

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CARLA MACIEL DA SILVA

**DEFICIÊNCIA, CONTEXTO ESCOLAR, PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E
PROCESSOS DIAGNÓSTICOS: ENTRE O MAPA E O TERRITÓRIO**

Porto Alegre

2022

Carla Maciel da Silva

**DEFICIÊNCIA, CONTEXTO ESCOLAR, PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E
PROCESSOS DIAGNÓSTICOS:**
entre o mapa e o território

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Claudio Roberto Baptista.

Linha de Pesquisa: Educação Especial e Processos Inclusivos.

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva, Carla Maciel
DEFICIÊNCIA, CONTEXTO ESCOLAR, PATOLOGIZAÇÃO DA
VIDA E PROCESSOS DIAGNÓSTICOS: ENTRE O MAPA E O
TERRITÓRIO / Carla Maciel da Silva. -- 2022.
184 f.
Orientador: Claudio Roberto Baptista.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Educação Especial. 2. Deficiência. 3.
Patologização. 4. Medicalização. 5. Avaliação
Diagnóstica. I. Baptista, Claudio Roberto, orient.
II. Título.

Carla Maciel da Silva

DEFICIÊNCIA, CONTEXTO ESCOLAR, PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E
PROCESSOS DIAGNÓSTICOS:
entre o mapa e o território

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Claudio Roberto Baptista.

Linha de Pesquisa: Educação Especial e Processos Inclusivos.

Aprovado em _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Carla Biancha Angelucci
Universidade de São Paulo - USP

Cláudia Rodrigues de Freitas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Fabiane Romano de Sousa Bridi
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

DEDICATÓRIA

À Vera e Carlos (mãe e pai), por me ensinarem tanto sobre respeitar o outro como legítimo outro na relação, como bem nos indicou Humberto Maturana, e por acreditarem no quanto a educação pode transformar vidas.

Às minhas alunas e alunos, por reforçarem a cada dia a potência do viver, aprender e ensinar e, também, a necessidade de construirmos processos mais despatologizantes e desmedicalizantes da vida.

AGRADECIMENTOS

Há um provérbio africano que diz: “é preciso uma aldeia para educar uma criança”. O que se traduz neste estudo como pesquisa científica para a obtenção do título de doutorado faz parte de um “emaranhado” de possibilidades. Situações, pessoas, grupos, família, amigos, investimento público e tantos outros que fizeram e fazem parte do “possível” construído até aqui.

Inicialmente, é preciso reconhecer que a caminhada até aqui só pôde ser realizada através do investimento público que me acompanhou desde a graduação até o doutorado. Foi através de diferentes fomentos e programas de assistência estudantil que, durante doze anos, tive a garantia de acesso e permanência no ensino superior em duas universidades federais.

Agradeço à minha família, que não mede esforços para apoiar minhas ações, decisões e “distâncias”. Agradeço a confiança de que a educação pode mudar vidas e trajetórias, assim como mudou a nossa. Obrigada por serem apoio, colo e o incentivo para seguir sempre em frente.

Ao professor Claudio Roberto Baptista, orientador deste estudo, agradeço imensamente pela acolhida, pela generosidade, pela paciência e por tantos anos de ensinamentos compartilhados.

Às professoras Carla Biancha Angelucci, Cláudia Rodrigues de Freitas e Fabiane Romano de Souza Bridi, agradeço pela generosidade em aceitar colaborar com o processo de construção da pesquisa.

Agradeço aos amigos e colegas integrantes do Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar (NEPIE), do Colégio de Aplicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP/UFRGS) e do movimento Despatologiza, de Campinas, pelas inúmeras possibilidades de trocas, aprendizagens e construções.

Aos alunos e alunas das diferentes escolas em que atuei, agradeço pela possibilidade e pela potência de uma aprendizagem mútua, compartilhada e construída.

Estendo meus agradecimentos também aos funcionários, professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, que possibilitaram a continuidade de meus estudos e formação, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa que financiou parte da pesquisa.

Por fim, agradeço à artista plástica Sonia Gomes por autorizar o uso de imagem de suas lindas obras.



Sonia Gomes, sem título (2016), costura, amarrações, tecidos e rendas variadas, 126x82cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.

1

O mundo

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus.

Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

– O mundo é isso – revelou. – Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores.

(...)

Eduardo Galeano²

¹ As imagens utilizadas ao longo do trabalho são da artista plástica mineira, Sonia Gomes.

² GALEANO, Eduardo. O mundo. In: GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo central analisar como o conceito de deficiência constituiu-se nos últimos 70 anos e quais seus possíveis efeitos nos processos diagnósticos e em dimensões relativas à escolarização. No âmbito deste estudo são discutidos também os efeitos dos processos de patologização e medicalização da vida. A perspectiva que caracteriza este estudo está associada a uma compreensão contextualizada da deficiência e considera seus possíveis efeitos na construção de políticas públicas e práticas destinadas a sujeitos que, historicamente, foram alvos de uma compreensão identificada com a “anormalidade”. A pesquisa, de cunho qualitativo e de caráter documental e bibliográfico, apresenta como perspectiva teórico-metodológica o pensamento sistêmico e o pensamento de estudiosos como Gregory Bateson, Fritoj Capra e Maria José Esteves de Vasconcellos. Para tanto, três dimensões metodológicas foram estruturadas a fim de contemplar os objetivos traçados para esta pesquisa: uma análise referente à constituição do conceito de deficiência e seus possíveis efeitos nos processos de escolarização, assim como em diretrizes brasileiras e orientações oficiais; uma revisão analítica da literatura especializada relativa à temática da pesquisa, identificando suas regularidades, tendências e lacunas; e um investimento em histórias evocadas como narrativas, com destaque para episódios oriundos de experiências profissionais da pesquisadora na sua condição de professora da área de educação especial. As dimensões anunciadas associam-se às seguintes indagações: como a escola produz a deficiência? Ou, ainda, como a escola participa dessa complexa rede de produção? Foi possível compreender que, apesar de existir uma ampla crítica, na literatura especializada, acerca dos riscos de simplificação dos processos diagnósticos, temos assistido a um aumento numérico nos índices de crianças que são alvo desses procedimentos e a uma tendência de manutenção das práticas avaliativas e do protagonismo vinculado aos profissionais de áreas associadas com a saúde mental. Percebe-se uma mentalidade predominante relacionada ao conceito de deficiência que permeia nossas políticas e práticas educacionais. Ao analisarmos

² GALEANO, Eduardo. O mundo. In: GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric Nepomuceno. Porto Alegre, RS: L&PM Pocket, 2020. p. 13.

a constituição de manuais diagnósticos como o DSM, identificamos a existência de um retrocesso que se expressa no deslocamento de uma compreensão mais associada aos fenômenos psíquicos como manifestações humanas para uma compreensão identificada como biomedicalizante, predominante na psiquiatria contemporânea. Podemos considerar, ainda, que manifestações sociais expressas em queixas associadas a comportamentos considerados inadequados ou a possíveis dificuldades na aprendizagem seguem, em grande medida, sendo compreendidas como questões de cunho patológico. Nosso grande desafio continua versando sobre a necessidade de construir modos de compreensão de forma mais contextualizada, ou seja, estratégias que favoreçam uma visão ampliada acerca dos percursos pessoais e escolares, dissociados da fragmentação e da simplificação que tendem a fortalecer os processos de classificação.

Palavras-chave: Educação Especial. Deficiência. Patologização. Medicalização. Avaliação Diagnóstica.

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es analizar cómo se ha constituido el concepto de discapacidad en los últimos 70 años y cuáles son sus posibles efectos sobre los procesos diagnósticos y sobre dimensiones relacionadas con la escolarización. Además, considerando este plan analítico, se discuten los efectos de los procesos de patologización y medicalización de la vida. La perspectiva que caracteriza este estudio, en relación al concepto de discapacidad, se asocia a una comprensión contextualizada de la discapacidad y considera sus posibles efectos en la construcción de políticas públicas y prácticas dirigidas a sujetos que, históricamente, fueron objeto de una comprensión identificada con la "anormalidad". La investigación, de carácter cualitativo y de carácter documental y bibliográfico, presenta como perspectiva teórico-metodológica el pensamiento sistémico y el pensamiento de estudiosos como Gregory Bateson, Fritoj Capra y Maria J. E. de Vasconcellos. Para ello, se estructuraron tres dimensiones metodológicas a fin de contemplar los objetivos trazados para esta investigación: un análisis sobre la constitución del concepto de discapacidad y sus posibles efectos en los procesos de escolarización, así como sobre las directrices brasileñas y las directrices oficiales; una revisión analítica de la literatura especializada relacionada con el tema de investigación, identificando sus regularidades, tendencias y vacíos; y una inversión en relatos evocados como narraciones, con énfasis en episodios surgidos de las experiencias profesionales de la investigadora, en su calidad de docente en el área de educación especial. Las dimensiones anunciadas se asociaron a las siguientes preguntas: ¿cómo la escuela produce discapacidad? O bien, ¿cómo participa la escuela en esta compleja red de producción? ¿Cómo participa ella en este proceso? Se pudo comprender que si bien existe una amplia crítica, en la literatura especializada, sobre los riesgos de simplificar los procesos diagnósticos, hemos asistido a un aumento numérico en el número de niños que son objeto de estos procedimientos y una tendencia a mantener las prácticas evaluativas y el protagonismo vinculado a los profesionales en áreas asociadas a la salud mental. Se identificó que existe una mentalidad predominante relacionada con el concepto de

discapacidad que permea nuestras políticas y prácticas educativas. Al analizar la constitución de manuales diagnósticos como el DSM, identificamos la existencia de un retroceso que se expresa en el paso de una comprensión más asociada a los fenómenos psíquicos como manifestaciones humanas a una comprensión identificada como biomedicalizante, predominante en la psiquiatría contemporánea. También podemos considerar que las manifestaciones sociales expresadas en quejas asociadas a conductas consideradas inapropiadas o posibles dificultades en el aprendizaje siguen siendo, en gran medida, entendidas como cuestiones de carácter patológico. Nuestro gran desafío sigue siendo la necesidad de construir modos de comprensión de forma más contextualizada, es decir, estrategias que favorezcan una visión más amplia de los recorridos personales y escolares, desvinculados de la fragmentación y simplificación que tienden a fortalecer los procesos de clasificación.

Palabras-clave: Educación Especial. Deficiencia. Patologización. Medicalización. Evaluación Diagnóstica.

ABSTRACT

The central objective of this present study is to analyze how the concept of disability has emerged in the last 70 years and its possible effects on diagnostic processes and dimensions related to schooling. Furthermore, considering this analytical plan, the effects of the pathologization and medicalization processes of life are discussed. The perspective that characterizes this concept of disability study is associated with a contextualized understanding of disability and considers its possible effects on the construction of public policies and practices designed to which, historically, were targets of an identified comprehension with "abnormality". The qualitative, documentary and bibliographic research presents as a theoretical-methodological perspective the systemic thinking and the thinking of scholars such as Gregory Bateson, Fritoj Capra, and Maria J. E. de Vasconcellos. Therefore, three methodological dimensions were structured to contemplate the objectives outlined for the research: an analysis of the definition of disability planning and its possible effects on schooling processes, as well as on Brazilian and official guidelines; An analytical review of the specialized literature related to the research theme, identifying its regularities, trends and gaps; and an investment in stories evoked as narratives, with emphasis on episodes arising from the researcher's professional experiences, in her capacity as a teacher in the area of special education. The announced premisses are associated with the following questions: how does the school produce a disability? Or yet, how does the school participate in this complex production network? How does she participate in this process? It was, despite everything, that there is a wide criticism, in the specialist, about the risks of simplification of diagnostic processes, assisted by a growing increase in children who are the target of possible maintenance of evaluation practices and the protagonism linked to these processes associated professional areas with mental health. It was identified that there is a predominant mentality related to the concept of disability, which permeates our educational policies and practices. When analyzing the constitution of diagnostic manuals such as the DSM, we identified the existence of a setback that is expressed in the shift from an understanding more associated with

psychic phenomena as human manifestations to an comprehension identified as biomedicalizing, predominant in contemporary psychiatry. We can also consider that social manifestations expressed in complaints associate with considered inappropriate behaviors or possible difficulties in learning continue, to a large extent, to be understood as issues of a pathological nature. Our great challenge continues to be about the need to build ways of understanding, that is, more contextualized strategies to favor an expanded view of personal and school paths, dissociated from the fragmentation and simplification that tend to intensify the classification.

