas não considerava seu comportamento anormal.

Essa história nos remete à pesquisa de Collares e Moysés (2015), quando falam sobre os preconceitos no cotidiano escolar. As autoras fizeram a análise do discurso de professores e diretores com o objetivo de identificar que fatores eles consideram importantes na determinação do aprender ou não aprender. Segundo as respostas, fizeram a divisão entre categorias de análise: 1) causas centradas na criança; 2) causas centradas na família; 3) causas centradas no professor. Para todas as professoras e diretoras, o fracasso escolar em sua grande maioria é motivado por questões relativas à criança e sua família.

Quando as crianças são consideradas culpadas, pensa-se que são portadoras de anomalias como desnutrição, distúrbios neurológicos e de aprendizagem, deficiência intelectual, imaturidade, problemas emocionais, falta de motivação, falta de prontidão, entre outros. Um dado importante nessa análise é o questionamento sobre o que se faz com a criança que não aprende, “assim, das oito entrevistadas, 87,5% recorrem a serviços de saúde como forma de enfrentamento ao fracasso escolar” (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p.232), e nenhuma resposta faz menção às práticas pedagógicas.

Quando as famílias são culpadas, tem-se em mente uma concepção de família idealizada, fruto de construções ideológicas e, segundo tal padrão, questões como família desestruturada, pais separados, alcoolismo, desemprego, prostituição, irresponsabilidade, pobreza, entre outros são fatores responsáveis pelo fracasso escolar.

Famílias desestruturadas geram crianças desajustadas. Revoltadas. Agressivas. Como se poderia pretender que aprendessem? A saúde psíquica é essencial para aprender, não é o que dizem médicos e psicólogos? Só não esclarecem o que é saúde psíquica. O campo da normalidade/anormalidade fica aberto para as conve-

niências do momento, as de cada um. (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 235).

Quando se questiona se o professor é o fator determinante entre o aprender e o não aprender, geram-se divergências de opiniões entre professores e diretores, uma vez que “oito diretores (100%) apontam o professor como uma das causas do fracasso escolar. Apenas catorze professores (35%) têm a mesma opinião” (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 235). Aqui aparece mais uma vez a individualização de um problema coletivo, pois o professor não é mais visto como elemento de uma instituição social, mas como profissional incompetente e malformado, e os defeitos que eram vistos na criança e na família são detectados no docente, sem diferença. Em nenhum momento da pesquisa o sistema escolar é citado como responsável:

Poucos se referem ao sistema educacional, porém, não para criticar sua estrutura, sua forma de organização, ou como fonte produtora do fracasso escolar. Falam do sistema para acusar sua ‘cúpula’. Em uma concepção maniqueísta, em que o ‘sistema’ aparece como um bloco sólido, coeso, uniforme. Sem brechas, sem contradições. Vindo não se sabe bem de onde, representado por ‘eles’. (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 237).

A partir das entrevistas realizadas com professores, selecionou-se um grupo de crianças que passaria por uma avaliação clínica. Durante as consultas, ouviam-se as crianças e não somente a mãe. Foi feita uma avaliação relativa ao desenvolvimento dessas crianças por meio de um trabalho que eles sabiam fazer, e não com a falta, com o que não sabiam. Por exemplo, se uma criança sabe fazer pipa, ela era avaliada como tendo boa coordenação viso-motora. O resultado da pesquisa foi:

Entre as 75 crianças estudadas, 71 não apresentam doença orgânica ou emocional, que possa comprometer seu aprendizado. Têm problemas de vida que não as distinguem do perfil de morbidade de sua idade.

As quatro crianças restantes merecem uma discussão à parte. Após avaliação, persistiram dúvida em relação às três: apresentavam uma incorporação tão forte de estigma de doente, que não se conseguiu descartar, com certeza, se não havia associado algum grau de retardo no desenvolvimento. Necessitam, de todo modo,

de um atendimento especializado, para o diagnóstico e posterior tratamento psicológico.

A quarta criança tem dificuldade de relacionamento importantes com uma postura corporal tão rígida, que a faz se movimentar ‘em bloco’, muito tensa e com vários medos. É assim desde antes de entrar na escola. Sua relação com o mundo pode interferir com sua aprendizagem, pois está interferindo com toda sua vida. É uma criança que precisa de tratamento especializado. Não pelo aprender. Precisa de ajuda para viver com menos sofrimento. A partir daí, com uma abordagem geral, até poderá acontecer uma melhora na escola. Mas, o inverso, tratar especificamente seu problema escolar, com grande chance de não representar nada para ele (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 241).

No último caso relatado, pudemos acompanhar todos os tipos de preconceito cercado uma criança, a culpabilização da vítima, da família e dos professores. Pensamos que, assim como analisado por Collares e Moysés (2015) a respeito de uma criança encaminhada para o serviço clínico, esse menino necessita de um apoio interdisciplinar, não somente para a resolução de seus problemas escolares, mas também para que possa viver com menos sofrimento ou compreender melhor o processo de sofrimento. É sabido por todos que a criança sofre abusos físicos e psicológicos por parte de seus responsáveis, e também é fato que sua família necessita de ajuda para enfrentamento das condições indignas de vida na qual se encontram, assim como para a quebra de um ciclo de violências que vem se perpetuando há gerações. A educação especial não pode ser vista como a tábua de salvação para uma questão multifatorial e complexa como essa, que só poderá ser enfrentada pelo viés da coletividade.

Outro fato que nos chamou atenção é que grande parte dessas crianças eram de uma única turma, por isso questionamos a professora de educação especial se ela havia formulado alguma hipótese que explicasse esse quantitativo. Ela respondeu que, anteriormente, a turma contava com outra professora regente. Esta não tinha nenhuma experiência de trabalho com a educação infantil, não demonstrando nenhum interesse ou satisfação em estar naquele ambiente, por isso, a cada dia, a professora questionava o comportamento de uma criança diferente, considerando-o anormal. A professora de educação especial pensa que a falta de conhecimento da professora regente a respeito da educação infantil e a infância como um todo a leva a pensar que a

maioria dos comportamentos são atípicos. Collares e Moysés (2015) também discorrem sobre essa questão quando falam a respeito da formação dos profissionais da educação, pois é por intermédio dessa formação que o professor constrói as concepções que nortearão seu trabalho.

Cursos compactados, voltados a uma aplicação rápida das novas teorias; o imediatismo e a ingenuidade de pretender vencer um grave problema estrutural como o fracasso escolar por meio de medidas emergenciais; a transformação de teorias científicas em soluções mágicas, em redenção para escola pública brasileira; transformando um problema político-pedagógico em mera questão de método. De tudo isso, decorrem cursos de reciclagem mais voltados à resolução imediata dos problemas do que à melhoria do conhecimento na área pedagógica. Na maioria das vezes, nesses cursos, o objetivo não é permitir ao professor o contato e o domínio de novas teorias científicas, mas o domínio do ‘método’ correspondente à teoria. E surgem, assim, sem que os próprios autores nomeados saibam, ‘o método Montessori’, ‘o método Piaget’, ‘o método Emília Ferreiro’[...]. (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 230).

As formações voltadas para resoluções imediatas dos problemas educacionais contribuem para a medicalização/patologização da educação na medida em que trazem em seu bojo, por exemplo, como identificar características da criança autista, ou da criança com TDAH, entre outras, sem que haja aprofundamento teórico sobre o tema. Esses cursos trazem pequenas receitas de ferramentas auxiliares de práticas pedagógicas que poderão ser de grande valia em determinado momento, porém não apresentam uma visão abrangente dos desafios enfrentados nos cotidianos escolares. Dessa forma, o professor corre grande risco de se sentir incapaz, já que uma receita pode ser bem sucedida em uma situação, sendo falha em outro momento, fazendo o profissional se perguntar o que fez de errado se estava agindo embasado em conhecimentos pedagógicos.

Esses casos nos trazem inúmeras problematizações que nos auxiliam a pensar os processos medicalizantes sobre a forma como os comportamentos e os processos subjetivantes têm sido transformados em sintomas de uma doença, síndrome ou deficiência. Ser introvertido ou extrovertido, correr na sala, não ter interesse em determinada atividade, sofrer por questões extraescolares,

professar uma determinada religião, ser parte de uma família considerada fora dos padrões, pertencer a uma comunidade onde impera a violência, viver em condições indignas, todas essas questões são transformadas em questões de ordem médica que culminam com o encaminhamento da criança para os serviços de saúde ou para o atendimento da educação especial no espaço escolar e, na maioria das vezes, para o atendimento de uma educação especial também baseada no saber clínico e na busca por uma cura. Esses processos são o que temos denominado neste trabalho como processos medicalizantes, uma vez que, mesmo sem o uso ou abuso de medicamentos, essas crianças têm suas vidas transformadas em objeto a ser analisado através do que a escola costuma chamar de “olhar clínico” do professor.

Diante de todo o exposto, é importante que repensemos as noções de inclusão, educação especial e qual é o papel do professor de educação especial em todo esse engendramento.

3.2. Construções discursivas sobre a medicalização da condição da deficiência

Optamos por chamar o segundo movimento de problematização de *a medicalização da condição da deficiência*, pois nesse plano encontram-se as crianças que possuem uma condição para que sejam consideradas como público-alvo da educação especial, como, por exemplo, a Síndrome de Down ou a paralisia cerebral.

Esse plano foi pensado a partir da percepção de que alguns discursos trazem em seu bojo as certezas de que a condição da deficiência está sempre atrelada aos saberes clínicos, sendo secundários os conhecimentos pedagógicos, ou então estão encobertos de mitos que objetivam fazer crer que determinada forma de se comportar faz parte dos sintomas da deficiência, sendo considerada sinônimo de doença. Desse modo, apresentaremos os discursos proferidos sobre essas crianças no espaço escolar.

Ao visitar a turma de uma criança com Síndrome de Down juntamente com a professora de educação especial, percebemos que o menino quase nunca interage com o restante da turma, estando sempre em companhia de uma funcionária do CMEI, que o leva pela mão para todos os lugares e, mesmo nos momentos de parquinho, nunca brinca livremente com os seus colegas. Ao questionar a professora de educação especial sobre o fato, obtivemos como

resposta que ela já havia tentado fazer intervenções para mudar a situação, mas esse já era um hábito na escola, pois o menino era considerado agressivo com as outras crianças. Assim, por medo que houvesse reclamações por parte dos pais devido a possíveis ferimentos, optou-se por mantê-lo vigiado e afastado a maior parte do tempo.

Levantamos outro questionamento, relacionado à semelhança entre o comportamento da criança com síndrome de Down e o comportamento de muitos outros meninos, perguntando por que outras crianças não recebiam o mesmo tratamento. A professora de educação especial concorda com os fatos e diz que fez diversas tentativas de mudança da situação, porém relatou que a funcionária responsável pelos cuidados do menino está há anos trabalhando na escola e há certo receio de fazer objeção a suas atitudes. Mesmo assim, a professora afirmou que tentaria ser mais enfática junto às pedagogas para que houvesse uma resolução para essa situação.

As crianças que não tem deficiências, mas apresentam atitudes semelhantes, não eram isoladas. É perceptível, nesse caso, que a visão sobre o comportamento da criança estava vinculado ao olhar sobre a síndrome, a uma generalização ou mito que afirma que as crianças com deficiência tem um comportamento agressivo. No caso dessa criança em especial, havia uma cobrança muito enfática quanto à necessidade de sua frequência na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAÉ) e, pelo fato do menino faltar poucas vezes à escola, questiona-se quais eram os momentos em que ele frequentava os serviços clínicos da APAÉ. Também era comum que seu nome fosse substituído por Síndrome de Down durante as conversas.