Keywords: Special education. Disability. Pathologization. Medicalization. Diagnostic Assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAIDD	<i>American Association on Intellectual and Developmental Disabilities</i>
AAMR	<i>American Association on Mental Retardation</i>
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CID-10	Classificação Estatística das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
TDAH	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
TEA	Transtorno do espectro autista

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Crisalida</i> (1958), de Salvador Dalí, anúncio encomendado pela <i>Wallace Laboratories</i>	116
Figura 2 - Instalação de <i>Crisalida</i> (1958), de Salvador Dalí.....	116

SUMÁRIO

PRÓLOGO	18
NAVEGAR E TECER: ENTRE RIOS, FRONTEIRAS E FIOS	18
EPISÓDIO 1: DOS QUESTIONAMENTOS DE NARIZINHO	18
EPISÓDIO 2: O PRIMEIRO CONTATO DE UMA RECÉM-UNIVERSITÁRIA	19
EPISÓDIO 3: PROFESSORA DA ÁREA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL	21
ENTRE RIOS E ESCRITAS	23
1 PALAVRAS INICIAIS SOBRE ESTA TRAMA: ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA	25
1.1 ENTRE TRAMAS QUE SE TECEM: UM TECER CONTÍNUO	34
2 A DIMENSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: CONSTITUINDO TEIAS	37
2.1 ITINERÁRIO: TECENDO OS CAMINHOS DA PESQUISA	45
3 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA NO TERRITÓRIO INFANTIL	50
3.1 DA INFÂNCIA INVENTADA À INFÂNCIA DESEJADA	51
3.2 A ESCOLA E A INFÂNCIA “NORMALIZADA”	55
4 EDUCAÇÃO ESPECIAL, SAÚDE MENTAL E A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA ..	63
4.1 PEDAGOGIA CIENTÍFICA, IDEIAS HIGIENISTAS E A INSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO ESPECIAL	66
4.2 AS POLÍTICAS DE INCLUSÃO EDUCACIONAL NO CONTEXTO BRASILEIRO E A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA	81
5 MEDICALIZAÇÃO, INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E MANUAIS DIAGNÓSTICOS: O PROCESSO DE PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA ESCOLAR	92
5.1 MANUAIS DIAGNÓSTICOS E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS NA CONSTITUIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS E NO CONTEXTO EDUCACIONAL BRASILEIRO	94
5.2 FRONTEIRAS DIAGNÓSTICAS E UMA SUPOSTA AMPLIAÇÃO DIAGNÓSTICA	97
5.2.1 Transtornos Específicos de Aprendizagem e Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade	99

5.2.2 Transtorno Global do Desenvolvimento e Transtorno do Espectro Autista	103
5.2.3 Retardo Mental, Deficiência Mental e Deficiência Intelectual	107
5.2.4 Processos Diagnósticos e uma Possível Inflação Diagnóstica	110
5.3 “PÍLULAS MÁGICAS”: A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E A PRODUÇÃO DIAGNÓSTICA	112
6 ENTRELAÇANDO OLHARES E NARRATIVAS: O QUE SE FAZ MEMÓRIA ENTRE AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E OUTRAS HISTÓRIAS	121
6.1 OS FENÔMENOS DA MEDICALIZAÇÃO E DA PATOLOGIZAÇÃO: OS EFEITOS NO SER CRIANÇA E NOS PROCESSOS DE ESCOLARIZAÇÃO	124
6.2 ENTRE DIFERENTES CAMPOS TEÓRICOS E A FORMAÇÃO ESPECIALIZADA	131
6.3 A PRODUÇÃO DIAGNÓSTICA E AS TRAJETÓRIAS ESCOLARES	139
6.4 TRAJETÓRIAS, NARRATIVAS E A LITERATURA ESPECIALIZADA: POSSÍVEIS ELOS CONSTITUINTES DE UMA TEIA	151
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
8 EPISÓDIO FINAL: ENTRE JANELAS	167
REFERÊNCIAS	168
ANEXO A – QUADRO REFERENTE ÀS TESES E DISSERTAÇÕES INVESTIGADAS	181



PRÓLOGO

NAVEGAR E TECER: ENTRE RIOS, FRONTEIRAS E FIOS

Diz a mãe: a vida faz-se como uma corda. É preciso trança-la até não distinguirmos os fios dos dedos.

Mia Couto³

Tramar, trançar, tecer... Durante o processo de composição da vida – da nossa vida –, a tecelagem constitui, através de nossas influências com o meio, com o acaso, com as nossas próprias vontades e com nossos ruídos e emergências, o que somos e o que poderemos vir a ser. (MATURANA, 1998). Trançamos a corda conforme a dança da vida.

Dentre os fios que teceram minha caminhada até este momento, a educação tornou-se o fio condutor desde muito cedo, bem antes do entendimento do conceito de educar e das responsabilidades que essa ação-conceito implica.

Ao longo de minha trajetória, três episódios pulam na memória ao olhar o percurso trilhado até aqui. De uma menina questionadora a uma professora e pesquisadora inquieta, existe um caminho que foi percorrido.

EPISÓDIO 1: DOS QUESTIONAMENTOS DE NARIZINHO

Eu, uma menina de 9 anos no interior do estado do Rio Grande do Sul: questionadora, porém tímida. Pensando em trabalhar minha timidez, uma professora da escola em que eu estudava me convidou para participar do grupo de teatro. Após algumas peças, muitos ensaios e passado um ano, fui convidada para interpretar a personagem Narizinho, do Sítio do Pica-Pau Amarelo. Seria a minha primeira apresentação em outro espaço que não fosse a minha própria escola, pois, segundo a professora que coordenava o grupo de teatro, a apresentação aconteceria em uma outra escola da cidade. Esse cenário desconhecido dava medo, porém não relutei.

³ COUTO, Mia. **As areias do imperador I: mulheres de cinzas**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2015.

Chegou o grande dia. A ansiedade tomava conta, e lá fomos nós, do grupo de teatro, até a outra escola. Chegando lá, nos deparamos com um grande evento e uma grande espera. A rua estava fechada e enfeitada com balões e papéis coloridos, e os alunos estavam muito felizes em nos receber.

Avistei um grande letreiro que dizia “APAE” e nos foi explicado que os alunos que frequentavam aquela escola estavam ali porque eram “especiais”. Naquela época, eu já sabia o que significava dizer que uma pessoa era “especial”.

Fomos apresentados às dependências da escola, à divisão de turmas etc. Muitas coisas que vi nessa escola ficaram em minha cabeça, permeando meus questionamentos. Queria saber o porquê de as crianças que tinham a mesma idade que eu estarem fazendo artesanato e não tendo aula como eu tinha.

Por que aquela escola tinha pessoas muito mais velhas que estudavam com crianças menores? Por que a maioria se vestia como criança? Por que a sala de aula dos adultos era organizada como se fosse para crianças? Por que grande parte dos alunos não sabia ler nem escrever?

Quando cheguei em casa, as únicas perguntas que fiz foram: por que eles estudam lá e não estudam em escolas como a minha? Por que eu não tenho nenhum colega “especial”?

Com o passar dos anos, fui internalizando o que os adultos me diziam: “eles estão lá porque aquela escola está mais preparada para atender às suas necessidades”.

EPISÓDIO 2: O PRIMEIRO CONTATO DE UMA RECÉM-UNIVERSITÁRIA

O ano era 2010. Eu estava cursando licenciatura em Educação Especial na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), animada com as novas aventuras e com pressa em desvendar minha escolha profissional. Ingressei no curso de Educação Especial pensando que, futuramente, trabalharia em espaços especializados e/ou em classes hospitalares.

Porém, no segundo semestre daquele ano, participei de um processo seletivo de uma creche muito reconhecida na cidade. Na primeira semana, fui avaliada na seleção de novos bolsistas/monitores da instituição, e a dinâmica foi organizada de forma que a cada dia eu entrasse em uma turma para ser avaliada e conhecer a escola.

Em um dos dias, fui alocada para a turma que atendia os alunos com aproximadamente quatro anos. Lá estava eu, com a turma e as professoras, tentando entender a dinâmica do dia, a atividade que estava sendo proposta e me aproximando dos alunos. Mais tarde, em um momento mais calmo, quando as professoras estavam sentadas organizando as agendas e as crianças estavam fazendo uma atividade, um outro aluno da turma chega.

Ele não cumprimentou ninguém, atirou sua mochila, pegou um carrinho e começou a brincar sozinho. Eu, inexperiente, olhei para as professoras demonstrando não estar entendendo o que estava acontecendo, e também queria saber se poderia fazer algo para atender o aluno que tinha acabado de chegar. De longe, uma delas me olha e sussurra: “ele é autista”.

O aluno continuou brincando sozinho enquanto os demais estavam fazendo a atividade proposta. Até que eu me levantei e fui me aproximando. Ele falava sem me olhar, mas me respondia atentamente. Eu disse que a turma estava fazendo uma atividade “bem legal”, que se ele quisesse se juntar à turma, eu poderia auxiliar ele e o grupo dele. Nesse momento ele me olhou profundamente, permaneceu calado e seguiu fazendo a sua “trilha” com o carrinho. Alguns minutos depois, ele largou o carrinho e foi até mim. Sem dizer uma palavra, pegou minha mão e me levou para fazer o trabalho com o grupo dele.

Com essa cena, decidi o que eu não gostaria de fazer como professora de educação especial. Decidi que jamais a condição do aluno viria antes do próprio nome e que eu iria me utilizar de diferentes estratégias para que meus alunos participassem das aulas.

No fim, fui selecionada para trabalhar na escola e, apesar dessa cena e de uma professora que talvez não soubesse proceder diante daquela situação, devo dizer que me “tornei professora” nessa escola. Foi nesse contexto que decidi que não queria atuar em espaços especializados e segregados, que não gostaria de trabalhar em hospitais e que reabilitar não seria minha função. Foi no envolvimento com aquela escola que decidi que o meu lugar era na educação e na luta por uma educação mais inclusiva.

EPISÓDIO 3: PROFESSORA DA ÁREA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Já formada, após algumas experiências em diferentes escolas e contextos, e após terminar o curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGE/UFRGS), passei a trabalhar em uma escola estadual do município de São Leopoldo/RS.

Nesse contexto, acompanhei muitos alunos. Tinha uma carga horária de 20 horas semanais, era lotada em uma escola e responsável por mais quatro escolas em ação de acompanhamento como professora itinerante. No total, me responsabilizava pela área da educação especial em cinco escolas estaduais daquele município. Entre tantas partilhas, destaco uma que marcou minha continuidade como professora e minha aposta no direito à educação.

Uma das alunas que acompanhei tinha 17 anos e frequentava o 7º ano do ensino fundamental. A aluna apresentava uma trajetória marcada pela perda da mãe aos três anos e por morar muitos anos da sua vida em uma zona rural do interior do estado. Sua escolarização inicial aconteceu na escola rural mais próxima da sua casa.

Maria apresentava questões de saúde e, devido à perda de sua mãe, foi muito protegida pelo pai. A partir do seu contexto, do encaminhamento que a antiga escola fez e dos médicos que a acompanhavam, foi diagnosticada, aos 16 anos, com deficiência intelectual.

Mudou-se para São Leopoldo com seu pai logo após o diagnóstico e passou a frequentar uma escola maior. Segundo ela, não foi um início fácil. Com a minha chegada na escola, logo começamos a nos encontrar. O atendimento educacional especializado acontecia no contraturno, uma vez na semana e em sala de aula comum, com um trabalho colaborativo com o professor de português.

A aluna frequentava o 7º ano do ensino fundamental, não tinha consolidado sua alfabetização, se envolvia em muitas brigas e era muito, muito ansiosa. Além disso, apesar de seus 17, quase 18 anos, a adolescente tinha uma relação com sua família permeada por muita proteção e infantilização. Dessa forma, o plano de trabalho teve, entre outros objetivos, a pretensão de potencializar a alfabetização da aluna, sua autonomia, sua capacidade de organização e, principalmente, sua percepção como mulher de 17 anos.

Após um trabalho compartilhado com os demais professores, a aluna foi alfabetizada no mesmo ano e passou a ler mais e a ampliar suas experiências através de leituras e pesquisas.

No planejamento do atendimento individual, algumas personalidades passaram a nos acompanhar. As histórias de Malala, Frida Kahlo e de outras mulheres nos convidaram a repensar a vida. Com o passar do tempo, os atendimentos passaram a apresentar outra configuração: entre pesquisas e descobertas, a maioria dos encontros era regada por reflexões consistentes e aprofundadas por parte da aluna.

Em um determinado dia, estávamos falando sobre o futuro e sobre as possibilidades profissionais que a aluna poderia escolher. Em um determinado momento da nossa conversa, a aluna me olha e diz: “sabe, professora, tirando o meu pai, o resto da minha família não entende por que ainda venho na escola, sendo que eu tenho 18 anos. Por eles, eu poderia estar apenas trabalhando em algum lugar. Porém, eu sei que existe um documento que diz que é direito de todos estar na escola, então é meu direito também.”

Nesse momento, me deparei com tantos sentimentos diferentes: primeiro, lembrei da menina Narizinho. Será que, antes dos anos 2000, no contexto que se apresentava naquela época, era possível se deparar com cenas como essa? Uma aluna diagnosticada com deficiência intelectual relatando e afirmando o seu direito à educação para sua professora da escola comum?

Segundo, a reflexão relativa a cenas como essa nos indica que há a presença de elementos que mostram a crença na potencialidade, que parece estar associada a possíveis efeitos que podem ser identificados na vida de uma pessoa com deficiência.

Por fim, o quão o trabalho conjunto de diversos professores gerou efeitos na vida daquela menina, principalmente no que se refere à sua capacidade de perceber a si mesma e de se colocar no mundo?

Conheci uma menina que chorava muito e se desorganizava com facilidade. Quando me dei conta, estava em uma sala de recursos de uma escola periférica do município de São Leopoldo com uma menina/mulher certa dos seus direitos e de suas capacidades e mais segura de si.

ENTRE RIOS E ESCRITAS

Considerando essas três cenas que configuram minha vida e escolha profissional, acredito que mais uma merece ser relatada, mesmo que brevemente: minha relação com a escrita.

Filha mais velha de um casal que não teve condições de cursar o ensino superior, desde muito cedo sabia que a minha única obrigação era estudar. Minha mãe dizia que eu não tinha outra escolha: estudar era o melhor caminho. Apesar de sempre ter medo da escrita, ela se fez muito presente na minha infância, ora no quadro branco que meu pai instalou em meu quarto, ora nas máquinas de escrever que, por conta de seu trabalho, faziam parte de minha rotina.

Não se sabe ao certo se primeiro escrevi na máquina de escrever ou usando um lápis.

Provavelmente tenha sido em uma máquina, pois era uma forma de estar junto ao meu pai.

Ao ingressar na universidade, entre muitas possibilidades que o meu curso oferecia, logo decidi que seria pesquisadora. Foi na faculdade que descobri que eu não precisava de um laboratório químico para fazer pesquisa e ciência. Assim, no início do meu primeiro ano do curso de licenciatura em educação especial, defini que seria pesquisadora e professora.

De fato, com o passar dos anos, a pesquisa e a docência foram delineando minha trajetória. Em minhas escritas, a pesquisadora e a professora se fazem presentes a cada linha. São as minhas vivências que ampliam os meus horizontes e fazem emergir meus questionamentos.

Há alguns anos, tenho me dedicado a pesquisar sobre o conceito de deficiência. Tenho me perguntado de que forma tem ocorrido a avaliação inicial e diagnóstica de alunos identificados com deficiência e quais são os efeitos e os riscos desse processo. Ainda, questiono como tem ocorrido o processo de escolarização dos alunos identificados com alguma deficiência no contexto escolar.

Esta é a história dos rios. Poderão roubar a sua água até secarem. Mas não roubarão a sua história. Agora entendo: aprendi a escrever para melhor relatar o que vivi. **Mia Couto**⁴

Agora entendo. Escrevo e pesquiso para responder aos meus próprios “porquês”, às minhas próprias emergências. O papel em branco, pronto para ser preenchido, me dá a sensação de liberdade. Na tentativa de fazer com que, mais uma vez, as folhas em branco me acolham, proponho a construção desta pesquisa, a fim de que novas linhas preencham estas folhas, fazendo com que novos fios se unam a este processo de tecelagem.

⁴ COUTO, Mia. **As areias do imperador I**: mulheres de cinzas. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2015.

1 PALAVRAS INICIAIS SOBRE ESTA TRAMA: ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

— Ele escreve versos!

Apontou o filho, como se entregasse criminoso na esquadra. O médico levantou os olhos, por cima das lentes, com o esforço de alpinista em topo de montanha.

— Há antecedentes na família?

— Desculpe, doutor?

O médico destrocou-se os tintins. Dona Serafina respondeu que não. [...]

Eis que começaram a aparecer, pelos recantos da casa, papéis rabiscados com versos. O filho confessou, sem pestanejo, a autoria do feito.

— São meus versos, sim.

O pai logo sentenciara: havia que tirar o miúdo da escola. Aquilo era coisa de estudos a mais, perigosos contágios, más companhias. Pois o rapaz, em vez de se lançar no esfrega-refraga com as meninas, se acabrunhava nas penumbras, e pior ainda, escrevia versos. O que se passava: mariquice intelectual? Ou carburador entupido, avarias dessas que a vida do homem se queda em ponto morto?

Dona Serafina defendeu o filho e os estudos. O pai, conformado, exigiu: então, ele que fosse examinado.

O médico que faça revisão geral, parte mecânica, parte eléctrica.

Queria tudo. Que se afinasse o sangue, calibrasse os pulmões e, sobretudo, lhe espreitassem o nível óleo na figadeira. Houvesse que pagar por sobresalentes, não importava. O que urgia era pôr cobro àquela vergonha familiar.

Olhos baixos, o médico escutou tudo, sem deixar de escrevinhar num papel. Aviava já a receita para poupança de tempo. Com enfado, o clínico se dirigiu ao menino:

— Dói-te alguma coisa?

— Dói-me a vida, doutor.

O doutor suspendeu a escrita. A resposta, sem dúvida, o surpreendera. [...] O médico voltou a erguer os olhos e a enfrentar o miúdo:

— E o que fazes quando te assaltam essas dores?

— O que melhor sei fazer, excelência.

— E o que é?

— É sonhar.

Serafina voltou à carga e desferiu uma chapada na nuca do filho. Não lembrava o que o pai lhe dissera sobre os sonhos? Que fosse sonhar longe!

[...]

O médico estranhou o miúdo. Custava a crer, visto a idade. Mas o moço, voz tímida, foi se anunciando.

[...]

O doutor o interrompeu:

— Não tenho tempo, moço, isto aqui não é nenhuma clínica psiquiátrica.

A mãe, em desespero, pediu clemência. O doutor que desse ao menos uma vista de olhos pelo caderninho de versos. A ver se ali catava o motivo de tão grave distúrbio. Contrafeito, o médico aceitou

Sonia Gomes, "Pendente 2" (2016), costura, amarrações sobre tecidos diversos e rendas, 600x80cm. Autorizado em contato realizado em 21 de abril de 2022.



e guardou o manuscrito na gaveta. A mãe que viesse na próxima semana. E trouxesse o paciente.

— Não continuas a escrever?

— Isto que faço não é escrever, doutor. Estou, sim, a viver. Tenho este pedaço de vida – disse, apontando o novo caderninho – quase a meio.

O médico chamou a mãe, à parte. Que aquilo era mais grave do que se poderia pensar. O menino caricia de internamento urgente.

— Não temos dinheiro – fungou a mãe entre soluços.

— Não importa – respondeu o doutor.

Que ele mesmo assumiria as despesas. E que seria ali mesmo, na sua clínica, que o menino seria sujeito a devido tratamento. E assim se procedeu.

Hoje quem visita o consultório raramente encontra o médico. Manhãs e tardes ele senta num recanto do quarto onde está internado o menino. Quem passa pode escutar a voz pausada do filho do mecânico que vai lendo, verso a verso, o seu próprio coração. E o médico, abreviando silêncios:

— Não pare, meu filho. Continue lendo...

Mia Couto⁵

O filho de um mecânico, que vivia em um contexto em que a escrita e a leitura não eram algo comum. Os sonhos, os versos, a potência da escrita. Manifestações de um menino que sonhava e escrevia versos em vez de ajudar o pai na mecânica ou “namorar meninas”.

Utilizando a ótica do conto, através do contexto narrado, percebe-se que a família não via com normalidade as ações do filho. Assim, a pedido do pai e da mãe do garoto, o médico necessitava fazer um *check-up* geral e averiguar o que se passava e, ainda, “dar um jeito nisso”, como dissera o pai.

Sonhos demais, sonhos de menos. Escritas demais, escritas de menos. Palavras demais ou de menos. Todas as singularidades que ultrapassam a fronteira imaginária da normalidade são vistas como passíveis de indicação para uma avaliação diagnóstica e tratamento.

Fronteiras são ultrapassadas e diagnósticos passam a ser reconhecidos como mapas que tentam delimitar o sujeito. O conto apresentado relata a história de muitas crianças que são encaminhadas para uma avaliação diagnóstica por apresentarem características consideradas fora do padrão imposto pela sociedade.

Dessa forma, compreendemos que, ao problematizarmos sobre a escolarização de alunos com deficiência, transtornos e outras singularidades, é

⁵ COUTO, Mia. O menino que escrevia versos. *In*: COUTO, Mia. **O fio das missangas**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2009. p. 131-134.

necessário reconhecer os muitos elementos que compõem esse processo. São saberes que são colocados em xeque, áreas de conhecimento que se relacionam, como a saúde e a educação, e concepções e conceitos que configuram práticas.

Nesse sentido, ao falarmos sobre a escolarização de pessoas com deficiência, poderíamos nos utilizar de muitos ângulos e muitas formas de análise. Os ângulos utilizados nesta pesquisa tentarão compreender como os processos de patologização e medicalização se constituem e quais os efeitos dessas concepções no que tange aos processos educativos. Contudo, ao falar sobre essa temática, fazemos um convite, que tem como pretensão subverter a lógica empregada no que se compreende como “normal e patológico” no contexto escolar.

Ao debatermos sobre medicalização e patologização no contexto escolar, algumas discussões assumem centralidade nesta pesquisa, como a problematização acerca dos processos de avaliação inicial e diagnóstica, a constituição do conceito de deficiência e o processo de escolarização.

Entrelaçado a esses assuntos, é possível que possamos refletir sobre muitos outros pontos que compõem a temática relacionada à educação e à educação especial, como formação de professores, organização curricular, métodos avaliativos, políticas públicas, entre outros. Relacionado à temática da pesquisa, será necessário discutirmos, também, o papel que a indústria farmacêutica e os órgãos responsáveis na orientação da avaliação inicial e diagnóstica assumem no que compreendemos por patologização e medicalização da vida.

Desse modo, para problematizarmos a complexidade que envolve esse assunto, reconhecemos a necessidade de discutirmos os diferentes conceitos e fenômenos que serão debatidos ao longo desta pesquisa.

O primeiro deles seria o conceito de medicalização, que passou a ser utilizado na literatura científica na segunda metade do século XX. Segundo Freitas e Amarante (2017), a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade foi afetada por uma verdadeira revolução terapêutica. As terapias com antibióticos e hormônios, a descoberta das vacinas e a consagração da indústria farmacêutica deram uma nova configuração para o tratamento clínico.

Uma nova concepção de tratamento passou a se instaurar na sociedade. Anúncios de descobertas de novos medicamentos passaram a ser esperados com a esperança da promessa de combater doenças até então consideradas incuráveis.

Os tratamentos em saúde mental, que até então eram organizados através da psicoterapia, utilizando-se da psicanálise e das terapias associadas ao comportamento, passaram a contar com a utilização de psicofármacos, nomeados na época como “pílulas milagrosas”.

[...] as quais eram consideradas, à época, como uma solução definitiva para os problemas psíquicos até então considerados sem cura: as psicoses, e, em particular, as aflições psíquicas que a medicina tradicionalmente havia considerado como neuroses e objeto de terapias da palavra. (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 18).

Porém, na atualidade, o termo medicalização vai além do tratamento com substâncias químicas, pois “consiste no processo no qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos usualmente em termos de doenças e desordens”. (EDINGTON, 2012, p. 16).

O conceito de medicalização foi utilizado também para refletir sobre os efeitos dos ideais higienistas, adotados em determinado período do contexto brasileiro na organização e atenção dada através da escola e de instituições especializadas. Sabemos que, sobretudo por volta da metade do século XX, a educação e a saúde brasileira foram configuradas por ideias higienistas que compreendiam a necessidade de diagnosticar os sujeitos que apresentavam algum tipo de deficiência, transtorno ou questão relacionada à saúde mental. A identificação era justificada como necessária para que as pessoas diagnosticadas pudessem receber “atenção qualificada” em espaços segregados, como instituições psiquiátricas e escolas ou classes especiais.

Nesse sentido, o saber médico, os ideais higienistas e, mais tarde, a organização de testes psicométricos organizaram e geraram muitos efeitos na constituição dos processos escolares no Brasil.

A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social. (GUARIDO, 2008, p. 33).

Para Moysés e Collares (2014), a educação, como as demais áreas sociais, vem sendo medicalizada em grande velocidade, justificando-se em fatores como o fracasso escolar.

Seguindo a lógica da medicalização, outro fenômeno que também será problematizado neste estudo será o da patologização.

A patologização da vida no cotidiano escolar decorre da necessidade de classificarmos os sujeitos e de atribuímos patologias às singularidades dos alunos. Nesse sentido, Luengo (2010) nos aponta que:

[...] patologizar é o próprio ato de apontar no diferente uma doença que, mesmo inexistente, passa a ser reconhecida e diagnosticada pela equipe escolar e de saúde. Esse ato, além de estigmatizar o indivíduo classificando-o como anormal, ainda busca, através de justificativas sociais, afirmar a patologia, o que pode desencadear como consequência o ato da medicalização. (LUENGO, 2010, p. 63)

O fenômeno da patologização do contexto escolar vem, de certa forma, produzindo um discurso que produz a diferença e as desigualdades no contexto das práticas educativas.

A medicalização e a patologização ocorrem segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Omite-se que esse processo é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo. (MOYSÉS; COLLARES, 2014, p. 50).

Como salienta a pesquisadora Marilene Proença em uma entrevista dada ao canal de comunicação do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo (SINPSI TV, 2012)⁶, ainda pode-se acompanhar, no Brasil, altas taxas de reprovação no contexto escolar; crianças que não conseguem ler, escrever e se beneficiar da escola que está sendo oferecida para elas. A autora afirma também que, em vez de repensarmos a escola e as formas como essas instituições têm sido organizadas, as questões apresentadas passam a ser um problema da criança. São as crianças que não leem, que não escrevem, que não ficam sentadas, que não prestam atenção, sendo criado todo um processo de culpabilização da criança por não aprender e/ou por não se comportar “corretamente” na escola. Essas características, quando indicadas e encaminhadas a uma avaliação, em muitos casos, acabam se transformando em um diagnóstico de déficit de atenção, hiperatividade, dislexia,

⁶ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aA9lwCHSYE8>. Visto em: 09/02/2022.

entre outros. Na maioria dos casos, o diagnóstico vem acompanhado pela indicação do uso de medicamentos.

Entre esses medicamentos, um dos mais utilizados para crianças diagnosticadas com transtornos do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o metilfenidato, conhecido pelo nome comercial Ritalina, também popularmente referido como a “droga da obediência”.

Em 2010, uma reportagem organizada pela *Globo News* anunciou que o Brasil seria o segundo país que mais utilizava a Ritalina, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Essa estatística acompanha o que temos percebido constantemente nos processos diagnósticos, que apresentam uma outra forma de atenção à diversidade humana da vida, baseada na “adequação” de manifestações e singularidades.

A utilização dos psicotrópicos, a partir de uma avaliação diagnóstica, geralmente se dá com base em comportamentos e manifestações apresentadas no cotidiano infantil. O parâmetro analítico sobre essas manifestações baseia-se nos critérios de “normalidade”. São os parâmetros externos que fazem com que as manifestações e o comportamento apresentado pela criança sejam compreendidos como “adequados” ou “inadequados”. Como nos apontam Collares e Moysés (1996, p. 75), “o que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria [...] tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual”.