Amaral (1998) nos sustenta na problematização desse caso quando traz as noções de patologização do desvio e estigma como marcas imputadas àquelas pessoas que se afastam da idealização criada em determinado contexto. A história da criança com Síndrome de Down é um exemplo do mito da “generalização indevida”:

‘Generalização indevida’ refere-se à transformação da totalidade da pessoa com deficiência na própria condição da deficiência, na ineficiência global. O indivíduo não é alguém com uma dada condição, é aquela condição específica e nada mais do que ela: é a encarnação da ineficiência total. Os depoimentos nesse sentido são numerosos e talvez o mais conhecido deles tenha sido dado

pelo escrito francês Chevigny (1946) que, ao ficar cego, viu-se repentinamente tratado como alguém deficiente auditivo e mental. Relata para ilustrar essa afirmação, que em dada situação foi convidado a tomar chá em casa de uma conhecida e esta, ao servir, perguntou ao seu acompanhante: ‘O chá dele é com açúcar ou sem açúcar?’ Eis a presença do mito (AMARAL, 1998, p. 17).

O relato sobre a criança do CMEI é um exemplo claro de mito da generalização indevida. Ele havia sido reduzido à própria síndrome, considerando que os comportamentos que ele tinha semelhantes aos de outras crianças eram ainda assim classificados como típicos da síndrome. Dessa forma, exigia-se que ele fosse afastado em nome da segurança dos outros, pois, no imaginário popular, há uma ligação intrínseca entre a deficiência e a agressividade. A patologização do desvio também está presente quando os serviços clínicos ofertados pela APAE são colocados em primeiro plano, secundarizando-se as práticas pedagógicas.

Também conhecemos a história de uma menina com uma síndrome rara, a Síndrome de Digeorge, uma anomalia genética. Em questionamentos feitos à professora de educação especial, percebeu-se pouco conhecimento sobre as características da síndrome e grande expectativa depositada em uma cirurgia à qual a menina seria submetida em breve. Havia a expectativa de que, a partir de correções cirúrgicas, a criança obtivesse um salto em seu desenvolvimento, “entende-se aí a saúde como perfeição, pois a ideia implícita é a de que somente um corpo saudável teria condições de aprender” (SANTOS, 2009, p. 83).

Não estamos defendendo aqui que os serviços médicos, nesse caso específico, são desnecessários ou que, ao contrário, o conhecimento de todas as características sindrômicas é extremamente necessário, porém, especificamente, nesse caso, esses saberes proporcionariam a visão da síndrome como uma condição que não poderia ser curada. A cirurgia é apenas um meio de proporcionar qualidade de vida para a criança, mas a aprendizagem não deveria subordinar-se a esse fato, por ser necessário o planejamento de práticas pedagógicas que favorecem o desenvolvimento escolar a partir da condição da criança, estado que não pode ser curado. Nesse caso, a educação especial é vista como parte de uma cura, atrelando-se mais uma vez à ordem médica.

Angelucci (2014) nos alerta para o fato de como nas publicações científicas sobre a educação especial ainda prevalece o olhar sobre “a deficiência

com expressão da anormalidade, que ora deve ser curada ou minimizada, ora deve ser tolerada, mediante domínio de dispositivos interacionais” (ANGELUCCI, 2014, p. 120). Assim sendo, ao analisarmos a história da menina com Síndrome de Digeorge, podemos pensar: o modelo médico ainda prevalece na educação especial? A forma como a educação especial é usada nas escolas aceita as diferenças ou busca a normalização?

Outro caso que nos chamou atenção é a história de uma menina com paralisia cerebral. A menina tem grande comprometimento físico e cognitivo, fazendo uso de cadeira de rodas para se locomover, sonda para alimentação e pouco desenvolvimento da linguagem oral, pronunciando apenas pequenas palavras como “papai” e “mamãe” com alguma dificuldade. Esse caso é importante para que seja entendida a diferença entre medicar, medicamentalizar e medicalizar.

Medicar: tratar com medicamentos; aplicar remédios; prescrever medicamento; tomar remédios.

Medicamentalizar: usar medicamento de forma abusiva.

Medicalizar: Processo artificial que transforma questões políticas e sociais em individuais, biológicas, orgânicas. Sua face é a mais perversa da patologização.

A medicalização pode ou não desencadear o uso de fármaco. Ela não necessariamente está associada à invenção de patologias (o abuso de cesarianas desnecessárias é um exemplo de medicalização sem patologização ou prescrição de remédios).

Nem toda pessoa medicalizada é medicada; nem toda pessoa medicada é medicalizada (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE, c2023, s/p).³

A menina com paralisia cerebral faz uso de diversos medicamentos que são essenciais para sua vida e saúde, portanto o uso desses medicamentos constitui uma necessidade e os serviços médicos são fundamentais para seu desenvolvimento. Esse caso representa então o uso de medicação.

3 FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE. Publicação na rede social Facebook. Facebook, c2023. Disponível em: <https://www.facebook.com/forum-sobremedicalizacao/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

Já a medicalização ocorre quando a sua presença na escola é considerada desnecessária, quando se tem a impressão que os serviços médicos são a sua única necessidade e que todos os aspectos de sua vida só dizem respeito à clínica. Uma funcionária da escola questiona se a inclusão/educação especial realmente efetiva-se na escola, sendo que a referida criança estava em uma turma onde as outras crianças já fazem a escrita do nome e ela nem sequer fala. Ao ouvir esse discurso, outra funcionária responde que há sim um processo de inclusão em curso, pois antes a criança nem sequer sorria e agora demonstra alegria por meio do sorriso.

A partir das narrativas expostas, nossa intenção foi cartografar discursos no cotidiano do CMEI Renascer sobre as crianças consideradas público-alvo da educação especial e problematizar a medicalização na educação infantil. E intencionou-se fazer isso tomando o conceito amplo de medicalização que não se restringe apenas ao consumo de medicamentos, mas sim a um processo que transforma questões de ordem econômica, sociais e políticas em questões de ordem médica:

Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à educação. A isso chamamos medicalização do processo ensino-aprendizagem. Divulgado pela primeira vez por Ivan Illich, o termo medicalização refere-se ao aumento da jurisdição médica sobre a vida cotidiana, passando a abranger problemas sociais ou de outras ordens (COLLARES; MOYSÉS, 2015, p. 38).

4. Percursos da cartografia: as entrevistas

Assim, nossa cartografia caminha em uma nova direção, passando a utilizar entrevistas como pistas para nossas problematizações. A necessidade do uso das entrevistas em nosso percurso cartográfico surgiu a partir da escuta dos discursos sobre as crianças atendidas pela educação especial no CMEI Renascer, destarte, desejamos ouvir novas falas sobre as noções de medicalização, inclusão e educação especial que vêm embasando as práticas dos profissionais nesses cotidianos.

Acompanhar a experiência do dizer, considerando e alimentando a circularidade intensiva entre os planos do conteúdo e da expressão, eis o desafio colocado ao manejo cartográfico da entrevista, eis o que buscamos na pesquisa dos processos que faz uso de entrevistas, sejam elas grupais ou individuais. Pensamos na entrevista como experiência compartilhada do dizer que, como vimos, em sua performatividade cria mundo, sempre (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 316).

A partir do exposto, foram realizadas entrevistas com seis profissionais. Nesse momento, os profissionais já sabiam que estávamos procurando pistas sobre a temática da medicalização na educação infantil. O tema gerou curiosidade em alguns que nunca haviam ouvido falar sobre o conceito.

Os sujeitos entrevistados e as perguntas da entrevista foram selecionados a partir das pistas fornecidas anteriormente, por meio das observações de detalhes e conversas informais nos cotidianos do CMEI que traziam, mesmo sem o conhecimento aprofundado do significado do termo, a temática da medicalização muito atrelada ao tema da educação especial. Os dois movimentos que nos auxiliaram na problematização, *a medicalização dos supostos transtornos/deficiências* e *a medicalização da condição da deficiência*, também nos apoiaram na escolha dos entrevistados e na formulação das questões disparadoras, trazendo os discursos proferidos sobre essas crianças no cotidiano escolar.

A ideia de uma entrevista com a técnica da Secretaria de Educação surgiu a partir das entrevistas anteriores que trouxeram em seu bojo questões relacionadas às formações realizadas pela SEME. Os sujeitos entrevistados foram: a diretora, uma pedagoga do turno matutino, uma pedagoga do turno vespertino, a professora de educação especial do turno matutino, a professora de educação especial do turno vespertino e uma técnica da Secretaria Municipal de Educação. As entrevistas contaram com alguns questionamentos que serviram como disparadores para uma conversa entre nós e os participantes da pesquisa, porém seu roteiro não era rígido, estando aberto a falas imprevistas que fazem parte da processualidade da pesquisa cartográfica. As questões disparadoras foram:

1. Fale sobre sua formação e experiência docente.
2. Você já ouviu falar na medicalização da educação? O que você pensa que significa esse conceito? Se você sabe o significado de medicalização, como entrou em contato com esse conceito?
3. Como você pensa que ocorrem os processos de medicalização na educação infantil?
4. Você considera importante que haja problematizações sobre a medicalização na educação?

Possíveis questões que poderiam surgir como disparadores durante as entrevistas:

1. Você já ouviu falar em dificuldades/distúrbios de aprendizagem ou comportamento? O que você pensa sobre essas questões?

2. Quais são as suas noções de educação, infância, inclusão/exclusão?
3. O que você pensa sobre as formações ofertadas pela Secretaria Municipal de Educação sobre as temáticas que estamos debatendo?
4. Sobre as crianças atendidas pela educação especial no CMEI, o que você sabe e pensa sobre quais seriam as suas necessidades ou direitos?

Analisamos as respostas dessas perguntas e, a partir daí, foram selecionados alguns trechos que embasarão os dois novos movimentos de problematização que serão apresentados mais adiante.

4.1. Conhecendo os sujeitos entrevistados

1. A diretora: Formação em pedagogia, especialização em psicopedagogia, participação em diversos grupos de pesquisa como convidada/ouvinte, atua no magistério há 23 anos alternando-se entre a rede privada e a rede pública nos cargos de pedagoga, coordenadora e, atualmente, exerce a função de gestora;
2. A pedagoga do turno matutino: Formação inicial em pedagogia, atua como pedagoga na PMV;
3. A pedagoga do turno vespertino: Formação inicial em pedagogia, especialização em gestão, já atuou na rede privada, tem experiência em sala de aula e, atualmente, é pedagoga;
4. A professora de educação especial do turno matutino: Formação inicial em pedagogia, especialização em educação, tem experiência na coordenação e em sala de aula, atuando na educação infantil e no ensino fundamental;
5. A professora de educação especial do turno vespertino: Formação inicial em pedagogia com ênfase em educação especial, especialização em educação especial, tem experiência no ensino fundamental e na educação especial;
6. A técnica da secretaria de educação: Tem formação em pedagogia, mestrado e doutorado na linha de diversidade e inclusão, professora e pedagoga pela rede de Vitória. Atualmente está na SEME, trabalhando na formação de professores.

5. O surgimento de novos movimentos de problematização: medicalização, inclusão e educação especial e a formação docente inventiva

5.1. Medicalização, inclusão e educação especial

Aqui iniciaremos o trabalho de análise das falas que surgiram a partir das entrevistas realizadas no CMEI, ressaltando que as entrevistas não eram estruturas rígidas e objetivavam servir como disparadores para ouvirmos e problematizarmos os discursos presentes nos cotidianos escolares. Portanto, o que veremos aqui são os discursos que dentro dessas entrevistas nos saltaram aos ouvidos.