A partir da lógica medicalizante, os fenômenos da normatização e patologização da vida, como indica Luengo (2010), nos influenciam na forma de pensar:

[...] fazendo com que aceitem e adotem a necessidade de uma subjetividade medicalizada, que reconhece o desvio e o diferente como patologias a serem cuidadas por uma sociedade disciplinar, na qual a “indisciplina” e o “não aprender” passam a ser doenças com indicações de tratamento. (LUENGO, 2010, p. 67).

A indisciplina e o não aprender são compreendidos como manifestações desviantes da norma no contexto escolar. A aprendizagem ou a não aprendizagem são avaliadas, geralmente, por métodos padronizados que pouco possibilitam analisar as construções e elaborações apresentadas pelos alunos em seu processo pedagógico.

Nesse sentido, as dificuldades de aprendizagem têm sido entendidas como intrínsecas ao sujeito em muitos contextos e, em diversos casos, são identificadas como patologias. Patologizando as dificuldades de aprendizagem, atribui-se facilmente uma compreensão biológica relacionada ao funcionamento cerebral. Nesse sentido, crianças são submetidas a testes e avaliações que prometem “medir” a inteligência.

A nova pragmática da cura exige que você defina como patológico o que as medicações tratam, e inversamente o que as medicações tratam será definido como patológico. Reedição do drama metodológico que considerava a inteligência como aquilo que os testes medem, e o que os testes medem como aquilo que chamamos de inteligência. (DUNKER, 2014, p. 70).

Após as avaliações, crianças são diagnosticadas e, na grande maioria dos casos, recebem como indicação o uso de medicamentos que prometem agir em uma dimensão “cerebral” e favorecer o desenvolvimento de processos mentais, assim como colaborar com os processos de aprendizagem. A partir de uma ótica valorizadora da ideia de “mente” como algo segregado e funcional, apto ou não para receber e armazenar informações durante o processo de aprendizagem, a lógica da patologização e da medicalização tem se associado cada vez mais à inteligência e à capacidade cerebral.

Gregory Bateson desenvolveu uma concepção de processo mental e de mente a partir de uma perspectiva sistêmica, que nos auxilia a problematizar esse conceito – mente – e os fenômenos de deficiência, patologização e medicalização da vida.

Segundo Pistóia (2009, p .81), Bateson afirmou que a ecologia da mente é uma nova maneira de pensar sobre as ideias e esses agregados de ideias que chamamos de “mente”.

Para Bateson, a mente não está localizada no corpo; trata-se de um processo interativo, apresentando relações do organismo com o meio. Para o autor, a mente não se manifesta apenas nos organismos individuais, mas também em sistemas sociais e em ecossistemas.

Para esse estudioso, era claro que o fenômeno da mente estava inseparavelmente ligado ao fenômeno da vida. Quando olhava para o mundo vivo, reconhecia sua atividade organizadora como sendo, essencialmente, uma atividade

mental. Em suas próprias palavras, “a mente é essência do estar vivo”. (BATESON, 1986, p. 100). Capra (1996), a partir dos estudos de Bateson, sinaliza que “mente não é uma coisa, mas sim um processo, o próprio processo da vida”.

A partir do exposto, podemos identificar uma busca de compreensão relativa ao fenômeno de deficiência como uma construção social, pois se entende que a mente não está localizada no corpo, mas se apresenta como um processo interativo a partir das relações do organismo com o meio. Um fenômeno complexo, necessariamente plural e resultante de dinâmicas interativas entre seres vivos em contínuo processo de instituir-se e de comunicar.

Contudo, como nos aponta Carneiro (2007), a deficiência é uma condição que se desenvolve a partir das relações sociais estabelecidas com sujeitos que apresentam características singulares em relação à maioria da população, e não como uma incapacidade do sujeito. Dessa forma, a autora analisa a deficiência intelectual, em específico, como uma condição que se desenvolve nas relações sociais e, pautada em Vygotsky e na abordagem histórico-cultural, aponta que:

A abordagem histórico-cultural nos mostra que o desenvolvimento de sujeitos com deficiência intelectual se dá sempre a partir das relações sociais e depende muito da “nutrição ambiental” proporcionada a tais sujeitos. Por isso, é possível reafirmar que a deficiência intelectual é sempre uma produção social. (CARNEIRO, 2007, p. 1).

Como diria Vasconcellos (2013, p. 112), fazendo a inversão da ótica utilizada, estaríamos tirando o foco exclusivo no sujeito e incluindo o foco nas relações que se estabelecem em seu contexto.

Nesse sentido, consideramos que a linha de corte entre o “normal e o patológico” é permeada por uma complexa fronteira diagnóstica, que transita entre estar apto ou não, conforme os parâmetros da sociedade.

Como processo ativo dessa “linha de corte”, os processos de avaliação e de classificação são ações frequentes em nosso cotidiano. No contexto escolar, a avaliação é utilizada na maioria dos casos para “medir” a aprendizagem dos alunos. Avalia-se se o aluno está aprendendo conforme o esperado e, assim, o classificamos. Avaliamos, classificamos e estabelecemos mapas que julgamos representar a realidade.

A lógica apresentada aqui sobre avaliação e classificação gera efeitos tanto nos processos educativos quanto nas avaliações diagnósticas realizadas no contexto da saúde. As formas de compreender o normal e o considerado patológico foram sendo construídas também por grupos que se dedicam aos processos de classificação e identificação. Ao longo da história, várias terminologias e critérios diagnósticos foram sendo criados para dar nome a sintomas e características.

Um dos mais influentes manuais diagnósticos é organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), que está em sua quinta versão. O DSM, apesar de ser organizado pela área da psiquiatria, é bastante utilizado pelas demais áreas, influenciando fortemente todos os campos de conhecimento que se associam às questões da vida psíquica.

Frances (2016) afirma que as pontuações apresentadas pela APA em seus manuais diagnósticos contribuíram para uma discussão mais abrangente acerca dos critérios diagnósticos; todavia, contribuíram também para a ampliação diagnóstica.

O DSM tem um retrospecto ambíguo. Suas edições serviram à função extremamente valiosa de elevar a confiabilidade do diagnóstico e de estimular uma revolução nas pesquisas em psiquiatria. Mas também tiveram a perigosíssima consequência indesejada de alavancar e ajudar a manter uma inflação diagnóstica desgovernada, que ameaça o normal e resulta em um sobretratamento maciço com medicação psiquiátrica. (FRANCES, 2016, p. 94).

Esse manual diagnóstico, em sua última versão, ampliou os critérios diagnósticos e intensificou ainda mais a malha classificadora. Nessa direção, o DSM-5 aponta a necessidade de se diagnosticar o possível “enfermo”, e, a partir disso, temos acompanhado a recorrência de processos classificatórios e diagnósticos em crianças de 0 a 3 anos, como nos mostra Oliveira (2017) ao discutir as implicações de um diagnóstico precoce associado ao autismo.

Porém é na escola e nos processos de escolarização que temos acompanhado uma linha de corte definidora do “normal” e do “anormal”. É ao iniciar os processos de escolarização que muitos alunos passam a ser classificados, avaliados e diagnosticados.

Frances (2016) diz ainda que o DSM apresenta forte influência no estabelecimento das fronteiras entre a normalidade e a doença mental, e que esse

foi um dos motivos para ganhar relevância social. Entretanto, chamamos a atenção para os riscos vinculados ao predomínio de dinâmicas de simplificação expressas na ampliação do debate e na proliferação de procedimentos, pois há uma clara tendência que tem favorecido uma análise que despreza os múltiplos sentidos expressos em um sintoma.

As manifestações de cada sujeito são levadas em consideração pelas diferentes instituições – família, escola e serviços em saúde – como supostos efeitos de transtornos que guardariam uma estreita relação com o plano patológico como fenômeno individual. Apesar do debate contemporâneo envolvendo a abordagem social da deficiência, a viabilidade dessa perspectiva, como uma nova lente para a análise dos processos sociais, continua sendo nosso grande desafio.

1.1 ENTRE TRAMAS QUE SE TECEM: UM TECER CONTÍNUO

A partir do exposto até aqui, tentando ampliar a ótica para além de uma visão organicista e biologizante, esta pesquisa propõe problematizar e refletir sobre os fenômenos de deficiência, patologização e medicalização da vida.

Ao discutir esses fenômenos, o presente estudo concentra suas intenções analíticas na ação de investigar como o conceito de “deficiência” instituiu-se nos últimos anos e seus possíveis efeitos em questões que envolvem os processos diagnósticos e de escolarização.

Partimos de um pressuposto que será exaustivamente analisado e que considera que, apesar de termos avanços relativos à compreensão social do conceito de deficiência, ainda é possível identificar o predomínio de uma lógica que tende a valorizar a dimensão individual e intrínseca ao sujeito, sendo que essa lógica se expressa de modo explícito nas proposições vinculadas a diferentes critérios diagnósticos. Além disso, no cotidiano escolar, presenciamos dinâmicas que reforçam a avaliação classificadora dos processos de aprendizagem.

A partir de um padrão de normalidade construído historicamente, avaliam-se as manifestações comportamentais dos alunos e seus processos de aprendizagem. Nesse sentido, temos acompanhado, nos últimos anos, um crescente no contingente numérico de crianças que são diagnosticadas em idade escolar.

Nesse sentido, no intuito de iniciar essa problematização, torna-se importante destacar a forma como foi organizada esta pesquisa.

No próximo capítulo, apresentaremos os caminhos metodológicos deste estudo, apontando a pesquisa qualitativa, a análise bibliográfica-documental e ideias alicerçadas a partir do pensamento sistêmico como principais orientadores do estudo.

O terceiro capítulo apresenta uma discussão referente à medicalização da vida no território infantil, problematizando a concepção de infância em evidência na cultura ocidental e quais os efeitos dessa concepção na fundação da instituição escolar. Além disso, discutiremos a compreensão de uma infância e de uma educação normalizada e normalizadora.

O quarto capítulo tem como objetivo problematizar a pedagogia científica, as ideias higienistas e a instituição dos serviços de atenção em saúde mental e em educação especial. Ainda, pretende abordar a concepção de deficiência e a criação de políticas de inclusão educacional no contexto brasileiro.

O quinto capítulo tem como objetivo discutir a organização de manuais classificatórios internacionais e suas possíveis influências no contexto brasileiro, assim como o papel da indústria farmacêutica em processos medicalizantes e patologizantes.

O sexto capítulo tem como pretensão dialogar com o levantamento bibliográfico acerca das produções nacionais, com a intenção de favorecer a compreensão sobre o que tem sido produzido cientificamente no que concerne a temática estudada. Também busca construir um diálogo entre o levantamento bibliográfico e as narrativas e histórias que compõem a trajetória profissional desta pesquisadora como professora da área de educação especial.

Por fim, sinalizamos que alguns questionamentos acompanharão a costura que envolve a presente investigação, como: quais são os sentidos associados ao conceito de deficiência? E quais são os efeitos dos processos da medicalização e patologização da vida na compreensão do conceito de deficiência, considerando os contextos social, político e educacional?



Sonia Gomes, "Mãos de Ouro" (2008), grafite, caneta, costura, amarrações, tecidos e rendas variadas sobre papel, 47x37cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.

"Professora, a minha 'profe' (literatura), disse que eu não consigo ler, quer dizer (momento pensativo), ela disse: João, você lê, mas precisa estabelecer relações!"

Pergunto: "me conte mais sobre o livro que vocês trabalharam na última aula, João?"

"Era um livro sobre amoras, professora. Quando eu comecei a ler, eu acho que perdi o foco. Isso acontece, né?"

Pergunto: "por que você acha que perdeu o foco?"

"Ah, porque fiquei pensando em como eu poderia plantar amoras mesmo morando

em apartamento, não consegui parar de pensar nisso, elas são tão docinhas, eu adoro. Olhe professora, deixa eu te mostrar, eu fiz um desenho para mostrar para a minha mãe e para o meu pai [...], é uma ideia de como plantar um pé de amora lá em casa, acho que na sacada dá, pesquisei na Internet, dá para fazer um jardim vertical e plantar várias mudas. Pensei em fazer isso com as amoras. O que acha? Viajei, né? Perdi o foco, o assunto era outro. Por isso que agora eu faço o uso da medicação também quando dobro de turno."

As relações que construímos com livros, diálogos, vídeos, filmes e também com o outro, parte das próprias experiências e inquietações, vão se constituindo a partir de fios que vão sendo tecidos em rede, na escuta com o outro. Deslocar conjuntamente a tessitura desses fios pode nos mostrar caminhos inimagináveis e surpreendentes. Talvez a experiência da vida seja mais ou menos isso, um emaranhado de relações.

Sonia Gomes, sem título, da série Torções (2020), costura, fio galvanizado e tecidos diversos. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.



2 A DIMENSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: CONSTITUINDO TEIAS

Aquilo que somos não é o simples cumprir de um destino programado nos cromossomos, mas a realização de um ser que se constrói em trocas com os outros e com a realidade envolvente. A imensa felicidade que a escrita me deu foi a de poder viajar por entre categorias existenciais. Na realidade, de pouco vale a leitura se ela não nos fizer transitar vidas. De pouco vale escrever ou ler se não nos deixarmos dissolver por outras identidades e não reacordarmos em outros corpos, outras vozes.

Mia Couto⁷

As palavras de Mia Couto são utilizadas mais uma vez, pois compreendemos que esta pesquisa nada mais é que um “transitar vidas”. A escrita deste estudo se utiliza de outros contextos e vivências que transitam em direção ao meu encontro. São experiências, memórias e histórias que compõem o cenário da temática pesquisada.

Ao contar histórias, construímos essa narrativa. Investigar como tem se configurado o conceito de deficiência e como os processos de medicalização e patologização da vida foram se constituindo nos últimos anos implica, de acordo com nossa percepção, uma visão sistêmica e contextual. Como nos diria Fritjof Capra:

Quanto mais estudamos os principais problemas de nossa época, mais somos levados a perceber que eles não podem ser entendidos isoladamente. São problemas sistêmicos, o que significa que estão interligados e são interdependentes. (CAPRA, 1996, p. 23).