O que primeiramente nos levou a um pouso em determinadas falas foi, mais uma vez, a percepção de como a temática da medicalização está entrelaçada com as questões relativas à educação especial/inclusão de acordo com o imaginário dos profissionais. Vejamos a primeira fala (quadro 1).⁴

4 As falas dos quadros foram transcritas em sua literalidade, sem preocupação com o rigor gramatical.

Quadro 1 - Fala da pedagoga do turno vespertino (grifos dos autores)

Fiz um curso de educação especial em 2006 (...) não, 2009, nessas crises de identidade enquanto profissional. **Eu tive na escola que eu trabalhava uma criança especial, e uma criança, assim, muito agitada** e a partir da dificuldade dos profissionais em lidar e a minha também, **essa criança tomava medicamento, mas o medicamento não fazia muito efeito e ela continuava muito agitada**, mas o dia que ela ia sem o medicamento a gente não conseguia ter controle sobre ela, até fugir e pular o muro já aconteceu. Aí, a partir dessa dificuldade com essa criança, eu quis estudar mais, aí fui fazer um curso pela prefeitura de Vitória sobre educação especial, e aí comecei a ter maiores informações da educação especial, e medicalização na infância, a partir desse curso, e aí era um tema de interesse as crianças especiais. Nesse processo de crise de identidade, fui ser professora colaboradora em Cariacica, trabalhei durante quatro anos e fui muito feliz como professora colaboradora, atendia crianças que faziam uso de medicamento e crianças que não, considero que, em alguns casos, se faz necessário, sim, percebi isso para a questão de atenção, de concentração, de desenvolvimento mesmo no aspecto cognitivo e nas relações, nas interações com as crianças e com os profissionais, só que penso que o medicamento é em último caso, é a última instância, depois de todas as possibilidades terem sido esgotadas, né, avaliando o desenvolvimento da criança e percebendo assim, foi tentado de tudo, enquanto escola, tentou-se esporte, tentou-se muitas estratégias enquanto escola, mas a gente não conseguiu ter avanço nessa criança, aí eu penso que o encaminhamento, **o parecer médico em relação à criança é interessante para esse desenvolvimento (...)** o conceito de medicalização (...) é a necessidade do medicamento mesmo, não sei se isso (...) se há necessidade ou não de um medicamento para o desenvolvimento da criança.

Fonte: Elaboração própria.

Imediatamente, ao responder o que lhe era sabido sobre a medicalização, a profissional diz que havia realizado um curso de educação especial; em seguida, expõe que uma das crianças de sua escola era agitada e utilizava um medicamento. Percebe-se que o comportamento inquieto da criança já a caracterizava como público-alvo da educação especial, uma vez que em nenhum momento foi citada alguma deficiência, alta habilidade ou Transtorno Global do Desenvolvimento na fala da profissional, apenas questões comportamentais. Foi a partir do comportamento da referida criança que surge o interesse pelos estudos da educação especial e, embora a pedagoga considere o medicamento como “última instância”, em nenhum momento é considerado o contexto no qual tais comportamentos infantis insurgem. Já na finalização da fala, o parecer médico é citado como importante para o desenvolvimento e, segundo seu conhecimento, o conceito de medicalização é a necessidade, ou não, de determinado medicamento.

Na fala da diretora do CMEI (quadro 2), também podemos perceber como a temática da medicalização perpassa a educação especial no imaginário dos profissionais.

Quadro 2 – Fala da diretora do CMEI (grifos dos autores)

É eu sei do tema (medicalização) porque tem sido um tema que tem vindo à tona em várias discussões da educação, então por aí é que eu sei do tema, e assim, algumas coisas que eu fui lendo a respeito, com algumas pessoas que eu fico conversando fui ouvindo, o que eu sei do tema assim, Aí foi como eu me apropriei, nunca estudei a fundo, nunca li, nem assim, o autor referência do tema, nada disso não, mas pelo que eu fui ouvindo nos cursos de formação, (...) **a gente não teve nessa nesse ano nenhuma formação direcionada na Educação Especial, a gente na gestão já conversou sobre a educação infantil, e já conversou outros assuntos pertinentes à gestão, mas Educação Especial propriamente não.**

Fonte: Elaboração própria.

A diretora expõe que conhece a temática, mesmo que não com aprofundamento teórico, porém, ao final da fala, diz que os diretores tiveram acesso à formação, só que ela não era voltada para a educação especial.

A professora de educação especial do turno matutino também citou o momento formativo (quadro 3), chamando a atenção para o fato de que, quando teve acesso ao tema, foi através de uma formação que não tinha como tema central a medicalização. A medicalização tinha sido apenas referenciada, além do mais, o momento era voltado somente para os profissionais da educação especial. Assim, novamente, a medicalização é entendida como assunto que diz respeito à educação especial/inclusão.

Quadro 3 – Fala da Professora de educação especial do turno matutino (grifos dos autores)

Eu acho que a formação deveria ser mais qualificada, porque, assim, não foi uma formação de medicalização, surgiu o assunto e a pessoa não estava muito preparada para falar, aí a Bartyra quis passar para outro assunto e fez uma complementação, mas eram poucas pessoas, era só quem queria ir, foi num sábado, (...) **era voltada para professores da área da educação especial.**

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se que a educação infantil foi concebida como parte de políticas assistencialistas e a educação especial a partir dos saberes da medicina. Posteriormente, foram vinculadas à educação as discussões sobre as contribuições dos processos de ensino-aprendizagem para crianças pequenas. E pessoas com deficiência só alcançaram visibilidade há poucas décadas, especialmente no Brasil.

Identificar as marcas da medicalização presentes na relação com a educação especial exige uma observação atenta, uma vez que essas marcas podem estar camufladas com a bandeira da inclusão e da defesa dos direitos da criança. Angelucci (2014) fala sobre um fato recorrente nas escolas, a legitimação da lógica médica em detrimento dos saberes educacionais que são substituídos por processos de triagem, intervenção e encaminhamentos de estudantes para os serviços de saúde.

Percebemos também, na fala da pedagoga do turno vespertino, um fato recorrente, quando pensamos a temática medicalização: a não discriminação entre os termos medicalização e medicamento. Sendo esse um dos obstáculos para a problematização sobre como as formas e usos feitos da educação especial nas escolas tornam-se a própria medicalização, pois acredita-se que esse processo se faz presente apenas diante do uso do medicamento. Não consideramos que o desconhecimento dos termos seja primordial, mas apenas um dos obstáculos, visto que a problematização da educação como um todo é um fator mais essencial.

A educação especial em si não é a representante dos processos de medicalização na educação. A verdadeira problemática é a maneira como a educação especial e a inclusão são capturadas por discursos medicalizantes. Lançamos, desse modo, o seguinte questionamento: os alunos que realmente seriam beneficiados pelas intervenções da educação especial têm acesso a elas ou estão sendo substituídos por crianças rotuladas com base em um suposto transtorno/deficiência?

Ainda que a noção ampla de medicalização não seja notória para os profissionais, podemos perceber grande potência nas percepções e discursos. A interessante percepção da pedagoga do turno matutino (quadro 4) sobre a questão do domínio do corpo nos remete aos escritos de Michel Foucault, quando nos diz sobre a produção de um sujeito sujeito pelas instituições arquitetonicamente preparadas para esse fim, como o hospital, a prisão e as escolas.

Quadro 4 – Fala da pedagoga do matutino (grifos dos autores)

O que é mais ou menos assim eu consigo compreender, é a coisa de **dominar mesmo corpo das crianças, de dominar essa coisa que a criança tem de movimento, principalmente a educação infantil**, então antes do que era molecagem de criança, hoje é hiperatividade (...). Se a criança ela sai um pouquinho daquele padrão que é esperado né, aí a gente já ouve falar o que nos meninos tem alguma coisa, que não é normal, precisa passar por um psiquiatra e passar para o neurologista, tem que chamar a família né, para conversar sobre esse comportamento, **Mas, às vezes não é não é de um remédio que ele precisa, é de uma outra metodologia, atender aquilo que ele espera aí enquanto criança.**

Fonte: Elaboração própria.

O interessante nessa fala é a relação que ela faz da medicalização com a docilização dos corpos, “a noção de ‘docilidade’ que une ao corpo analisável o corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2014, p.134). A medicalização funciona como um produto de vários dispositivos na medida em que analisa e manipula os corpos infantis, enquadrando-os na norma construída na escola.

Outro detalhe importante, na mesma fala, é quando a pedagoga diz da importância de outra metodologia, uma que atenda aos interesses da criança como criança; desse modo, ela não responsabiliza o sujeito, mas também coloca a escola como uma das responsáveis pelo processo de medicalização e também como agente que busca outros possíveis.

A fala da diretora (quadro 5) também corrobora como meio de construção para outras possibilidades no cotidiano escolar, uma vez que ela percebe a patologização dos comportamentos infantis, ressaltando que cada pessoas tem um jeito próprio de ser e estar no mundo.

Quadro 5 – Destaque da fala da diretora (grifos dos autores)

Se a criança saiu daquele padrão, uma criança que tem uma personalidade mais introspectiva, ou que ela tem uma personalidade mais expansiva, e isso foge um pouco à regra daquele coletivo da sala de aula, já pensa que é um problema, já quer o encaminhamento, já recorre ao especialista da área da saúde porque deve ser algum problema, então, você já acha que tem que tomar o remédio, e eu acho que é isso é o olhar do professor mesmo, é que precisa sim, a gente precisa ficar mais atento para essas questões, de que cada um tem a sua personalidade, **sua forma de ser, de estar no mundo, e não necessariamente aquela forma padrão.**

Fonte: Elaboração própria.

Em outros trechos das entrevistas, é mais uma vez perceptível como a educação especial é capturada pelos discursos medicalizantes. Um dado positivo é que há um olhar crítico para questões como a produção dos diagnósticos e a disseminação do uso de medicamentos, mesmo que de maneira não tão aprofundada no sentido teórico. Lembramos que os nomes das crianças e professoras citados durante os relatos são nomes fictícios, objetivando resguardar suas identidades.

Quando a professora relata a história da menina Maria Alice (quadro 6), dizendo que a maior preocupação da escola é com a sua presença, mas não com seu desenvolvimento, e que “ficou mais na socialização”, é um exemplo do que Raad e Tunes (2011) chamam de deficiência como iatrogênese, com base no conceito cunhado por Illich (1975).

Quadro 6 – Fala da professora de educação especial
do turno matutino (grifos dos autores)

As atividades que ela faz nos dias que eu não estou aqui é zero. (...). Ela (a professora regente) acha que só que tenho que fazer as atividades. **A preocupação daqui é que ela (a criança Maria Alice) esteja no dia e não que evolua neste dia. Ficou mais na socialização e nas aulas de artes e educação física. E aí, do nada surgiu o Marcos com o laudo de autismo, que eu acredito que ele não seja o autista, mas de tanto insistir que ele é autista, alguém deu o laudo para ele de autismo** eu acho que dar um laudo de autista para uma criança é rotular ele durante a vida toda, a vida toda ele vai ser autista e ele pode se apropriar daquilo, e ao invés de evoluir, não, 'eu vou ser o coitado porque eu tenho o laudo de autista'. E o Marcos dá conta de fazer todas as atividades dele, nem precisa da minha ajuda. A única ajuda que ele precisa é quando ele se opõe a fazer alguma coisa, que ele bate o pé que não vai fazer e não faz, eu tenho que mediar junto com a Eliana (professora regente), mas eu acho que o que a escola pecou foi só atender ao laudo, em só buscar o laudo, o laudo me diz o que eu vou fazer, **o laudo não me diz nada, ele só rotula** (...) A Eliana (professora regente) sempre faz as coisas voltadas para a turma toda, porque o Marcos é igual a todo mundo, a Maria Alice precisa de mais, ela tem dificuldade de locomoção e tal, mas a professora da Maria Alice não tem vocação para pesquisar ou evoluir. A Eliana busca mais, pede ajuda, aí eu ajudo todos os alunos da turma, aí eu ajudo todo mundo, ajudo o Bernardo que todo mundo acha que tem alguma coisa, mas para mim, ele é só infantil, ele é um bebezão, ele vem no colo e vai no colo ainda no grupo 5, então o povo acha que ele é um laudo, depois surgiu um menino na sala da Mara que levaram ao médico e o médico graças a Deus disse que não tinha nada, tudo isso porque o menino não fala com as pessoas, falava só com quem queria, ele tinha um vínculo com três amigos e conversava só com esses três amigos, mas perguntavam as coisas para ele e não respondia e a Kátia (pedagoga) achava que ele tinha algum problema por conta da fala, hoje ele fala para chuchu.

Fonte: Elaboração própria.

As autoras falam que esse é o processo onde a pessoa com deficiência não é vista mais em sua singularidade, mas sim, como um corpo doente e imperfeito.

O conceito de deficiência assenta-se no determinismo biológico, na definição do não funcionamento, na presença de um sintoma de caráter orgânico que, mesmo quando não encontrado, justifica o rótulo das pessoas que é então encaminhada para o exílio social e cultural. É por isso, uma ficção. A fé no conceito de deficiência afirma a incapacidade de reconhecer a diversidade de existências e a pessoa rotulada torna-se a sombra de sua própria vida, que é conduzida por outrem (RAAD; TUNES, 2011, p. 43).

A criança Maria Alice torna-se também uma responsabilidade da professora de educação especial, que acaba por ser considerada uma educação à parte, apartando a criança dos processos de criação social e cultural da escola. Já o caso do aluno Marcos mostra como a professora tem clareza sobre a produção dos diagnósticos porque “de tanto insistir que ele é autista, alguém deu o laudo para ele de autismo”. Mais à frente, em seu relato, a professora explica que a mãe de Marcos pediu para as pedagogas um relatório sobre seu comportamento para que pudesse levar para a análise de um médico e, imediatamente, o menino já chegou à escola de posse de um parecer que o classificava como autista.

Selecionamos essas duas falas da pedagoga do turno vespertino (quadro 7 e quadro 8) por elas representarem um dado importante sobre como, em diversos casos, os encaminhamentos aos serviços de saúde, a dependência de seus pareceres e do trabalho dos professores de educação especial representam tentativas de fazer “o melhor para essa criança” e “garantir o direito dessa criança participar”.

Quadro 7 – Fala da pedagoga do turno vespertino (grifos dos autores)

Acho que há tentativas enquanto escola, de fazer o melhor para essa criança, a gente perpassa por vários profissionais e a gente não consegue dar conta de tudo, a gente não consegue, às vezes aquilo que a gente acredita, a gente não consegue alcançar, a nossa parte enquanto da função pedagógica é de trazer também a reflexão igual fazem com a gente em outros espaços, essa é nossa função aqui, é **tentar garantir direitos, eu acho que muitos a gente consegue, mas, muitos a gente não consegue, porque esbarra na questão mesmo do acreditar de cada um, na sensibilidade de cada um, mas eu penso que a gente recebe muito mais professores que tem essa sensibilidade, sim, para acolher e para acreditar no potencial da criança.**

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Fala da pedagoga do turno vespertino (grifos dos autores)

Eu penso em algumas situações de crianças que precisam de um atendimento mais individualizado e o professor que precisaria de mais apoio para **conseguir garantir o direito dessa criança participar**. (...) Então acho que falta profissional... eu acho que às vezes a carga horária de um professor (de educação especial) para atender a escola e suas especificidades é pouco.

Fonte: Elaboração própria.

A escola reconhece que “não dá conta de tudo”, mas falta uma problematização maior sobre o significado de “o direito da criança” e sobre o porquê de a escola se ver envolta por tantos obstáculos que levam à certeza de que a educação especial é solução para tais problemas. Esse é um dos momentos em que a educação é capturada pelos discursos medicalizantes, uma vez que as problemáticas da educação deixam de ser debatidas para dar lugar a uma educação especial como redentora, criando, assim, cidadanias biológicas.

Rose (2013) discute a questão quando discorre sobre os cidadãos biológicos: para o autor, uma nova forma de cidadania está surgindo, uma que desconsidera o conceito de cidadania a partir de seus aspectos sociais, históricos e filosóficos e se centra em “uma forma de bem-estar social baseada em critérios médicos, científicos e legais que reconhece tanto a ofensa biológica quanto a indeniza” (ROSE, 2013, p.192). Ou seja, ao analisarmos o caso da escola, a educação como um direito de todos e uma conquista derivada de lutas históricas são ofertadas a alguns grupos somente mediante a obrigação de uma reparação por um dano causado ao seu organismo.

Retomando o contexto social no qual está inserido o CMEI Renascer, em que muitas famílias não têm acesso a serviços básicos como saúde, alimentação e moradias dignas, a obtenção de um benefício com base em uma bioidentidade representa a conquista de um direito e, assim, as reivindicações por políticas públicas, melhorias e implementação de direitos que estão garantidos por lei para todos os cidadãos são relegadas a segundo plano. Também as condições de trabalho dos docentes, a infraestrutura das escolas, as formações e as práticas pedagógicas não são amplamente discutidas.

Assim o retrato é caricatural: escolas sucateadas, explicações que protegem o estado neoliberal da crítica, ONG's e setor privado lucrando de forma satisfatória,

e a população assumindo exclusivamente a culpa pela dificuldade de viver a escolarização de maneira bem sucedida. É a chamada cultura medicalizada, que produz efeitos não apenas nas pessoas medicalizadas e tratadas, mas em todos nós, que aceitamos mais ou menos passivamente que a desigualdade social é reflexo de diferenças individuais (VIÉGAS, 2014, p.134-135)

Assim, aceitando tal situação “mais ou menos passivamente”, como alertado por Viégas (2014), incute-se, no imaginário de uma parte das famílias e dos docentes, que, por meio da oferta de um AEE e dos encaminhamentos para os serviços de saúde, tanto o direito da criança quanto o do professor estão garantidos. Ou seja, a criança conquista o direito a uma educação especial e o professor o direito ao apoio que tanto necessita em meio à sobrecarga de trabalho.

Um das falas foi especialmente problematizadora e partiu de uma declaração da professora de educação especial do turno vespertino (quadro 9). Mesmo ela não tendo participado das formações ofertadas pela SEME sobre a temática, sua fala é extremamente crítica, contando com uma visão ampla sobre a produção dos processos medicalizantes.

Quadro 9 – Fala da professora de educação especial
do turno vespertino (grifos dos autores)

Eu acho que tudo hoje é remédio, e não deveria ser assim, e a educação abriu uma porta que não vai conseguir fechar tão cedo, que é para outras pessoas entrarem e dizerem que o menino precisa de remédio para aquilo e para aquilo lá, então uma vez aberta, raramente vai conseguir desconstruir porque eles descobriram uma mina de dinheiro em cima da medicalização e hoje o Estado do Espírito Santo é um dos maiores investidores e consumidores da chamada palmatória na educação, mais conhecido como Ritalina, então se eu tenho um menino que é deficiente intelectual e a deficiência dele ou dela tem um comprometimento cognitivo, para que a Ritalina vai ser utilizada para esse menino se ele é um deficiente intelectual, um deficiente intelectual não precisa dessa medicalização, ok. Outra questão TDAH, tá, então, o menino tá serelepe, pulando, subindo, para que que eu quero o menino totalmente engessado, ele vai aprender o que com a Ritalina? Ah, é um foco de atenção, é um foco de atenção para aquilo ali, se saiu esse papel da minha frente, ele não vai conseguir com o outro, então, a medicalização para quem precisa ser medicado é necessário, mas aberto, e **a própria educação escancarar as portas para a indústria farmacêutica**, porque tudo sai daqui, e se o menino não vir com o laudo remédio, o professor ainda cobra na porta, “ah, seu filho tomou o remedinho?”, então acho que não é viável. (...) **Eu sou uma usuária de remédio e sei o que ele faz para mim.** Eu trabalhei sempre em um ambulatório em Minas e nós utilizávamos em crianças que tinham realmente a necessidade de ser medicadas, necessitadas de plasma, de hemácias, então quando eu vim para o ES e vi que um menino que tá normal, que tá perfeito, que tem falta de educação, está sendo medicado, dá um grito. **Agora todo professor precisa se qualificar**, precisa estudar e eu estudo muito para os meus meninos autistas, então toda vez que eu falo para um professor, eu tenho propriedade do que tô falando, porque eu busco e esse curso que eu fiz no Ifes me abriu os olhos para uma coisa que eu aprendi na Pontifícia, **será que é necessária essa droga toda?**

Fonte: Elaboração própria.

Do início ao fim da fala, tudo o que é discutido pelos pesquisadores da medicalização da educação e da vida é exposto. Desde o espaço delegado para profissionais diversos ditarem o modo de fazer na educação, definindo o aumento constante do uso de medicamentos por crianças, a comparação da Ritalina com a palmatória (duas formas de controle dos corpos em épocas distintas), a medicalização da deficiência, os interesses econômicos concernentes à indústria farmacêutica, o uso de medicamentos pelos próprios professores, a necessidade de qualificação e a pergunta: “Será que é necessária essa droga toda?”. São discursos como esses que, ao serem disseminados,

propiciarão o surgimento de novos olhares e fazeres na educação. É por meio dessas falas que percebemos as potencialidades da escola.

Whitaker (2016) analisa a transformação de crianças em pacientes psiquiátricos, descortinando os interesses econômicos envolvidos no fato, afirmando que essas transformações fizeram mais mal do que bem. Segundo o autor, a patologização da infância se desdobrou em sintonia com a venda de antidepressivos e antipsicóticos, o modelo de doença trazido pela APA possibilitou e impulsionou essas vendas. Os fabricantes de medicamentos identificaram na infância e adolescência um mercado ainda inexplorado e, por intermédio do pagamento de psiquiatras acadêmicos que conduziram ensaios afirmando a segurança das prescrições medicamentosas, o número de crianças e adolescentes usuários dessas drogas aumentou assustadoramente, e esse modelo foi exportado para diversas culturas. São esses reveses ocorridos em um contexto macro que atingem nossos microcontextos, impedindo-nos de enxergar como nossas subjetividades são moldadas. Por isso, a percepção dessas capturas cria potencialidade.

Bassani (2018) discute a colonização médica e a medicalização da educação especial, refletindo sobre os laudos na escola, e, em seu artigo, traz dados sobre duas questões levantadas pela professora de educação especial do turno vespertino: o consumo de Ritalina no estado do Espírito Santo e a medicalização da deficiência.

Conforme a nota técnica do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015), o Espírito Santo está entre os estados brasileiros com maior consumo de Clonazepam e Ritalina. A análise de vendas de caixas (UFD) de Clonazepam a cada mil habitantes mostra o estado do Espírito Santo como o maior consumidor, com 52.528 caixas em 2013. Isso equivale a dizer que, nesse ano, uma em cada vinte pessoas comprou uma caixa de Clonazepam no Estado. (...) Os dados obtidos da Nota Técnica (2015) também nos mostram que Vitória ocupa o 3º lugar no ranking das capitais que mais consomem Ritalina (BASSANI, 2018, p. 184-185).

A pesquisadora dá continuidade ao texto, expondo como na capital, Vitória, um grande número de crianças vêm sendo encaminhadas aos profissionais da saúde em busca de um possível laudo e, embora os dados sejam

referentes ao ensino fundamental e nossa pesquisa se concentre na educação infantil, é interessante analisá-los.

Em 2013, só na capital Vitória, aproximadamente 1.300 crianças de ensino fundamental foram encaminhadas pelos professores e aguardavam atendimento médico para o diagnóstico de possíveis transtornos, para assim poder integrar o atendimento educacional especializado. Esse número não aponta os alunos que já haviam sido diagnosticados e obtido laudo, ou seja, já estavam incluídos na Educação Especial (BASSANI, 2018, p. 186).