As linhas escritas nesta pesquisa formam uma complexa tapeçaria, envolta por fios que se interligam, pois o estudo dos fenômenos destacados inicialmente se entrelaça a outros fenômenos contemporâneos, como a inflação diagnóstica e a produção diagnóstica nos contextos educacionais, nas práticas pedagógicas, e outros.

Compreendemos que as intenções investigativas desta pesquisa evocam dimensões ampliadas, para além do universo acadêmico e profissional, pois se trata de interrogar o fluxo de ideias que se instituem como dinâmicas explicativas, portanto um universo mais complexo do que um campo limitado a práticas de

⁷ COUTO, Mia. A armadilha da identidade. In: COUTO, Mia. **E se Obama fosse africano?** Ensaios. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2011.

investigação ou de ação técnica. Nesse sentido, a perspectiva sistêmica assume papel de embasamento teórico, compondo o plano analítico e metodológico deste estudo⁸. A perspectiva teórico-metodológica anunciada possibilita um diálogo epistêmico que sugere uma compreensão de mundo alicerçada na constituição de práticas sociais e na complexidade de fenômenos. O pensamento sistêmico representou uma profunda revolução na percepção de que os sistemas não podem ser analisados de forma isolada. “As propriedades das partes não são propriedades intrínsecas, mas só podem ser entendidas dentro de um contexto de um todo mais amplo.” (CAPRA, 1996, p. 41).

De acordo com essa perspectiva, se faz necessária uma compreensão do mundo como resultado de relações e interações, ou seja, “uma teia complexa de relações”. (PISTÓIA, 2009, p. 70).

Ao me dedicar aos processos diagnósticos e aos engendramentos desses processos no contexto escolar, tenho me perguntado de que forma a sociedade e a escola têm contribuído para a “produção diagnóstica” de crianças e adolescentes. Na tentativa de romper com lógicas instituídas através da linearidade e estabilidade, propomos uma tessitura que indique pontos de tensão e abertura que permitam compreender os fenômenos aqui problematizados. Nesse sentido, destaco três pressupostos apresentados por Vasconcellos (2013) que contribuem nas problematizações apresentadas na pesquisa. Os pressupostos⁹ são: o da complexidade, o da instabilidade e o da intersubjetividade. Os três conceitos serão apresentados como eixos gerais e relacionados a outros conceitos que também julgamos pertinentes para problematizar os fenômenos estudados nesta pesquisa.

O primeiro pressuposto, o da complexidade, origina-se do latim *complexus*, que significa “o que está tecido em conjunto como uma tapeçaria”. O pressuposto da complexidade, utilizado por alguns estudiosos entre os séculos XX e XXI, questiona as dinâmicas simplificadoras, não compreendendo o mundo como algo pré-estabelecido, apontando a necessidade de “contextualização dos fenômenos”. (VASCONCELLOS, 2013, p. 101).

⁸ Entre as leituras que me dão suporte analítico, destaco uma interlocução com os seguintes autores: Francisco Varela, Fritjof Capra, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Maria José Esteves de Vasconcellos.

⁹ As dimensões apresentadas fazem parte do estudo elaborado por Maria José Esteves de Vasconcellos (2013), a qual as nomeia como “ciência novo-paradigmática”.

Ao trazermos o conceito de complexidade, utilizo-me, também, da ideia-conceito de rede, pois compreendo que esta nos auxilia a pensar os engendramentos referentes aos fenômenos aqui estudados considerando-os como parte de uma grande teia. Para Capra (1996), “devemos visualizar a teia da vida como sistemas vivos (redes) interagindo à maneira de rede com outros sistemas (redes)”.

Utilizo-me desse conceito – rede – para sinalizar também que, ao falarmos de um sujeito, falamos de muitos outros presentes nas relações, que são parte de uma história manifesta nessa pessoa. Assim, necessitamos conhecer o contexto em que esse sujeito se insere. Ao falarmos sobre nossos alunos, é importante termos a clareza de que não estamos falando apenas do seu corpo, de sua mente, da escola, da família, do sistema e de todas as demais redes que constituem essa(s) teia(s) de forma segregada e simplificadora. Estamos falando de todas essas instituições ou dimensões que os constituem de forma complexa e não linear.

Para Capra e Luisi (2014), a teia da vida consiste em redes dentro de redes, problematizando, ainda, a tendência que temos em atribuir esquemas hierárquicos e classificatórios aos sistemas.

Dessa forma, podemos inferir que a concepção classificadora e valorizadora da patologização não corrobora a visão sistêmica, pois encara os fenômenos de forma isolada. O pensamento sistêmico inclui uma mudança de perspectiva de estruturas para processos, como bem nos indicam Capra e Luisi (2014, p. 115). Uma perspectiva valorizadora do reconhecimento e acompanhamento dos processos tende a considerar a complexidade das relações e a necessidade de uma observação contextual.

Ao assumirmos uma observação contextual e menos simplificadora sobre nossos alunos, tendemos a reconhecer com mais facilidade as relações e interações que se estabelecem durante os processos de escolarização desses estudantes.

No entanto, nem sempre é possível encontrarmos relatos sobre alunos com deficiência que deem conta dessa visão mais contextual, pois, geralmente, esses relatos dizem muito mais da visão de uma suposta funcionalidade de um corpo e da inferência sobre uma visão restrita do que seria sua mente. Ao simplificarmos as relações estabelecidas no contexto em que o aluno identificado com uma possível deficiência está inserido, os riscos e os efeitos são muitos.

Como nos aponta Vasconcellos (2013), para pensarmos complexamente e diminuirmos os riscos da simplificação, precisamos mudar crenças muito básicas, como a compreensão de que a limitação não nos favorece e que, ao estudarmos ou observarmos um objeto, um sujeito ou um conceito, os analisaremos sempre em uma dimensão contextual.

Sendo assim, compreender, histórica e culturalmente, como os fenômenos da patologização, da medicalização e da deficiência foram se instituindo é o eixo organizador para a construção deste estudo.

É nesse sentido que apontamos a problematização acerca da simplificação e da necessidade de uma dimensão mais contextual nesses processos de avaliação.

O segundo conceito, o de instabilidade, reconhece que “o mundo está em processo de tornar-se”. (VASCONCELLOS, 2013, p. 101). O conceito de instabilidade foi evidenciado após vir à tona uma revisão sobre o pressuposto de estabilidade do mundo. Essa revisão só foi possível quando cientistas passaram a se deparar com contradições em suas próprias pesquisas, passando a perceber que elementos e sistemas agiam de formas diversas quando estavam em desequilíbrio.

A instabilidade aqui referida não é compreendida como uma falha do sistema ou algo a ser corrigido. Pelo contrário, é reconhecida como uma condição necessária para lidarmos com a imprevisibilidade e com a ideia de que os sistemas não são estáticos e, sobretudo, não são previsíveis. Quando se trata de sistemas vivos, como destacam Maturana e Varela (1995), a condição de “vivente” pressupõe mudança contínua, que se associa à instabilidade. Estado de mudança é condição para a vida.

A partir do exposto, acredito que o conceito de instabilidade nos auxilia a refletir sobre a definição de deficiência como um processo não estático, pois essa perspectiva pressupõe o entendimento de que estamos em um processo de constante transformação e construção. Historicamente, o conceito de deficiência vem sendo redefinido ao longo dos anos por diferentes grupos. Como veremos a seguir, na continuidade da pesquisa, a deficiência passou a ser definida prioritariamente pelo olhar clínico-biomédico e, mais recentemente, pela perspectiva que a compreende como construção social.

Diferentes percepções sobre o conceito de deficiência estabelecem as formas de compreender o sujeito identificado, seja ele uma pessoa com deficiência, com alguma manifestação considerada patológica ou, ainda, com alguma diferença significativa em relação a padrões previamente estabelecidos. Trata-se de um

processo que configura, também, os processos educativos vivenciados por esses sujeitos.

Desse modo, uma das óticas utilizadas nesta pesquisa identifica que o conceito de deficiência e as diferentes formas de compreender essa manifestação geram efeitos também na forma de compreender outras singularidades encontradas no contexto escolar e identificadas como patologias.

Utilizando ainda a ótica da complexidade e fazendo relação com o conceito de estabilidade, o sujeito, quando identificado com algum tipo de deficiência, não deveria ser limitado a essa condição, porque as características apresentadas por ele tendem a ser restritivas e empobrecedoras se interpretadas como estáticas. Considera-se, assim, ao reafirmar esse posicionamento crítico, um sujeito em constante produção de si, tendo em vista que, a partir das perturbações e das relações que ocorrerão em seu contexto, o sujeito e o contexto serão alterados em contínuo processo de transformação.

Como nos aponta Vasconcellos (2013, p. 129), a percepção aqui apresentada “exigirá naturalmente uma revisão de papéis que aprendemos a ter, num mundo pensado como um ‘mundo de relógios’, ou de autômatos, para incluir uma convivência com as ‘imagens das nuvens’, sempre abertas a novas configurações”.

Na “constituição do conhecimento do mundo”, o pressuposto de intersubjetividade envolve as múltiplas visões relacionadas à realidade. O conceito apresentado neste momento se relaciona tanto com os conceitos já apresentados quanto com os que serão abordados a seguir. O pressuposto de intersubjetividade, assim, tem intrínseca relação com estudos que têm questionado os processos de “conhecer”.

Considerando o interesse epistemológico, as perspectivas apresentadas a seguir nos auxiliaram tanto para problematizarmos como se compreende e se institui o conceito de deficiência como para percebermos e nos relacionarmos com os sujeitos assim identificados. Da mesma forma, serve, também, como um exercício para que eu possa refletir, na condição de pesquisadora, a respeito da forma como me relaciono com os fenômenos estudados.

O conceito de “observador”, discutido nos estudos acerca do pensamento sistêmico, foi amplamente abordado por Humberto Maturana e mostra-se de extrema importância para relacionarmos a temática aqui explorada ao conceito de

intersubjetividade e compreendermos a visão científica que esse autor propõe.

A partir das discussões acerca da instabilidade, muitos cientistas começaram a se questionar sobre o relativismo do conhecimento associado às condições de observação dos fenômenos. Ou seja, passou-se a compreender que o observador/cientista/pesquisador não está alheio ao processo observado, pois sua ação necessariamente interfere e, de certa forma, integra os fenômenos por ele analisados.

Nesse sentido, entendemos que não existe uma realidade independente de um observador; o conhecimento científico do mundo é uma construção social. Considerando essa premissa, o observado terá sempre uma intensa relação com o observador, e a “realidade” se constrói a partir da relação estabelecida entre observador e fenômeno observado. (VASCONCELLOS, 2013).

Ao utilizar o aforismo “o mapa não território”, Bateson (1986) estava se referindo à compreensão de que “pode haver diferentes representações por diferentes observadores e o foco em ‘diferentes aspectos do fenômeno’ é o que dá origem a diferentes teorias”. (VASCONCELLOS, 2013, p. 134). Essa distinção reafirma uma distância entre o ato interpretativo e a “coisa” descrita, exigindo que nos ocupemos dessa diferença frequentemente esquecida.

Ao idealizarmos o “mapa” sobre um determinado contexto escolar e seus alunos, podemos demarcar possibilidades, indicar perspectivas, mas, também, delimitar nossa ação pedagógica. Como bem nos sinaliza Canguilhem (2017), existe a compreensão que, para “agir, é preciso ao menos localizar”. Mapear e localizar no campo diagnóstico pode remeter ao sentimento de “tranquilidade”, como nos indica Canguilhem (2017, p. 9): “ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranquilizar-se”.

No entanto, compreendemos que o mapa, aqui compreendido como as formas a partir das quais representamos o outro, a criança, o aluno, será sempre uma síntese reduzida e parcial de nossa percepção de um fenômeno identificado como externo. Se o mapa é uma representação que depende do nosso ser observador e do contexto, ele jamais será uma representação capaz de considerar todas as dimensões implicadas em um contexto.

[...] o que é o território? Operacionalmente, alguém foi passear com sua retina ou com um instrumento de medição e fez representações, as quais foram posteriormente colocadas no papel. O que está no papel do mapa é uma representação da representação registrada na retina do homem que desenhou o mapa; e, à medida que voltamos à pergunta, o que obtemos é um regressão infinita, uma série infinita de mapas. O território nunca termina completamente inserido nos mapas. O território é, e nada pode ser feito com ele. O processo de representação sempre filtrará, excluindo, de maneira que o mundo mental é somente mapas de mapas, *ad inifinitum*. Todo “fenômeno” é literalmente uma “aparência”. (BATESON, 1972, p. 309-310, tradução nossa).

Assim, Bateson (1972) alude à impossibilidade de representar um território em sua complexidade. Desse modo, compreendemos que mapear será sempre uma ação multifacetada de representação a partir das “lentes” utilizadas pelo observador.

Ao relacionarmos o conceito de observador com os fenômenos pesquisados neste estudo, entendemos que, entre o observador (professor/médico/psicólogo) e o observado (aluno/paciente), leituras de uma suposta realidade se configuram e circunscrevem a relação que se constrói a partir de então.

Na condição de professora, entendo ser importante ter clareza de que as observações e análises realizadas a partir das experiências com os alunos são construídas com base em minhas próprias experiências e na ótica que estabeleço como observadora dessa relação.

Segundo Maturana (1998), o que observamos é sempre a partir de nós mesmos, portanto não deveríamos estar alheios à observação, pois o ato de investigar exige que nos reconheçamos como incluídos na realidade observada.

Permeando a relação entre o observador e o observado, temos o que nomeamos de “contexto”. O conceito de contexto, abordado por Bateson (1986), também auxilia na análise que aqui está sendo construída e o considero intrinsecamente associado aos conceitos de deficiência e normalidade.