A medicalização da vida da criança com deficiência é mais uma vez ressaltada em outro trecho da fala da professora de educação especial (quadro 10). Quando a escola se depara com um aluno que a tira do “conforto”, seja essa criança com deficiência ou não, a solução, muitas vezes, torna-se a patologização/medicalização de seus comportamentos ou da deficiência em si, gerando, em diversas situações, a exclusão do aluno, deixando-o ainda mais “à margem”.

Quadro 10 – Fala da professora de educação especial do
turno vespertino (grifos dos autores)

Quando eu cheguei na primeira escola tinha um menino, de todas as crianças especiais, duas chamam a atenção e esse menino era desse CMEI, Jorge. **O Jorge tem uma coisa interessante que é tirar a escola do conforto dela**, ele batia, ele gritava e passava mal, tinha crises de desmaios, e todo mundo ficava com a avó, “Vó, você já levou no médico para dar remédio para ele?” Aí, a vó falava: “Já levei, ele só toma remédio para aquilo e para aquilo outro”. Aí, outra vez: “Vó, você já levou porque tem um remédio para acalmar ele”. Ele é deficiente intelectual, e ela era tão cobrada, mas tão cobrada, que ela começou a chorar na escola e eu comecei a fazer um trabalho comportamental com o Jorge, quando eu fiz o trabalho comportamental, a pedagoga não gostou (...) o meu segundo aluno, o Caio, como a mãe não tinha dinheiro para comprar o remédio e mãe não fazia acompanhamento no posto, eles contataram o Conselho Tutelar e o Conselho fez uma investigação com a mãe, retirou o menino da mãe e colocou com o pai, logo depois que colocou com o pai, coisa de 20 dias, o pai foi preso, o pai foi preso por roubo e esse menino ficou com a madrasta e a madrasta não sabia o que fazer com esse menino, ou seja, a escola achou por bem, ficar bem, porque o pai morava em outro lugar e tinha que transferir o menino de escola e não pensou no menino, então tudo em pró de um remédio, a pedagoga comprava remédio para dar para o menino (...). Hoje graças a Deus, o Conselho tutelar, viu a burrice que fez e o menino voltou para a mãe (...). **Parece que esse negócio de remédio virou o patamar do professor ser professor, do pedagogo ser pedagogo, eu tacho remédio no menino e vou ser o que eu quiser (...) e não é assim, o nosso trabalho é pedagógico, então vamos agir como pedagogo, como professor, mas, dá trabalho, mas você tem que levar em conta a condição do menino, se ele está em vulnerabilidade social e não deixar ele mais à margem.**

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a medicalização da deficiência, Werner (2007) esclarece que ela se tornou uma barreira para inclusão social da pessoa com deficiência, impondo uma normalização biológica da sociedade, pressupondo um tipo ideal de corpo, valorizando a manipulação da natureza humana para alcance desse ideal e criando bioidentidades. O autor ressalta que:

Infelizmente, mesmo aqueles que lutam pela inclusão social do deficiente buscam, incessantemente, o apoio de diagnósticos e classificações como instrumentos fundamentais para abordagem do deficiente (a priori natural). Este fato fica bem demarcado na dependência do educador às avaliações médicas, neuropsicológicas, em que ele procura referência (diagnóstico médico, teste de QI, nível de atenção) para planejar o processo

pedagógico, que se torna cada vez mais centrado na deficiência do aluno que no processo de interação social (WERNER, 2007, s/p).

Como relata a professora, o medicamento, por diversas vezes, torna-se uma espécie de patamar para a realização da ação pedagógica, descaracterizando a função da educação e centrando-se em um a priori natural. A medicalização do docente também é trazida durante a entrevista com a referida professora quando ela assume ser uma usuária de medicamentos psiquiátricos (quadro 11); não questionamos seus motivos para o uso de tais drogas por essa resposta encontrar-se em âmbito pessoal, porém indagamos quais percepções são provocadas por esse uso.

Quadro 11 – Fala da professora de educação especial do turno vespertino (grifos dos autores)

Você não tem primeiro uma percepção de tempo, você vive numa realidade paralela, o mundo passa a sua volta, mas você não tem como gritar e depois os efeitos colaterais são terríveis, você cria ilusões porque você tomou remédio demais e agora que você quer terminar o remédio, você tem outras consequências.

Fonte: Elaboração própria.

Embora não seja explicitado que o uso dos fármacos tem uma relação com questões relativas ao trabalho docente, essa é uma realidade presente nos discursos de inúmeros professores. O uso de medicamentos serve como uma muleta que ajuda na caminhada por um caminho árduo em que a educação é desvalorizada e as condições trabalhistas apresentam-se precárias. A professora sabe que essa não é uma boa alternativa, por isso não gosta de corroborar com a medicalização da vida de seus alunos, não deseja que eles sintam na pele a angústia que ela enfrenta diariamente por ser usuária de medicamentos psiquiátricos. Uma pesquisa sobre o adoecimento docente identificou e problematizou alternativas para a situação:

A doença passa a ter, então, uma conotação que sinaliza para a dificuldade de alterar uma situação que agride física e psiquicamente, produzindo insatisfação e sofrimento. Buscamos, portanto, analisar a relação trabalho-saúde na escola em questão de compreender os ambientes de trabalho e identificar como esses educadores

constroem estratégias para se defenderem e para darem sentido ao que fazem (BARROS *et al.*, 2007, p. 105).

Embora a saúde e a medicalização da docência não seja o foco de nossa pesquisa, essa é uma problemática de extrema relevância. Como professores medicalizados irão problematizar a medicalização infantil se eles próprios também se tornaram parte do processo? Como criar estratégias para que os professores deem sentido ao que fazem e criem estratégias de defesa? Fica lançada a interrogação.

Algumas falas que merecem ser analisadas são as referentes aos supostos transtornos como dislexia, TDAH, TOD, entre outros. Percebe-se que há uma enorme lacuna nas informações disseminadas entre os profissionais da educação (quadro 12).

Quadro 12 – Fala da professora de educação especial
do turno matutino (grifos dos autores)

A gente não é obrigado a atender os transtornos não, nós viemos para a educação especial, que são as deficiências, mas sempre que tiver um buraco a gente faz o trabalho colaborativo, mas fica muito difícil pela quantidade de alunos, no CMEI você quase não tem, mas se você for na EMEF é quase três milhões de alunos que a mãe leva no médico e todo mundo tem Transtorno Opositor, o famoso TOD, **porque o médico não conseguiu descobrir uma outra alternativa então todo mundo tem aquilo, e aí, como você tem um profissional para atender deficiências físicas e intelectuais e ao mesmo tempo os transtornos, o certo seria ter mais profissionais nas escolas para atuarem.** A gente não consegue fazer um trabalho colaborativo bem feito porque a gente não tem uma formação bem feita do TOD, **a gente não sabe especificamente quais são todas as características, porque a gente pesquisou na internet, a gente não teve essa formação, não tem um curso específico para falar sobre isso, então, nos cursos de educação especial eles passam de várias deficiências, mas o TOD, a gente não tem aquela clareza de como trabalhar, ah, porque não pode contrariar, tá, mas e aí, vou fazer como, a gente não tem formação, a gente vai fazendo isso no dia-a-dia.**

Fonte: Elaboração própria.

A declaração da professora de educação especial do turno matutino demonstra como as informações difundidas no meio social são contraditórias. Inicialmente, ela demonstra não ter convicção sobre a existência dos supostos transtornos, quando afirma que os médicos, ao não encontrarem uma alternativa para lidarem com a complexidade de um problema, diagnosticam uma

hipotética patologia. A contradição presente na fala é a existência do transtorno ser colocada em questão para que, posteriormente, seja dito que falta uma formação que discuta as características dos transtornos, assim como as características das deficiências são discutidas.

Ela também tem clareza sobre como a educação especial está cada vez mais sobrecarregada, não atendendo a contento as crianças caracterizadas como seu público-alvo. Mais ao final da fala, ela diz que as informações conhecidas sobre o TOD são compartilhadas por meio da internet, necessitando de uma formação que explicita suas características e diga como trabalhar-las.

A professora de educação especial do turno vespertino traz, em seu discurso, uma noção sobre como são criados “nomes” (quadro 13).

Quadro 13 – Fala da professora de educação especial do turno vespertino (grifos dos autores)

Como educação especial, nós não atendemos esse público: TOD, dislexia, discalculia, TDAH, eu digo assim, quando eu era pequena, eu tinha uma dificuldade grande em ler, muito grande, eu não sei se eu tinha dislexia, o que eu tinha, mas minha mãe era professora de português, então, ela dava o ritmo, só que aquelas criancinhas que não tinham mãe professora de português ficavam reprovadas, eu não sei se eu posso falar que elas tinham discalculia, dislexia, não sei, porque naquele tempo **nós não tínhamos esses nomes, então, eu acho que surgiu muitos nomes, que essas crianças têm uma necessidade, têm, mas que TDAH se juntou com dislexia, que juntou com discalculia, que juntou com TOD, que formou uma bomba, o menino é uma bomba, a gente tem até medo de olhar direito para o menino.** Eu não sei se são nomes, mas eu sei que elas têm um sintoma e nesses sintomas, **eu não sei se a gente tá tão preocupado com os sintomas, com o nome, que elas estão lá à margem, porque hoje nós não temos a dita reprovação, mas que elas não estão aprendendo nada.**

Fonte: Elaboração própria.

A percepção sobre a criação de categoria ou rótulos é um passo importante para desmistificá-los, porém sem a negação do sofrimento existente. A fala da professora nos ajuda a problematizar a forma como a preocupação com as classificações tornou-se um impedimento para o olhar para a pessoa e seu sofrimento.

Diante de tais discursos, precisamos pensar sobre o perigo que informações infundadas e disseminadas nas redes sociais representam, priorizando

espaços formativos que pensam as práticas de ensino de forma a atender as necessidades e possibilidades da criança e não da síndrome.

Em numerosas ocasiões se trata de “gestos mínimos”, os que dão vitalidade e definem a qualidade das relações educativas. Às vezes um olhar amoroso e compreensivo, outras um sorriso, algumas vezes uma mão estendida ou pergunta tão simples como: Como está? O que houve para que não viesse? Constituem a argamassa necessária para construção desse abrigo, que não é um galpão como espaço anônimo, mas sim, um lugar para “hospitalidade”, como um espaço de acolhida, de escuta ativa e companheira, de compartilhar o comum e o diverso (UNTOIGLICH, 2013, p. 231).⁵

O espaço ocupado pelos presumidos transtornos nos debates sobre a educação especial e a inclusão nos provoca questionamentos sobre seus significados nos espaços escolares e na sociedade.

Lopes e Fabris (2013), discorrem a respeito da importância de contextualizar econômica e politicamente o tempo e o contexto em que tal temática emerge, reflexão que acaba à sombra das cidadanias biológicas. Isso porque, nessa lógica, não é o contexto que constrói a deficiência, mas o problema é localizado nos sujeitos que se tornam indivíduos a corrigir. A contextualização das formas escolares e de sociedade que fazem urgir as políticas de educação especial e inclusivas é de suma importância. Foucault (2014) nos fala do surgimento das tecnologias positivas de poder que vêm contra a rejeição e a exclusão, visando à inclusão e observação.

Passou-se de uma tecnologia do poder que expulsa, que exclui, que bane, que marginaliza, que reprime, a um poder que é enfim um poder positivo, um poder que fabrica, um poder que observa, um poder que sabe e um poder que se multiplica a partir de seus próprios efeitos (FOUCAULT, 2014, p.41).

Desse modo, as políticas de educação especial e inclusiva inserem-se nessa lógica, fazendo-nos pensar sobre os usos que temos feito delas nas escolas, uma vez que, se nossa sociedade está amparada nos princípios neoliberais que

5 Tradução livre.

pregam a meritocracia e a aquisição de conhecimentos com vistas a aumentar a produtividade nos moldes capitalistas, cabe aos educadores o pensamento sobre como temos sido subjetivados a colaborar com esse jogo.