Como veremos no decorrer da escrita, os conceitos de deficiência e de normalidade foram sendo instituídos por meio de diversas visões ou matrizes explicativas que estão relacionadas com um processo histórico, no qual, nos últimos 200 anos, avançou a chamada racionalidade científica. Segundo Canguilhem (2017, p. 199):

Normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. [...] Tanto a reforma hospitalar, como a reforma pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização. (CANGUILHEN, 2017, p. 199)

Os conceitos de contexto e de relação são evocados por Bateson (1986) quando o autor aborda um dos princípios fundamentais do pensamento sistêmico, ao trazer a concepção de um “padrão que liga”, buscando entender como operam os elos constitutivos dos fenômenos.

A partir de premissas metodológicas anunciadas em sequência, será possível perceber que os conceitos abordados até então constituirão uma tessitura possível para esta pesquisa. Uma análise contextual acerca dos fenômenos estudados se associará também à experiência imbricada no contexto desta pesquisa, que se estabelece a partir das relações que tenho constituído e vivenciado como professora da área de educação especial e como pesquisadora. Ao longo dos últimos anos, tenho acompanhado a crescente presença de alunos encaminhados aos processos de avaliação inicial e diagnóstica, com motivações que envolvem a “não aprendizagem” ou questões de ordem comportamental. Pensar as relações e as fronteiras estabelecidas entre a deficiência e outros critérios diagnósticos e os efeitos dos processos que envolvem a patologização e a medicalização da vida torna-se uma iniciativa fundamental, que decorre da inquietação presente no campo da atuação profissional e se institui como eixo de minha ação como pesquisadora.

1.1 ITINERÁRIO: TECENDO OS CAMINHOS DA PESQUISA

O ato de pesquisar envolve inquietações, perguntas, curiosidades. Caminhar e tecer. Caminhar tecendo itinerários e possibilidades, a fim de responder “os próprios porquês”.

“Isso me lembra uma história”, como diria Gregory Bateson (1986).

Uma estudante do ensino fundamental, que estudava em uma escola que desenvolvia projetos de pesquisa, deveria escolher o tema de sua investigação. Dessa forma, a estudante resolveu perguntar sobre algo que estava emergente em si: o que é autismo? O que significa “esse diagnóstico que me deram”?

A partir da pergunta inicial, a tessitura dos caminhos possíveis, como método, perguntas iniciais e objetivos, foi sendo estabelecida e construída para a pesquisa referida.

Como explanado anteriormente, a partir do conceito de observador e das experiências que acompanham a pesquisadora, esta tese se organizará com o intuito de contar e compor histórias sobre os fenômenos da patologização, da medicalização, da produção diagnóstica e do conceito de deficiência. Em uma perspectiva cartesiana, acredita-se que as descrições científicas podem ser objetivas – isto é, independentes do observador humano e do processo de conhecimento. A perspectiva sistêmica, em contrapartida, pressupõe que a dimensão epistemológica, isto é, a compreensão do processo de conhecimento, precisa ser explicitamente incluída na descrição dos fenômenos, sejam estes humanos ou relativos à natureza. (CAPRA; LUISI, 2014, p. 115).

Partindo da premissa reflexiva de como a escola produz deficiência, o objetivo deste estudo é analisar como o conceito de deficiência constituiu-se nos últimos 70 anos e quais são seus possíveis efeitos em questões que envolvam os processos diagnósticos e de escolarização. No âmbito desta pesquisa, busca-se discutir ainda os efeitos dos processos de patologização e medicalização da vida.

Torna-se importante esclarecer que, ao nos referirmos ao conceito de deficiência, estaremos problematizando uma compreensão contextualizada de deficiência e seus possíveis efeitos na construção de políticas públicas e práticas destinadas a sujeitos que, historicamente, foram alvo de um suposto entendimento de anormalidade. Nesse sentido, reiteramos que, ao discutirmos as narrativas que foram se instituindo quanto ao conceito de deficiência, estaremos problematizando

um constructo social que reverbera na compreensão conceitual de outros grupos diagnósticos ou, ainda, de manifestações tidas como “anormais” no contexto escolar.

Logo, a intenção de pesquisa foi delineada a partir de alguns questionamentos disparadores, como:

- a) Quais são os sentidos associados ao conceito de deficiência?
- b) Quais são os efeitos dos processos de medicalização e patologização na constituição da infância e da vida, considerando os contextos social, educacional e político?

O presente estudo tem como base uma abordagem qualitativa de pesquisa, entendendo que este “é um trabalho artesanal que se realiza fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses e métodos, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular”. (MINAYO, 2010, p. 31).

O trabalho artesanal desta pesquisa será elaborado por meio de um entrelaçamento das três dimensões que envolvem os caminhos metodológicos. Nesse sentido, busca-se realizar:

- a) uma análise referente à constituição do conceito de deficiência e seus possíveis efeitos nos processos de escolarização, em diretrizes brasileiras e em orientações oficiais;
- b) uma revisão analítica da literatura especializada relativa à temática da pesquisa, identificando suas regularidades, tendências e lacunas;
- c) o investimento em histórias, com destaque para episódios oriundos de experiências profissionais da pesquisadora na sua condição de professora da área de educação especial.

A pesquisa qualitativa, segundo Maanen (1979), tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, reduzindo a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

Logo, na tentativa de compreender os fenômenos analisados, os procedimentos que integram nosso plano de ação nesta pesquisa são, prioritariamente, a pesquisa bibliográfica e a análise documental, pois se entende que tais iniciativas auxiliam na construção de um plano analítico que recupere a historicidade e as tensões associadas às compreensões do conceito de deficiência e aos processos de patologização e medicalização da vida.

A pesquisa bibliográfica contribuirá para o assunto principalmente através da análise da literatura especializada. Segundo Andrade (1997), o material pesquisado deve ser analisado com base em leituras que proporcionem uma análise crítica e interpretativa. Desse modo, procurou-se, inicialmente, conhecer as pesquisas realizadas em teses e dissertações brasileiras que abordam o conceito de deficiência e os processos de patologização e medicalização da vida.

Já a pesquisa documental, segundo Fonseca (2002), segue os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, pois:

A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por materiais já elaborados, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas tais como: tabelas, estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

A pesquisa documental amplia o leque de buscas e, conseqüentemente, de análises. Para além do levantamento bibliográfico organizado nesta pesquisa, utilizo-me da análise documental com base na leitura de livros e artigos científicos, assim como de documentos políticos e normativos relacionados à temática.

Além disso, como proposto por Fonseca (2002), revistas, documentos oficiais, filmes e vídeos disponíveis na *web* também contribuem para o debate desta pesquisa, pois, de acordo com Antunes (2014), a análise documental é um processo de complexa garimpagem. Dessa forma, a busca documental auxilia na análise que visa discutir a trajetória que envolve os conceitos analisados nesta pesquisa.

Para além da problematização pretendida a partir da análise bibliográfica e documental, consideramos que, para compor esta tese, que discute os processos de escolarização e identificação diagnóstica, é necessário contar outras histórias, no sentido de investir na relação dessas ideias com o cotidiano, que coloca em evidência fenômenos associados aos nossos questionamentos.

Como nos indica Bateson (1986), todos pensamos em termos de histórias. Portanto, algumas histórias contadas aqui também são oriundas de minhas memórias na condição de professora. Utilizo-me do plural por entender que minhas memórias trazem uma pluralidade própria do observador em relação ao que se observa. Uma memória que não é objetiva e, como diria Mia Couto, “é apenas uma,

em diferentes versões do passado”.

Para além da ideia de história, evocada por Bateson, nos aproximamos da problematização que Walter Benjamin faz acerca da ideia de narrativa. Para esse autor, a narrativa seria diferente da informação geralmente dada pela forma impressa. A narrativa teria um propósito que remete à reflexão e ao inacabável. Desse modo, teria um sentido artesanal de comunicar:

A narrativa, que floresceu durante todo tempo no meio do artesão – no campo, no mar e na cidade, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-lo dele. Assim, se imprime na narrativa a marca do autor como a marca do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1985, p. 205).

As memórias e as histórias que me acompanham como a pesquisadora que conduz este estudo serão apresentadas por meio de narrativas e relatos que, entrelaçados a uma fundamentação teórica, têm a pretensão de compor esta pesquisa. O intuito de utilizar memórias e histórias como opção metodológica baseia-se na tentativa de propor uma problematização dos enredos, das relações e das conexões apresentados.

Para tanto, anunciamos que narrativas e histórias devem acompanhar todo o processo de escrita no decorrer dos capítulos subsequentes. No entanto, essa proposta assumirá centralidade no capítulo que tem como objetivo estabelecer uma conexão entre o levantamento bibliográfico e as histórias que compõem a trajetória profissional desta pesquisadora.

O itinerário que começa a ser tecido investe na potência da rede não linear que caracteriza o ato investigativo e permeia esta pesquisa.

No próximo capítulo, discutiremos os efeitos referentes à medicalização da vida no território infantil, problematizando a concepção de infância em evidência na cultura ocidental. Além disso, discutiremos a compreensão de uma infância e de uma educação normalizada e normalizadora.



Sonia Gomes, "Casulo" (2006), costura, amarrações, tecidos, rendas e fragmentos diversos sobre eucatex, 80x44cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril

"Todos nós lá em casa tomamos alguma medicação para lidar com essa situação, é necessário para dar conta de tudo. Eu sei, eu sei... deveríamos dar continuidade na terapia em família, mas, sabe como é, nosso tempo é muito curto para essas coisas."

3 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA NO TERRITÓRIO INFANTIL

Por isso não se meta a exigir do poeta
 Que determine o conteúdo em sua lata
 Na lata do poeta tudo nada cabe
 Pois ao poeta cabe fazer
 Com que na lata venha a caber o incabível

Deixe a meta do poeta, não discuta
 Deixe a sua meta fora da disputa
 Meta dentro e fora, lata absoluta
 Deixe-a simplesmente metáfora
Gilberto Gil¹⁰

Na “lata do poeta”, que se faz metáfora, cabe o incabível. Cabe aquilo que nem sempre vemos, que nem sempre sentimos, cabe muito. Cabe o que não cabe em um rótulo, que é sempre muito estreito, fechado. Ao diagnosticar uma criança, rótulos se criam e demarcam territórios. Territórios esses que emergem há muito tempo acerca da normatização da vida, patologizando as manifestações de crianças em um determinado tempo-espaço.

Ao considerarmos os fenômenos referentes à patologização e à medicalização da infância, estamos falando de um processo que se constituiu historicamente. A historicidade desses fenômenos está relacionada a muitos fatores e a outras constituições de concepções, como a concepção de infância, escola, família, comunidade etc.

Nos últimos anos, o público infantil tem constituído um grupo – foco da análise diagnóstica e da lógica medicalizante. Geralmente, é no início do percurso escolar que muitas crianças são encaminhadas a uma avaliação diagnóstica. O fato é que a medicalização tem encontrado explicações médicas para singularidades relacionadas ao comportamento e às dificuldades de aprendizagem das crianças, transformando-as em doenças. (SANCHES; AMARANTE, 2014, p. 507).

No intuito de tentar compreender como o fenômeno da medicalização e patologização da vida tem se constituído ao longo dos anos e gerado muitos efeitos em nosso cotidiano, principalmente no que tange ao contexto escolar, iremos

¹⁰ GIL, Gilberto. Metáfora. *In*: GIL, Gilberto. **Um banda um**. Rio de Janeiro, RJ: Warner Music, 1982. Faixa 3. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=h-mpzCNiCHU>

problematizar, neste capítulo, como o conceito de infância foi construído historicamente e como esse conceito se entrelaça a outras concepções, como as de “instituição escola”, medicalização e patologização.

Sabendo que não existe uma única forma de compreender a(s) infância(s), e que essa concepção se modifica conforme as diferentes culturas e regiões geográficas, destaca-se que a escrita a seguir se dedica a discutir minimamente como o conceito de infância foi se constituindo na cultura ocidental capitalista.

Compreendemos que, entre os fios que tecem a noção de infância, no contexto analisado nesta pesquisa é possível encontrarmos alguns ecos e relações que contribuem para o processo de surgimento dos fenômenos da patologização e normatização da vida.

Dessa forma, entende-se a importância de problematizar como se deu inicialmente o conceito modelo de infância em evidência na cultura ocidental. Ao fazermos essa retomada, perceberemos como foram se delineando as formas de atenção a essa etapa da vida.

3.1 DA INFÂNCIA INVENTADA À INFÂNCIA DESEJADA

O conceito de infância e as formas de atenção dada a essa etapa da vida nem sempre foram concebidas da maneira em que se apresentam na atualidade.

Durante certo tempo, na sociedade medieval, a infância não era compreendida como uma fase caracterizada por singularidades que necessitavam de atenção e cuidado diferentes daqueles destinados à fase adulta. Franco Cambi (1999) destaca que, naquela época, as crianças não possuíam um papel social determinado. A primeira etapa da vida de uma pessoa era compreendida como uma fase de transição para a vida adulta e, em muitos contextos, a criança era vista como um “miniadulto”.

Na Idade Média, grande parte das crianças eram destinadas a colaborar com o sustento da família. Meirelles (2011, p. 26) aponta que “as crianças consideradas do povo, os filhos dos camponeses, aqueles que não advinham de famílias burguesas ou nobres conservaram o antigo modo de vida, que não separava as crianças dos adultos, nem por meio de traje, nem do trabalho, nem dos jogos e brincadeiras”.

Porém, um grupo muito restrito de crianças, filhos de famílias mais favorecidas economicamente, passaram a ser enviadas às instituições educativas no intuito de receber instrução e aprender a ter disciplina. Compreendia-se que as crianças não dominavam os instintos do corpo e, por essa razão, era necessário discipliná-las.