Essa dinâmica objetiva incluir todos, não guiados por práticas que defendam os Direitos Humanos, mas sim com o objetivo de normalização voltada para o empresariamento da vida: “esse é o jogo para o qual o Estado neoliberal é necessário, pois se todos estiverem incluídos, todos estarão jogando o jogo proposto pelo mercado ou ainda do Estado empresa” (LOPES; FABRIS, 2013, p. 84).

Quando Foucault (2014 apud LOPES; FABRIS, 2013) nos fala da norma, fica explícito que ela estabelece relações de poder por meio de seu princípio de correção e nunca tem a função de excluir. Desse modo, é fácil compreender como as práticas pedagógicas da educação especial acabam por ceder às tentativas de normalização, ou seja, corrigir os corpos e comportamentos considerados inadequados a partir de um modelo universal e ideal, rejeitando as diferenças e diversidades. Concordando com Lopes e Fabris (2013), entendemos a educação especial como uma discriminação positiva.

As discriminações positivas podem ser compreendidas como aquelas que ‘consistem em fazer mais por aqueles que têm menos’ e que possuem como princípio ‘desdobrar esforços suplementares em favor das populações carentes de recursos a fim de integrá-los ao regime comum e ajudá-los a reencontrar este regime’. Por exemplo, discriminar positivamente na escola é ação fundamental para que seja possível atender as especificidades de aprendizagem de cada sujeito, bem como as especificidades que determinam suas condições de participação com dignidade nas relações com o outro (LOPES; FABRIS, 2013, p. 9).

A problematização sobre a forma como a sociedade e a escola estão constituídas nos tempos atuais, marcadas por uma história de exclusão das pessoas com deficiência, faz-nos enxergar que as discriminações positivas ainda são necessárias no âmbito escolar, assim como em outros setores da sociedade. Na forma da educação especial, ela é imprescindível para que os surdos tenham intérpretes, professores bilíngues; para que os cegos tenham acessos aos conteúdos por meio de tecnologias assistivas, para que os deficientes físicos tenham

acessibilidades, entre outras adaptações necessárias para a participação dos alunos no ensino formal.

Todavia, o desafio que está posto é a compreensão tanto dos supostos trans-tornos quanto da deficiência em si como construções histórico-sociais que partiram de um determinado padrão de normalidade. Mesmo nos casos em que a deficiência é caracterizada por meio de um marcador biológico, houve um padrão de corpo considerado ideal e que, em comparação com o outro, construiu a anormalidade. A deficiência precisa ser despatologizada, sendo entendida não como algo que está no indivíduo, mas sim como o encontro de uma condição com diversas barreiras construídas pela sociedade, impedindo que haja igualdade de participação em variados meios e situações. Outro fato importante é como ofertar tais ações na forma de discriminações positivas sem, no entanto, desconsiderar a concepção ampla de educação como um direito de todos, não corroborando com a criação de mais cidadanias biológicas.

As falas seguintes (quadro 14) foram nossos disparadores para o próximo movimento de problematização.

Quadro 14 – Falas da pedagoga do turno vespertino, da pedagoga do turno matutino e da professora de educação especial do turno vespertino (grifos dos autores)

Eu acho que a reflexão é importante porque faz a gente repensar alguns conceitos, as formações nos ajudam, a temática esse ano da medicalização faz a gente pensar o perigo da gente estar colocando as crianças como robôs do medicamento, parando a vida, por outro lado, eu penso que também não pode ser ao extremo assim tipo, não pode existir a medicalização, em algumas situações, eu penso que o medicamento é necessário, sim, mas eu considero que seja em último caso, depois de várias tentativas para ver se essa criança se desenvolveu, se não se percebeu, o medicamento entra como uma tentativa de ajudá-la no crescimento.

(Fala da pedagoga do turno vespertino)

A formação na verdade foi a nível assim, de apresentar o tema né, Eu acredito que existe uma vasta possibilidade de estudo nesse tema (...). Acredito que poderia levar para as escolas discutir mais sobre isso.

(Fala da pedagoga do turno matutino)

Hoje nós temos metodologias e cada metodologia é um sucesso momentâneo.

(Fala da professora de educação especial do turno vespertino)

Fonte: Elaboração própria.

Fizemos um pouso em alguns momentos das entrevistas quando ficou explícito como o professor necessita de momentos formativos. Em se tratando de formações voltadas para o tema de nossa pesquisa, essas podem constituir-se nas próprias práticas não-medicalizantes, visto que os espaços abertos ao diálogo e a invenção criam novos caminhos, possibilidades, novos modos de fazer. Assim, abrimos passagem para a problematização de um novo movimento, para o debate sobre as formações docentes inventivas e não medicalizantes.

5.2. A formação docente inventiva

Pois que a vida é assim: aperta-se o botão e a vida acende. Só que ela não sabia qual era o botão de acender. Nem se dava conta de que vivia numa sociedade técnica onde ela era um parafuso dispensável. Mas uma coisa descobriu inquieta: já não sabia mais ter tido pai e mãe, tinha esquecido o sabor. E, se pensava melhor, dir-se-ia que havia brotado da terra do sertão em cogumelo mofado. Ela falava, sim, mas era extremamente muda. Uma palavra dela eu às vezes consigo, mas ela me foge por entre os dedos (LISPECTOR, 1998, p. 29).

Inventei um menino levado da breca para me ser.

Ele tinha um gosto elevado para chão.

De seu olhar vazava uma nobreza de árvore.

Tinha desapetite para obedecer a arrumação das coisas (BARROS, 2018, p. 58).

Iniciamos esta seção com citações pertencentes à escritora Clarice Lispector e ao poeta Manoel de Barros, respectivamente, objetivando problematizarmos: que noções de sujeito e infância estão presentes nessas palavras, o que elas suscitam no leitor? Como o pensamento estético pode estabelecer “uma relação crítica com as verdades estabelecidas, repensando os modos de produção da existência nos espaços de formação”? (DIAS, 2012, p. 3).

Como dito anteriormente, as falas de nossos entrevistados nos levaram a criar um novo movimento de problematização que é a formação docente, porém, em consonância com nossas bases epistemológicas, somos levados a

nos indagar: que formação docente é essa? Partimos das pistas para a criação de uma formação docente inventiva que utiliza a arte como disparador para a invenção de si e do mundo. Tratando-se do tema de nossa pesquisa, que é a medicalização da educação, consideramos a formação docente inventiva como uma potente prática não-medicalizante.

Não poderíamos deixar de falar sobre a criação de práticas não-medicalizantes, uma vez que, quando o leitor conhece a noção de medicalização, acaba por indagar-se quais formas de criação de práticas contra-hegemônicas. A fala da pedagoga do turno matutino (quadro 15) sobre as infâncias e não infância demonstra a diversidade presente na escola e a necessidade de diálogos sobre essas infâncias.

Quadro 15 – Fala da pedagoga do turno matutino (grifo dos autores)

Talvez se conversar um pouco mais sobre essa questão da medicalização, sobre essa questão dos comportamentos, das **infâncias**, não seria tão esperada essa padronização, entendeu? Os professores esperam essa padronização de todas as crianças.

Fonte: Elaboração própria.

Os debates sobre as didáticas são importantes nos momentos formativos, mas será que serão suficientes se não problematizarmos como as subjetividades infantis vêm sendo constituídas?

Afinal, o que significa aprender? Com que grau de abertura a vida está sendo vivida na escola? Como é possível aprender por paixões alegres e não tristes? É possível pensar na formação não somente a partir das questões didáticas e pedagógicas, mas pelas questões existenciais e políticas? Indagações como perfuração ou deformação do que está posto, sejam os modos de formação, os modos de aprender, os modos de tessituras curriculares, os modos de ação política (PRATES, 2016, p. 58).

Existirá uma formação que nos habilite a lidar com a diversidade humana? Com as infâncias?

Ou seja, nas palavras de Ferreira e Padilha (2006): — Quem ensina o professor a ensinar crianças e jovens com dificuldades diversas advindas de causas múltiplas?

Quem educa o educador? De que conhecimentos, portanto, necessitam os formadores? Será necessário que continuemos a formar professores especialistas da Educação Especial?

O caráter de uma política que se refere à inclusão escolar, tendo como pano de fundo a diversidade, propõe uma educação que inclua a todos, ou seja, considera que a natureza humana é diversa. Adotando esse olhar, arrisco dizer que não há formação especializada que atenda a toda a gama da diversidade humana e acrescento que, em frente a isso, é necessário e urgente investir numa formação inicial que seja articulada em nível de currículo e que possa orientar os processos de formação não tratando diversidade e deficiência como sinônimas (CAETANO, 2008, p. 145).

Complementando o pensamento de Caetano (2008), concordamos que não há uma formação especializada que abarque toda a diversidade humana, seja a formação inicial ou continuada. Desse modo, assim como para Dias (2012, p. 5), consideramos que o momento formativo é mais do que encontrar maneiras de solucionar um problema, mas sim de instigar a invenção de problemas, pois são as perguntas, mais do que as respostas, que trazem o movimento.

Isto implica alimentar encontros de formação que deem ênfase ao agenciamento. Para Deleuze e Parnet (2004, p.88-89), agenciamento é uma multiplicidade que comporta termos heterogêneos, numa unidade que é um co-funcionamento de uma máquina social. (...) Agenciando-se com os poetas, ‘(...) quem não tem ferramentas de brincar, inventa!’ (BARROS, 1993). Para pensar com formação E com política E com cultivo do paradoxo é necessário fazer da experiência de formação inventiva uma ferramenta de pensar. Trata-se do múltiplo, uma multiplicidade que não está na totalidade. Uma multiplicidade que se agencia na arte do E, num gaguejar próprio da formação, num uso minoritário do formar, feito aqui por uma formação inventiva. Em tal formação evidencia-se a não aceitabilidade hegemônica de uma formação, mas ao contrário, ela se afirma em termos de devir, no entre aprende E desaprender, cultivando as formas de problematizar, sempre provisórias (DIAS, 2012, p. 5).

Não se trata de afirmar que todas as formações são ruins, mas de pensar outros modos. Retomando as citações de Clarice Lispector e Manoel de Barros que abrem nossa seção, vamos tomá-las como um desses modos de fazer. As palavras de Lispector sintetizam de forma poética a descrição de Macabéa, a protagonista de “A hora da estrela”, ao mesmo tempo que realiza uma nítida crítica social. Macabéa tem uma vida invisibilizada desde seu nascimento. Ela “tem voz”, mas é constituída por silenciamentos, não alcançou a visão do todo, da sociedade que a torna um “parafuso dispensável” em sua maquinaria. Que análises podemos realizar a partir de Macabéa? Quantas Macabéas encontramos em nossa vida? Somos Macabéa? Como essas questões podem tornar-se ferramentas para problematizarmos os cotidianos escolares?

Quem é a criança que tem “desapetite para obedecer a arrumação das coisas”? Qual é o nosso olhar para com essas crianças? Eles estão em nossas salas de aula? Esse é o poder que a literatura tem de nos mover, de nos fazer olhar para as infâncias. Aqui nos referimos em especial à literatura, mas esses movimentos podem ser provocados pelas artes em geral, como o cinema e a música. A arte é uma ferramenta para a invenção em momentos formativos por tocar em questões existenciais e políticas.

Retomando a análise das falas de nossos entrevistados, apresentaremos aqui quais têm sido as percepções a respeito das formações ofertadas pela SEME/PMV com a temática da medicalização, através do olhar de uma das técnicas responsáveis pelos momentos formativos (quadro 16).