A escola e o colégio que, na Idade Média, eram reservados a um pequeno número de clérigos e misturavam as diferentes idades dentro de um espírito de liberdade de costumes, se tornaram no início dos tempos modernos um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-las, graças a uma disciplina mais autoritária, e, desse modo, separá-las da sociedade e dos adultos. (ARIÈS, 1981, p. 165).

A escola, durante muito tempo, foi uma realidade conhecida por um grupo seleto de crianças e jovens. Por essa razão, grande parte dos estudos sobre a concepção de família, de infância e da própria organização escolar retratam práticas desenvolvidas a partir de uma realidade muito restrita.

A educação destinada a esse seleto grupo de crianças era organizada em grande parte pelas igrejas católicas. As demais crianças, que não possuíam condições econômicas de ocupar esses espaços, tinham sua educação associada ao trabalho. Segundo Cambi (1999, p. 166), “era o aprendizado na oficina ou nos campos que, desde a idade infantil, dava uma formação técnico-profissional e ético-civil aos filhos do povo”.

Com o advento da Modernidade¹¹, a criança torna-se foco de atenção, sobretudo no período entre os séculos XVI e XVII, concomitante à Revolução Industrial. Segundo Kramer (1987, p. 18), o sentimento de família se modifica nesse período, havendo um interesse maior na educação dos filhos, pois há uma melhor compreensão da necessidade do cuidado e do estabelecimento de afetos nessa faixa etária, e a criança passa, então, a ser vista como uma possibilidade de continuidade da família.

¹¹ O termo Modernidade, utilizado no texto, sinaliza a época moderna, que compreende o período que se estende do século XV ao século XVIII. O projeto moderno consolida-se com a Revolução Industrial e é normalmente relacionado com o desenvolvimento do capitalismo.

No período moderno, a escola ganha um lugar cada vez mais central no desenvolvimento da sociedade, e sobre sua constituição recaem algumas transformações estruturais que modificam sua organização pedagógica. “É neste momento que nasce a pedagogia como ciência, como um saber que controla de forma racional as complexas variáveis que ativam o processo da formação humana.” (MEIRELLES, 2011, p. 28).

Dessa forma, nesse período, atreladas à constituição da infância, a escola e a família passam a ser compreendidas como as principais instituições educativas. Segundo Cambi (1999):

[...] a família e a escola, se tornam cada vez mais centrais na experiência formativa dos indivíduos e na própria reprodução (cultural, ideológica e profissional) da sociedade. A ambas é delegado um papel cada vez mais definido e mais incisivo, de tal modo que elas se carregam cada vez mais de uma identidade educativa, de uma função não só ligada ao cuidado e ao crescimento do pessoal e social ao mesmo tempo. As duas instituições chegam a cobrir todo o arco da infância-adolescência, como “locais” destinados à formação das jovens gerações, segundo um modelo socialmente aprovado e definido. (CAMBI, 1999, p. 204)

No que tange ao pensamento pedagógico, na passagem da Idade Média para a Modernidade, como já salientado anteriormente, um dos objetivos era o de “controlar” e proporcionar disciplina às crianças. Assim, com mais investimento, passa-se a separar as crianças da sociedade para melhor orientá-las. Nesse contexto, potencializam-se os colégios internos, e a escola passa a ser vista como um meio de educação no sentido de aquisição de bons costumes, e não de produção de conhecimentos. Contudo, o acesso às escolas e aos colégios internos ainda era destinado a um grupo restrito de crianças.

Em contrariedade às propostas pedagógicas que aconteciam nos internatos, no final do século XIX e início do século XX, surgiram, em várias regiões da Europa, novas propostas pedagógicas para a educação de crianças. Destacam-se alguns pensadores, como Rousseau, Pestalozzi, Froebel e Maria Montessori. Em comum, esses estudiosos preocupavam-se em reconhecer que as crianças possuíam especificidades, vontades e necessidades diferenciadas dos adultos.

As ideias desses estudiosos chegaram mais tarde ao Brasil juntamente com o movimento da *escola nova*. As contribuições que mais se solidificaram no contexto brasileiro foram a de Pestalozzi e de Montessori, teorias que orientam, até hoje,

muitas de nossas escolas.

Segundo Frabboni (1998), a partir da segunda metade do século XX, os conceitos elaborados por esses estudiosos europeus reforçaram o direito ao conhecimento e à criatividade da infância.

Associada a essas ideias, por volta de 1970, a educação brasileira ganhou outros contornos, juntamente ao desenvolvimento industrial e operário, aliado à força da mão de obra feminina e à assistência aos filhos dos operários e, principalmente, das operárias, o que fez com que a democratização à educação fosse impulsionada. (RIZZO, 2000).

Essa necessidade, aliada à compreensão de que a criança é um “sujeito de socialização, de conhecimento e de criatividade” (FRABBONI, 1998, p. 68), passou a impulsionar as políticas públicas brasileiras, promovendo avanços para a democratização da educação e para o reconhecimento dos direitos das crianças. Entre as legislações criadas nesse período, podemos citar a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Dessa forma, podemos perceber o quanto a compreensão da infância – aqui circunscrita a um determinado grupo social que apresentava melhores condições socioeconômicas – esteve relacionada à concepção de escola e ao acesso à educação. Na atualidade, as discussões sobre a infância acompanham e orientam as direções para o trabalho pedagógico. O ensino, as metodologias, as formas de se avaliar, a seleção do conteúdo, entre outros aspectos, também foram e são pensados conforme o entendimento que temos sobre a concepção de infância em nosso contexto.

Nesta escrita, a partir das lentes que utilizamos, percebemos que as concepções de infância acompanharam as propostas de escolarização. Por isso, passou a ser necessário dialogar sobre a relação infância-escola.

Ao longo dos anos, as percepções do ser criança foram mudando, passando a compreender a primeira etapa da vida como infância, etapa esta que não apenas antecede a fase adulta, mas que é própria de singularidades e características. As formas de conceber a atenção dada à infância foram delineando os modelos de escolarização, o que fez crescerem “os debates e as ações direcionadas no sentido da normatização daquela infância que não se adequava aos padrões da infância desejada”. (SCHMIDT, 1997, p. 74).

Os modos de se conjecturar a “infância desejada” tiveram suas prioridades alteradas ao longo do tempo, mas as concepções de normalidade sempre acompanharam a sociedade. As crianças passaram a estar maior parte do seu tempo no contexto escolar. Logo, esse território torna-se um campo muitas vezes constituinte dos padrões da normalidade na infância e das outras faixas etárias.

Por fim, para falar sobre a medicalização da vida no território infantil, tema do próximo item deste texto, é necessário compreender como as concepções de atenção à infância foram se constituindo ao longo dos últimos anos.

Ao falarmos sobre patologização, medicalização e produção diagnóstica neste trabalho, é possível que sejam problematizadas muitas etapas da vida, porém, como o foco da pesquisa é problematizar a produção de deficiência no contexto escolar, entendemos ser essencial discutir com mais profundidade a normatização que acompanha a infância, normatização essa que encontra ecos nas questões comportamentais e de aprendizagem dos alunos, como veremos a seguir.

3.2 A ESCOLA E A INFÂNCIA “NORMALIZADA”

A educação como direito de todos no contexto brasileiro nem sempre foi um assunto em pauta. Como vimos anteriormente, durante muitos anos a escolarização era destinada a um grupo muito restrito de crianças, geralmente aquelas que advinham de uma família com melhores condições socioeconômicas.

Sabemos, ainda, que, mesmo nos dias atuais, com o direito à educação consolidado em legislações e na Constituição Federal de 1988, o acesso à educação não é uma realidade para todas as crianças brasileiras.

No entanto, para as crianças que passam ou que passaram pelo contexto escolar em determinado momento da vida, é possível que tenham vivenciado algumas experiências que são recorrentes nesse ambiente. Mesmo com as diferenças específicas de cada contexto em que a escola está inserida, é possível identificarmos muitas práticas, orientações e normativas que se reproduzem nos diversos espaços educativos.

Ao falar sobre práticas escolares, destacamos um tipo de iniciativa que pode ser observada na totalidade dos contextos escolares: a prática avaliativa, a qual é geralmente reconhecida como uma dinâmica muito necessária no campo pedagógico. Avalia-se para saber os conhecimentos que a turma possui. Avalia-se

para identificar o que o aluno conseguiu compreender sobre determinados conteúdos ou por que o aluno “não aprende”. Avalia-se para encaminhar alunos a uma investigação diagnóstica. Avalia-se para verificar se o aluno atinge as expectativas apresentadas e se ele se “enquadra” no que se entende por “normalidade” no contexto escolar.

No que diz respeito a essas práticas, nem sempre nos perguntamos sobre o que, de fato, avaliamos e se os procedimentos utilizados têm condições de expressar resultados condizentes com nossas interrogações.

Avaliamos as crianças em relação aos processos de escolarização e, a qualquer “sinal” que possa ser relacionado a uma hipótese diagnóstica, o aluno é encaminhado para uma avaliação diagnóstica.

Nesse sentido, nos questionamos: quais são as fronteiras estabelecidas entre a normalidade e o patológico no território infantil?

Sabemos que o contexto escolar e os critérios estabelecidos pela compreensão hegemônica do aprender, em muitos casos, podem ser determinantes para a produção de diagnósticos nessa faixa etária.

Como nos aponta Rocha e Cavalcanti (2014), diagnosticar, nos dias de hoje, tornou-se uma tarefa “fácil”. Com a ampliação dos meios de comunicação, incluindo a Internet, a informação está disponível ao acesso de muitos. A busca por hipóteses diagnósticas relacionadas a nossos sintomas ficou acessível ao passo de uma rápida busca na *web*.

Coincidentemente, nos últimos anos, aumentou a procura por espaços clínicos por famílias com crianças identificadas em seu contexto social e/ou educativo como atravessadas por questões comportamentais e de dificuldade na aprendizagem. Em muitos casos, a família já chega ao espaço clínico apontando a hipótese diagnóstica.

Além disso, os mecanismos que se debruçam sobre as formas de classificação diagnóstica vêm passando por reformulações. Ao considerarmos a APA e as discussões apresentadas na elaboração do DSM-5, podemos acompanhar, além de uma ampliação diagnóstica, uma continuidade exacerbada de uma lógica padronizadora e simplificadora das manifestações humanas.

Como nos ressalta Oliveira (2017), os conhecidos dispositivos de investigação destinados à avaliação diagnóstica, em sua maioria, se constituem em propostas padronizadas e esquemáticas de análise de comportamentos. Tais escalas

avaliativas tendem a ser simplificadas para facilitar a sua aplicação e estão em sintonia com princípios que não consideram a importância da reciprocidade entre sujeito observado e sujeito observador.

No contexto nacional, temos acompanhado a proliferação dos diagnósticos de TDAH, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno bipolar, transtorno do espectro autista (TEA), entre outros. A ampliação diagnóstica está relacionada a muitos fatores, porém, entre eles, podemos reforçar a influência do DSM, que, em sua quarta versão, publicada em 1994, propiciou um demasiado aumento dos diagnósticos de TDAH. Após o lançamento do DSM-5, o contingente numérico dos diagnósticos de autismo também se ampliou.

Frances (2014), em sua crítica ao DSM-5, analisa esse aumento diagnóstico com destaque para o TDAH, para o TEA e para o transtorno bipolar na infância.

Rocha e Cavalcanti (2014) relatam, ainda, que poderiam argumentar que o aumento de diagnósticos seria resultado de “diagnósticos improcedentes” ou mal realizados. Porém, compreendem que:

[...] o fenômeno parece ser efeito previsível de uma lógica, presente numa concepção e práticas diagnósticas, que, visando à objetividade e à confiabilidade científica, reduziu o diagnóstico a uma simples conferência à classificação de sinais, desconsiderando as experiências subjetivas que engendram o sintoma psíquico. (ROCHA; CAVALCANTI, 2014, p. 233).

De acordo com essa lógica, os sintomas não têm sido tomados como sinais ou pistas a serem investigadas, mas sim como componentes de quadros patológicos. Dessa forma, corremos o risco de simplificação. Por exemplo: um aluno que possui dificuldades em lógica e matemática, bem como dificuldades associadas à atenção, poderá facilmente ser avaliado como possível aluno com TDAH ou discalculia. Dessa forma, estaríamos negando a complexidade que constitui o desenvolvimento humano e suas manifestações de interação social.

Em nome de uma suposta objetividade, deixamos de nos perguntar sobre as possíveis motivações vinculadas ao contexto e passamos a analisar os sintomas isolados de uma criança. Desconsideramos a todo instante seu enredo, sua história e as possíveis causas de uma dificuldade de aprendizagem.

Teorias psiquiátricas e categorias diagnósticas não apenas descrevem os sintomas dos pacientes, mas também os moldam ao criarem roteiros de identificação

e designação das experiências de sofrimento, indicando modos de responder, técnica e socialmente, a elas. O encontro com o diagnóstico modifica sensivelmente a maneira como o sujeito pensa a si próprio, a maneira como interpreta as próprias emoções e o modo de se conduzir na relação com os outros. (BEZERRA JUNIOR, 2011, p. 12)

Relacionado a essa discussão, Bridi e Baptista (2012) apontam que, atualmente:

Os sistemas classificatórios caracterizam-se pela tentativa de objetividade, previsibilidade e controlabilidade das manifestações do comportamento humano; referem o pensamento humano num determinado período histórico; representam um paradigma. No campo escolar, a descrição do paradigma comportamental de cada categoria produz uma imagem sobre quem são esses alunos. Em geral, temos a reafirmação de uma representação homogênea, a qual muitas vezes impede percepções sobre as especificidades de cada um e a construção de experiências singulares. (BRIDI E BAPTISTA, 2012, p. 8)

Reconhecemos a existência de um predomínio dos processos diagnósticos com base na análise comportamental e o avanço de explicações etiológicas para as dificuldades de aprendizagem que se associariam a critérios biológicos. Em ambos os casos – biologia ou comportamento –, o fenômeno é interpretado como intrínseco e concernente ao sujeito em questão.