O que nos envolve para um olhar mais atento é como a formação tem buscado chamar a atenção dos profissionais da educação para a criação de rótulos; se o sentido de problematização for tomado a partir dos estudos foucaultianos, podemos pensar que esses espaços formativos são uma ferramenta para a desconstrução de verdades pré-estabelecidas. Parte dos profissionais alcança a percepção de como as questões macro vêm subjetivando nossos microcontextos, desejando disseminar os debates, porém uma parcela desses pedagogos ou professores ainda sente desconforto por perder a sensação de controle dos corpos infantis produzida pelo *modus operandi* da escola. Isso porque, no imaginário escolar, há status para o professor que tem “o olhar clínico” e o “domínio de turma”, é a “apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo” (FOUCAULT; SAMAPIO, 2014, p. 41).

Desconstruir o lugar de prestígio constituído pelos discursos de saber e poder é doloroso, sendo uma das causas de rejeição à temática, que ainda se apresenta como uma inovação no meio educacional, embora a problemática seja debatida há várias décadas. Não queremos aqui afirmar que os estudos foucaultianos são ideais para os projetos formativos, eles representam uma alternativa, mas o essencial é que os momentos formativos sirvam como espaços críticos e políticos, com bases conceituais sólidas mesmo que em diferentes perspectivas teóricas.

Quadro 16 – Fala da técnica da Secretaria de Educação (grifos dos autores) (continua)

Essa temática com essa dimensão assim bem específica da medicalização da infância, que eu saiba, eu trabalho há muitos anos na rede, eu tenho conversado com quem trabalha há mais tempo que eu, é a primeira vez que ela vem nesse formato, **com esse olhar mais específico de problematizar o uso exagerado de medicamentos, os diagnósticos cada vez mais precoces na educação infantil, a permanência deles como rótulo, desse diagnóstico para sempre na vida da criança, essa problematização que a gente faz por via formação**, o que a gente vem apurando, digamos assim, primeiramente, o fato de ser novo o trabalho, a problematização nesse sentido mesmo, não que ninguém conhecesse o tema, mas com esse enfoque, eu diria que a gente tem tido um êxito bastante interessante, porque algumas pedagogas e a gente sabe que nunca serão todas, enquanto algumas falam: “olha com esse enfoque eu nunca tinha pensado. **“Obrigada por ter chamado a atenção para isso, vou levar a temática para dentro da escola”**”. Elas pedem o material para reproduzir na escola, onde isso precisa ser debatido tanto no ensino fundamental, quanto na educação infantil. **Por um lado, a gente tem aqueles que permanecem como estão, você não consegue saber se isso tocou realmente, para reproduzir essa formação lá ou não, e ainda tem aquele outro grupo que se sente como se estivesse perdendo aquela condição de controle sobre as crianças**, indisciplinadas, essas crianças que compõem esse grupo aí, que levam as pessoas a dizerem, “olha, ela tem um problema, leva no médico”. Então, tem algumas pessoas que nos dizem: “olha, vocês estão trazendo uma questão que é o único controle que a gente tem é medicar essas crianças, é dar remédio para poder sossegá-las e vocês estão chamando atenção para uma coisa que a gente está pedindo”. A gente tem ouvido ainda lamento e algumas falas nesse sentido, mas eu diria que a maioria que a gente chega, são de falas como: “Que bom que essa temática está sendo tratada”.

Quadro 16 – Fala da técnica da Secretaria de Educação (grifos dos autores) (conclusão)

Não é uma questão fácil, não é uma temática apenas da escola, discutir as questões da medicalização envolve a secretaria de saúde, envolve a medicina privada, são concepções arraigadas, são concepções que têm a ver com a formação inicial dos profissionais da medicina, então não podemos transferir para a escola, para as professoras, para as pedagogas, a responsabilidade dessas questões, por isso trazemos a formação no sentido de problematizar, porque quanto mais pessoas sabem do quanto a indústria farmacêutica lucra com isso, do quanto o crescimento de farmácias no país vem aumentando, do quanto o consumo de Ritalina, do quanto os laudos vêm sendo feitos em apenas dois minutos ou três, do quanto crianças vêm tomando medicamento e se houver um esforço da família em problematizar isso descobre-se que a causa daquele comportamento “desviante” era externo, então quando a gente problematiza isso, traz à tona essas questões, então volto a dizer, a escola não pode ser responsabilizada, **nós precisamos de políticas públicas entre secretarias para que a gente promova o debate com outros sujeitos e com outros agentes que estão envolvidos com essa criança (...)** Desde 2017, nós fizemos um grupo de estudos somente entre nós, aqui na secretaria, com representação de setores pedagógicos, mais representação do COMEV, porque a maioria não tinha aproximação nenhuma com o campo teórico, eu tinha um pouco **e a participação no grupo da UFES nos retroalimentava e ficamos um bom tempo com o grupo de estudos e trazendo dados da escola.** Em 2018, a gente começa o ciclo de formação, então nós conseguimos discutir a temática com todas as pedagogas da educação infantil que vieram, todas foram convidadas, todas do ensino fundamental e um grupo pequeno de professores da educação infantil, que têm ou que tiveram em sua sala crianças com esse diagnóstico. Essa aproximação com os três grupos, ela foi promissora porque, **a avaliação é de que devemos fazer mais discussões, devemos discutir com todas as professoras.**

Fonte: Elaboração própria.

Outro ponto relevante é no tocante às políticas públicas, às formações que abrangem diferentes setores e secretarias. A universidade é parte importante nesse processo, pois a participação de representantes de diversas áreas nos encontros promovidos pelo NIEPACIS, núcleo que promove estudos e cursos de extensão sobre a medicalização da educação e da vida, tem popularizado o tema em diversos setores como escolas, unidades de saúde, CAPS, universidades privadas, entre outros. A avaliação da formação promovida pela secretaria é a necessidade de continuidade desses movimentos, por isso problematizaremos mais a questão.

Resistir a uma representação! Seria essa a força de uma formação? Eis uma possível dimensão política do

ato de resistência e criação nos processos formativos que possibilitam a invenção de outras linhas flexíveis, de fuga, como política e máquina de expressão. Mas como se resiste a uma representação? Talvez por proliferação discursiva de uma vida na escola que escapa e transborda os engessamentos que a todo tempo querem aprisioná-la (PRATES, 2016, p. 73).

A formação é política, é um ato de resistência, é uma prática desmedicalizante, como resistir à uma representação? A um modelo formativo engessado?

Aprendizagem não é então adaptação a um ambiente dado nem obtenção de um saber, mas experimentação, invenção de si e do mundo. A invenção da obra de arte é correlata da produção do próprio artista (KASTRUP, 2008, p. 101).

A teoria da Autopoiese, a invenção de si, surge a partir das pesquisas de Maturana e Varela (1995). Para os autores, o sistema vivo é um sistema cognitivo em constante movimento, em processo de autoprodução permanente, autopoietico. “A fórmula é: SER = FAZER = CONHECER. Quando o vivo se define como sistema autopoietico, seu operar se confunde com o próprio processo de criação de si” (KASTRUP, 2008, p. 101). As formações autopoieticas seriam momentos de problematização, de criação de perguntas que nos tiram do lugar de conforto das verdades sedimentadas para dar lugar à invenção do novo.

Dito de outra maneira, o melhor aprendiz não é aquele que aborda o mundo através de hábitos cristalizados, mas aquele que consegue permanecer sempre em processo de aprendizagem. O processo de aprendizagem permanente pode, então, igualmente ser dito desaprendizagem permanente. Em sentido último, aprender é experimentar incessantemente, é fugir do controle da representação. É também impedir que a aprendizagem forme hábitos cristalizados (KASTRUP, 2008, p.107).

O V Seminário Internacional *A educação medicalizada: Existirmos, a que será que se destina* exibiu, com exclusividade, o documentário *Sem tarja* da cineasta Rafaela Uchoa e, nesse material audiovisual, pudemos observar uma forma de aprendizagem autopoietica, quando nos é apresentada a história do

grupo teatral “Os insênicos”. O grupo foi criado pela psicóloga e atriz Renata Berestein e é formado por pacientes dos CAPS. A partir dos ensaios e apresentações do grupo, muitos conseguiram superar obstáculos e até abandonar a média de 20 medicamentos diários dos quais faziam uso, para uma média de dois ou três comprimidos. Grande parte desses, agora artistas, haviam se tornado pacientes psiquiátricos após situações de abusos e violências físicas e psicológicas. Percebe-se que a arte, nesse caso, o teatro, não representou uma aprendizagem como modelo de normalização, mas sim um disparador para que esses sujeitos reinventassem a si e ao mundo.

A apresentação do documentário para os participantes do seminário também é uma maneira de aprendizagem autopoietica, uma vez que, através das narrativas expostas, fomos instigados a problematizar e criar novas possibilidades; assim, a arte, representada pela linguagem audiovisual, compõe uma formação inventiva.

Analisando o pensamento de Kohan (2004), que, por sua vez, baseia-se na filosofia de Gilles Deleuze, quando esse diz que somos atravessados por linhas molares que nos centralizam e por segmentos moleculares que abrem espaço para a diversidade, assim devemos pensar a formação. Espaços formativos molares e moleculares nos constituem e são necessários, cada um em um momento, e não há a necessidade da rejeição de um formato para que outro exista. Aqui nos dedicamos a pensar em uma formação molecular, artística e inventiva, porém ela coabitará com os formatos molares, mais árduos e rígidos.

Queremos destacar que, embora as formações molares e moleculares habitem os mesmos espaços, defendemos que ambas sejam práticas desmedicalizantes e, ao discorrer sobre o tema nessa parte do estudo, a partir do discurso de nossos entrevistados, também introduzimos a fala sobre a criação de nosso produto que se constitui de uma literatura infantil que poderá ser utilizada como disparador para problematizações sobre a medicalização em espaços formativos e em salas de aula. Lembrando que a inspiração para a criação desse produto derivou de formações molares, de leituras que muitas vezes foram densas e rígidas, e de momentos moleculares, de leituras de mundo, literatura, cinema, música, enfim, uma gama de acontecimentos.

6. Algumas considerações

As palavras com que nomeamos o que somos, o que fazemos, o que pensamos, o que percebemos ou o que sentimos são mais do que simplesmente palavras. E, por isso, as lutas pelas palavras, pelo significado e pelo controle das palavras, pela imposição de certas palavras e pelo silenciamento ou desativação de outras palavras são lutas em que se joga algo mais do que simplesmente palavras, algo mais que somente palavras. (LARROSA, 2002, p. 20).

As palavras são mais do que somente palavras, por essa razão, este livro discutiu como o discurso constitui sujeitos, construindo a medicalização na educação infantil. Desse modo, a partir da noção de virada linguística, nega-se a criança como essência natural, a criança problemática, a criança com deficiência, o menino inquieto, a menina tímida, o aluno modelo, a criança normal e a anormal, são vistos como constructos que obedecem a variantes históricas e culturais; mais do que representar algo, a palavra os materializa. A problematização sobre os discursos objetiva mais do que um debate, representa a possibilidade de pensar novas aberturas, possibilidades e resistências.

Nosso percurso cartográfico acompanhou um momento, parte de uma trajetória que já estava em curso muito antes da realização de nossa pesquisa e que deverá seguir novos caminhos. O pouso neste movimento nos permitiu

acompanhar e analisar os discursos proferidos no espaço de um CMEI da PMV a respeito de um grupo de crianças das quais foram construídas supostas verdades sobre seus modos de ser. A escuta das falas ditas em momentos de informalidade e nas entrevistas com um grupo de profissionais constituiu nosso material de pesquisa. Foi por intermédio desses ditos que analisamos como, para além do uso de medicamentos, a medicalização nos cotidianos da educação infantil é materializada pelas concepções de infância e normal/anormal dos profissionais da educação, sendo que essa análise vai de encontro ao conceito de medicalização que significa a transformação de questões sociais, econômicas, culturais e políticas em questões de ordem médica, não se restringindo somente ao uso/abuso do medicamento. No caso específico do CMEI analisado, a ordem médica é representada pelo desejo de um encaminhamento para o atendimento da modalidade da educação especial.

A educação especial em si não é a materialização da medicalização, uma vez que ela ainda é uma modalidade de ensino importante para a garantia de acesso e permanência da pessoa com deficiência nas escolas regulares em uma sociedade que ainda preserva uma cultura excludente. No entanto, a educação especial é agenciada por discursos medicalizantes quando enxerga a criança com deficiência através de aspectos meramente orgânicos, cria supostas síndromes/distúrbios e serve como válvula de escape para os verdadeiros obstáculos enfrentados pela educação, como a falta de formação continuada, condições materiais precárias e salários insatisfatórios. Assim, utilizando-se a bandeira da inclusão, que também é reduzida apenas à educação especial, com o pretexto de uma luta pelo direito da criança, o sentido da educação especial em uma perspectiva inclusiva é distorcido.

O discurso, em uma perspectiva foucaultiana, auxilia-nos na problematização de tais questões, visto que as falas presentes em nossa pesquisa são tratadas não só como depoimentos, mas sim como enunciações relacionadas a diferentes campos de saber, como os discursos pedagógicos e médicos que nos permitiram a análise do que estaria “por trás” do que foi dito, encarando o discurso como uma prática, como criador das práticas pedagógicas nos cotidianos escolares.

Embora a maioria dos profissionais do CMEI desconheça o significado da medicalização da educação, suas falas a materializam, pois estão entrecruzadas com a história de discursos que são perpassados ao longo do tempo e acabam por ressurgir com novas roupagens, a exemplo dos discursos sobre

a verminose e a carência cultural como responsáveis pela não aprendizagem escolar que, na contemporaneidade, foram acrescidos pelas certezas depositadas nos supostos transtornos de aprendizagem. O fato positivo é que, do mesmo modo que discursos medicalizantes são proferidos, também surgem falas potentes, que trazem uma visão crítica sobre a crescente rotulação, pensando a infância plural, e é através desses olhares que novas práticas serão inventadas, outros modos de se fazer a educação serão pensados.

Talvez possamos pensar a educação de outra forma. Quiçá consigamos deixar de nos preocupar tanto em transformar as crianças em algo diferente do que elas são, para pensar se acaso não seria interessante uma escola que possibilitasse a crianças e adultos, professoras, professores, gestores, orientadores, diretores, enfim, a quem quer que seja, criar esses devires minoritários que não aspiram a imitar nada, a modelar nada, mas a interromper o que está dado e propiciar novos inícios. Quem sabe possamos encontrar outra ontologia e outra política da infância naquela que já não busca normatizar o tipo ideal ao qual uma criança deve se conformar, ou o tipo de sociedade que uma criança tem que construir, mas que busca promover, desencadear, estimular nas crianças e em nós mesmos essas intensidades criadoras, disruptoras, revolucionárias, que só podem surgir a partir da aposta em outros modos de fazer educação que privilegiam a autonomia e recusa práticas piedosas (RONCHI FILHO, 2010, p. 35).

Desse modo, interrompemos temporariamente nosso diálogo no âmbito desse texto que, mais do que responder perguntas, nos lança novos questionamentos que serão as ferramentas para a mudança.

Referências

- AMARAL, L. A. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. *In*: AQUINO, J. G. **Diferenças e preconceito na escola: alternativas teóricas e práticas**. v. 5. São Paulo: Summus Editorial, 1998. p. 11-30.
- ANGELUCCI, C. B. Medicalização das diferenças funcionais: continuidades nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 116-134, 2014. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2745>. Acesso em: 21 de jul. 2018
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. 5. ed. Washington D/C: APA, 2013.
- ARNOLD, Delci Knebelkamp. Dificuldade de aprendizagem em tempo de escola para todos. *In*: LOPES, M. C.; DAL'LGNA, M. C. (Org.). **In/exclusão: nas tramas da escola**. Canoas: ULBRA, 2007. p. 89-114.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARROS, Maria Elizabeth et al. Saúde e trabalho docente: a escola como produtora de novas formas de vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, p. 103-124, 2007.
- BARROS, M. de. **Memórias inventadas**. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2018. 112 p.

- BASSANI, E. A colonização médica e a medicalização da educação especial: reflexões sobre laudos na escola. *In*: VICTOR, S. L.; VIEIRA, A. B.; DE OLIVEIRA, I. M. **Educação especial inclusiva: conceituações, medicalização e políticas**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. 304 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial (SEESP). **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2023.
- CAETANO, A. M. **A formação inicial de professores na perspectiva da inclusão escolar de alunos com deficiência: o curso de pedagogia da Universidade Federal do Espírito Santo**. 2008. 238 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.
- CAPONI, S. Vigiar e medicar: o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. *In*: CAPONI, S.; VÁSQUEZ-VALENCIA, M. F.; VERDI, M. I. M. (Org). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2016. p. 29-45.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Pre-conceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 2015.
- DAHLBERG, G.; MOSS, P.; PENCE, A. **Qualidade na educação da primeira infância: perspectivas pós-modernas**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- DIAS, R. O. **Formação inventiva de professores**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012. 160 p.
- FERNANDES, M. C. M.O.; GAMA, J. F. A. Problematizando o diagnóstico e suas incidências sobre o autismo. *In*: II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CONBRACIS), 2017, Campina Grande. **Anais [...]** Editora Realize, Campina Grande, 2017. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA13_ID1545_02052017224437.pdf. Acesso em: 21 jul. 2018.
- FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no collège de France (1974-1975)**. Coleção Michel Foucault. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.
- FOUCAULT, M.; SAMPAIO, L. F. de A. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde:** grupo de trabalho educação e saúde do fórum sobre medicalização da educação e saúde. Reimpressão da 1ª edição revista. São Paulo, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf. Acesso em 16 nov. 2018

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE. Publicação na rede social Facebook. **Facebook**, c2023. *Online*. Disponível em: <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GARRIDO, J. P.; MOYSÉS, M. A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. *In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Realizadora). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 149-162.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 184.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. 3. ed. Tradução de José Kosinski Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KASTRUP, V. **A cartografia como método**. Comunicação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo em Vitória/ES. Vitória, 2007.

KASTRUP, V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. *In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. (Org.). Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. v. 1. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2010. p. 32-52.

KOHAN, W. O. A infância da educação: o conceito devir-criança. *In: KOHAN, W. O. (Org.). Lugares da infância: filosofia*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 51-68.

- LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2023.
- LISPECTOR, C. **A hora da estrela**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. 88 p.
- LOPES, M. C.; FABRIS, E. H. **Inclusão & educação**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. 128 p.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C.A.L. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. *In*: AMARANTE, P.; PITTA, M. F.; OLIVEIRA, W. F. (Org.). **Patologização e medicalização da vida**: Epistemologia e política. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 151-161.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. *In*: VIÉGAS, L. S.; RIBEIRO, M. I.; OLIVEIRA, E. C.; TELES, L.A. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade**: Ciência ou mito. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 21-46.
- ORRÚ, S. E. **Aprendizes com autismo**: aprendizagem por eixos de interesse em espaços excludentes. Prefácio de MTE Mantoan. Petrópolis: Vozes, 2016. 248 p.
- ORRÚ, S. E.; SILVA, V. A escola e a maré iatrogênica do diagnóstico no trabalho junto a estudantes com autismo. **Ensino em Re-Vista**, v.22, p. 59-66, jan/jun. 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/35596746/A_ESCOLA_E_A_MAR%C3%89_IATROG%C3%8ANICA_DO_DIAGN%C3%93S_TICO_NO_TRABALHO_JUNTO_A_ESTUDANTES_COM_AUTISMO_THE_SCHOOL_AND_THE_IATROGENIC_TIDE_OF_DIAGNOSIS_IN_THE_CARE_WITH_AUTISTIC_STUDENTS. Acesso em: 25 jul. 2018.
- ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *In*: CAPONI, S.; VERDI, M.; DRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Curitiba: Prismas, 2013. p.123-140.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 17-32.
- PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina 2010.
- PRATES, M. R. C. **A Força Revolucionária das Experimentações Políticas de Amizade, Alegria e Grupalidade nos Currículos e na Formação de Professores da Educação Infantil**. 220 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, 2016.

- RAAD, I. L. F.; TUNES, E. Deficiência como iatrogênese. *In*: MITJANS, A.; TACCA, M. C. (Org). **Possibilidades de Aprendizagem**: ações pedagógicas para alunos com dificuldades e deficiência. Campinas: Alínea, 2011. p. 15-45.
- RAMOS DO Ó, J. O governo do aluno na modernidade. *In*: AQUINO, J. G.; REGO, T. C. (Org.). **Foucault pensa a educação**. São Paulo: Segmento, 2007. p. 36-45.
- REVEL, J. **Dicionário Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- RIOS, C. *et al.* Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 325-336, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832015000300325&script=sci_arttext. Acesso em: 21 jul. 2018.
- RONCHI FILHO, J. **Cartografando fazeres em um centro de educação infantil**: experimentações com uma comunidade ampliada de pesquisa. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2010.
- ROOS, A. P. Olhares sobre as diferenças nas salas de aula. *In*: LOPES, Maura Corcini & DAL'LGNA, Maria Cláudia (Org.). **In/exclusão nas tramas da escola**. Canoas: ULBRA, 2007. p. 66-87.
- ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013. 396 p.
- SANTOS, I. M. Um corpo mais que perfeito. *In*: LOPES, M. C.; HATTGE, M. D. (Org.). **Inclusão escolar**: Conjunto de práticas que governam. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 69-88.
- SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. 156 p.
- SZASZ, T. **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- TEDESCO, S. H.; SADE, C. N.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4944#:~:text=O%20artigo%20visa%20discutir%20a%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20da%20entrevista%2C,orienta%C3%A7%C3%A3o%20geral%20dos%20procedimentos%20ligados%20a%20sua%20constru%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 29 mai. 2023.

- TESSER, C.; POLI NETO, P. Medicalização na infância e adolescência: Histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Grupo interinstitucional Queixa escolar (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes, conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 231-250.
- UNTOIGLICH, G. **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**: La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc, 2013. 266 p.
- VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- VIÉGAS, L. S. Direitos Humanos e Políticas Públicas Medicalizantes na Educação e na Saúde: uma análise crítica a partir da Psicologia Escolar e Educacional. *In*: VIÉGAS, L. S.; RIBEIRO, M. I. S.; OLIVEIRA, E. C. O.; TELES, L. A. L. (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014. p. 121-144.
- WERNER, J. A medicalização da vida do deficiente como barreira para a inclusão social. *In*: TUNES, E; BARTHOLO, R. **Nos limites da ação, preconceito, inclusão e deficiência**. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, 2007. p. 69-78.
- WHITAKER, R. Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. *In*: CAPONI S.; VÁSQUEZ-VALENCIA M. F.; VERDI, M. (Org.). **Vigiar e medicar**: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs, 2016. p. 13-29.
- ZORZANELLI, R.T.; CRUZ, M.G.A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RqpPWrDj5vHjwCf/>. Acesso em: 23 mai. 2023.

Copyright © 2023 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa
autorização dos autores e/ou organizadores.



Neste livro, a medicalização é entendida como um processo mais complexo do que o uso abusivo de medicamentos; mais do que isso, é apresentada como uma trama que envolve relações de saber e poder, normalização, criação de rótulos e estigmas. Assim, problematizamos como a medicalização na educação infantil é constituída a partir dos discursos, sobretudo, no que diz respeito à educação especial. Desse modo, pretendeu-se trazer questões disparadoras para a (re)invenção de teoriaspráticas desmedicalizantes nos cotidianos escolares.

Os autores



encontrografia

encontrografia.com
www.facebook.com/Encontrografia-Editora
www.instagram.com/encontrografiaeditora
www.twitter.com/encontrografia