Paralelamente, é importante destacarmos que, no âmbito dos estudos em educação especial, o conceito de deficiência passou a ser compreendido nos últimos anos como uma construção histórico-social, distanciando-se de uma concepção reducionista e intrínseca ao sujeito. Essa premissa teve como forte influência as discussões e diretrizes apresentadas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2006. No contexto brasileiro, Diniz (2007) tem sido uma estudiosa que analisa a emergência do chamado “modelo social de deficiência”; no entanto, observa-se um discreto avanço no sentido de que esse modelo seja assumido como diretriz para as investigações e para as práticas.

Como nos salientam Moysés e Collares (2008, p. 3), “o que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria (...) Tudo é transformado em doença, em problema biológico e individual”. A normatização da vida e, neste caso, da infância tem solo fértil no território educacional. Em muitas

situações, nesse contexto, o ato de aprender passa a compor um campo normatizador, tornando-se fronteira entre a aprendizagem considerada adequada e o que se entende por não aprendizagem. “Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e sociais em questões biológicas e patológicas.” (MOYSÉS; COLLARES, 2008, p. 11).

A ampliação dos critérios diagnósticos, principalmente a partir do DSM-5, tem sido associada a fenômenos sustentados por interesses muito diversificados, incluindo aqueles de natureza corporativa e econômica. O aumento numérico de pessoas identificadas como “doentes” tem como consequência o desenvolvimento de uma rede de serviços, de espaços de formação, de sistemas de tratamento e de uso de dispositivos, que podem ser químicos ou de acompanhamento técnico. Cresce, assim, a procura por clínicas especializadas na busca por avaliação diagnóstica, acompanhamento, orientação para os familiares, entre outros serviços.

Contudo, muitos são os riscos desse fenômeno. A imprecisão diagnóstica e o erro de um diagnóstico dado sem necessidade e/ou de forma equivocada servem como exemplos. Nesse sentido, Allen Frances (2016) nos alerta:

Rótulos e diagnósticos não podem ser aplicados com precisão cirúrgica para distinguir com exatidão quem de fato necessita de diagnóstico e quem não necessita. Nos extremos da doença grave e da saúde completa, a distinção é realmente óbvia. Porém, a fronteira entre o transtorno mental e a normalidade é tão difusa que, sempre que expandimos rapidamente o uso de rótulos psiquiátricos para identificar uns poucos indivíduos que precisam de ajuda, nos enganamos com muitos outros que não precisam. (FRANCES, 2016, p. 107)

É fato que cada vez mais ampliamos e inflam os processos de patologização da vida. No contexto social e educacional, acompanhamos um aumento demasiado da produção diagnóstica em todas as faixas etárias, mas, principalmente, no contexto infantil.

Ao diagnosticarmos, transformamos em patologia as ações e os comportamentos de alunos identificados como tendo dificuldades de aprendizagem e ampliamos ainda mais as fronteiras estabelecidas no contexto escolar.

A proposta da presente pesquisa é uma problematização desses engendramentos que compõem os fenômenos que associam infância, escolarização e patologização. Reiteramos a compreensão dos riscos existentes em uma lógica

medicalizante da infância e reafirmamos a necessidade de entendimento dos processos de avaliação inicial/diagnóstico como um processo que deveria estar diretamente vinculado à oferta de apoios especializados. Identificar, assim, significa explorar as potencialidades e até mesmo eventuais dificuldades, de forma a inseri-las em um planejamento que possa dar sustentação a percursos educacionais ou terapêuticos. Essa compreensão tem favorecido investimentos na escola como espaço plural de aprendizagem.

Ao discutirmos sobre a medicalização na infância, a produção e a inflação diagnóstica, nos propusemos a problematizar os caminhos que temos tomado na constituição do ser criança e ser aluno. A normatização cria um cenário complexo de produção diagnóstica. Sabemos que esse fenômeno complexo é formado por muitas frentes, principalmente pelo ideal de normalidade que foi sendo estabelecido ao longo dos anos pela nossa sociedade. Contudo, construindo barreiras entre o patológico e a normalidade, ampliamos ainda mais a “malha diagnóstica”.

De certa forma, nossa proposta considera outro direcionamento na maneira de olhar para esses processos. Acreditamos na importância de valorizar uma concepção que nos permita analisar o processo de escolarização como um todo, e não apenas em questões fragmentadas, que tomam os fenômenos escolares como manifestações individuais e que associam problemas de comportamento a dificuldades de aprendizagem. Como nos aponta Souza (2008, p. 6), é necessário “deslocar o eixo da análise do indivíduo para a escola e o conjunto de relações institucionais, históricas, psicológicas, pedagógicas e políticas que se fazem presentes e constituem o dia a dia escolar”.

Sabemos que esse deslocamento não é simples, porém é necessário. Ao deslocarmos nosso olhar para o contexto social e educacional, assumimos uma visão de maior amplitude frente a nossos alunos. Favorecer as fronteiras estabelecidas no processo de identificação não nos favorece. Ampliamos, então, a visão estabelecida no contexto escolar no que tange aos processos de aprendizagem e não aprendizagem.

Porém sabemos que as fronteiras estabelecidas no contexto educacional fazem parte de um ideal de normalidade que foi sendo moldado ao longo dos anos. Desse modo, o capítulo a seguir tem como objetivo discutir a constituição dos conceitos de normalidade, loucura e deficiência a partir da instituição da pedagogia científica, das ideias higienistas e da instituição dos serviços de atenção em saúde

mental e em educação especial. Ainda, pretende abordar a concepção de deficiência e as políticas de inclusão educacional no contexto brasileiro.



“Agora meu mundo tem letras”, disse um aluno, no 3º ano do ensino fundamental, ao construir, com apoio, a escrita de uma história em quadrinhos. Essa construção coletiva partiu do acreditar na potência, no possível, e na construção do empoderamento da relação que esse menino pode elaborar com o seu meio, sua família e sua escola.

Sonia Gomes, sem título (2004-2021), costura, encadernação, diferentes tecidos e atacadores, 180x100x80cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.

4 EDUCAÇÃO ESPECIAL, SAÚDE MENTAL E A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Historicamente, acompanhamos a necessidade de classificar aqueles que não se enquadram nos padrões estabelecidos que evocam uma dimensão de normalidade. Desde as sociedades mais primitivas até as mais atuais, é possível encontrarmos relatos sobre as tipologias de “atenção” dadas às pessoas consideradas desviantes em relação ao ideal de normalidade predominante a cada época.

Em uma das mais célebres obras da literatura brasileira, Machado de Assis, em *O alienista*, por meio do seu personagem Simon Bacamarte, problematizou a existência de uma fronteira estabelecida entre a normalidade e a anormalidade. Em um trecho da obra, em um diálogo com Crispim Soares (o boticário), Bacamarte nos relata o seguinte:

Suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia, e só insânia. (ASSIS, 2008).

A partir da citação de *O alienista*, podemos refletir sobre alguns princípios. Além da problematização clara sobre as fronteiras diagnósticas, o autor apresenta os critérios diagnósticos utilizados na época: a racionalidade e a loucura.

Iniciamos esta escrita falando sobre esses dois marcadores iniciais das fronteiras estabelecidas entre o normal e o patológico. Com o surgimento da psiquiatria, no século XIX, amplia-se também uma dimensão de suposto cuidado dirigido às instituições que afastavam aqueles desprovidos de razão do convívio social. Uma nova roupagem para o cárcere e para o abandono. As propostas de formação e as pesquisas relacionadas à área mantiveram-se pautadas na clara cisão entre a loucura e a saúde mental, desconsiderando o nexos constitutivo de um contínuo fio articulador que se associa às condições sociais de produção desses fenômenos. As proposições de ruptura com essa lógica ainda não fazem parte de um ciclo estrutural da formação de profissionais. Como afirma Paulo Amarante, em uma entrevista em que discute a psiquiatria no Brasil, o pensamento do estudioso Franco Basaglia evoca uma necessidade de atenção que está distante de nosso

cotidiano. (LAPS - MEMÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, 2015). Apesar de termos acompanhado alguns avanços relativos à compreensão do conceito de deficiência, assim como ocorre com a saúde mental, ainda é possível identificar o predomínio da lógica que tende a valorizar a dimensão individual e intrínseca ao sujeito nos critérios diagnósticos, assim como a atribuição de supostas desvantagens àqueles que são alvo da ação classificadora.

O predomínio de uma concepção biologizante da deficiência e dos referidos transtornos¹² foi sendo identificado por meio de estudos que emergiram no campo da psiquiatria entre as décadas de 1970 e 1980. A exemplo dessa configuração, como já exposto em momento anterior, o desenvolvimento do DSM-III abandona a concepção psicanalítica e a narrativa psicodinâmica dos diagnósticos, até então utilizadas, para dar ênfase à definição diagnóstica como sinal de uma suposta disfunção.

Até então, na organização dos DSM-I e II, de maneira geral:

[...] as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais para [as] quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada. Os sintomas manifestados eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizam a vida subjetiva do indivíduo, impondo-lhe padrões estereotipados de conduta e experiências de dor psíquica. [...] Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas. (BEZERRA JUNIOR; COSTA, 2014, p. 19).

A proposta apresentada no DSM-III centralizava e relacionava os transtornos mentais à função cerebral, diferentemente dos dois primeiros manuais diagnósticos, que apresentavam uma visão que valorizava a dimensão psicossocial. (ZORZANELLI; BEZERRA JUNIOR; COSTA, 2014). Essa mudança refletia os efeitos instituídos pela farmacologia daquela época, em função da qual os psicofármacos foram introduzidos a fim de amenizar a condição clínica e seus sintomas.

¹² Termo utilizado por manuais classificatórios, como o DSM.

Segundo Bezerra Junior e Costa (2014, p 24), “tornou-se trivial, no imaginário social, a ideia de que a mente é aquilo que o cérebro faz”. A compreensão apresentada no cenário que envolvia a criação do DSM-III acabou por reforçar uma percepção de condição intrínseca ao sujeito quando se trata de deficiência e de transtornos psíquicos.

Concomitantemente ao contexto evidenciador das lógicas apresentadas no manual diagnóstico citado, é possível identificar, no cenário mundial, outros movimentos que questionavam a valorização do modelo clínico e biologizante dos transtornos mentais e da deficiência. Críticos ao modelo asilar, surgiram, nos anos 1960, alguns movimentos, como a reforma psiquiátrica italiana, com Franco Basaglia, e a antipsiquiatria inglesa, com Laing e Cooper, que defendiam a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e a desvalorização de espaços segregados.

Algumas décadas depois, ainda é possível identificar ações que tentam romper com a lógica biologizante e patologizante apresentada nos manuais classificatórios, de modo específico, o DSM. Tais iniciativas podem ser percebidas como um indício de que as alterações no plano das intervenções têm dimensões mais circunscritas. Uma das principais ações que tenta preconizar a valorização de um conceito mais ampliado de deficiência foi apresentada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, em 2006.

Dessa forma, percebe-se que, muito recentemente, o conceito de deficiência, que durante anos foi considerado apenas como uma manifestação de origem biológica, passou a ser entendido também como uma construção histórico-social, por meio de iniciativas como a estabelecida pela ONU.

No entanto, podemos afirmar que persiste uma intensa complexidade na conceitualização da deficiência e dos transtornos mentais. Se atualmente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência propõe uma compreensão mais social e relacional dessas especificidades, por outro lado, tais esforços coexistem com proposições que têm grande força indutora, como as iniciativas no campo da psiquiatria e da neurologia, que se expressam nos manuais diagnósticos, permeados por uma concepção médico-clínica que reforça uma lógica tendencialmente patologizante. Essa coexistência intensifica nossa dificuldade analítica diante de fenômenos muito complexos.

Podemos inferir que, processualmente, as formas de entender a deficiência são influenciadas por um tipo de racionalidade que procuramos apresentar. Tais influências atingem, ainda, os elementos orientadores relacionados à área da educação, suas práticas e concepções. Utilizamos o conceito de “tecer” por entendermos que este exerce muito bem a função de explicar como temos apreendido o cenário complexo que envolve a temática desta pesquisa.

Torna-se importante ressaltar que nossa problematização parte de uma compreensão mais ampliada de deficiência e de seus possíveis efeitos na construção de políticas públicas e práticas destinadas a sujeitos que, historicamente, foram alvos de uma suposta manifestação de anormalidade. Nesse sentido, reiteramos que, ao discutirmos as narrativas que foram se instituindo quanto ao conceito de deficiência, buscamos problematizar um constructo social que reverbera no entendimento conceitual de outros grupos diagnósticos.

O presente capítulo se organiza em dois momentos subsequentes: o primeiro tem como objetivo tratar da constituição dos conceitos de normalidade, loucura e deficiência a partir da instituição da pedagogia científica, das ideias higienistas e da instituição dos serviços de atenção em saúde mental e em educação especial. O segundo momento pretende abordar a concepção de deficiência e a criação de políticas de inclusão educacional no contexto brasileiro.

4.1 PEDAGOGIA CIENTÍFICA, IDEIAS HIGIENISTAS E A INSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO ESPECIAL

Quando o superintendente do serviço de psiquiatria da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica, Ronaldo Simões Coelho, pisou no terreno do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, localizado no município de Oliveira, no oeste do estado, em 1971, avistou um menino “crucificado”. Apesar do sol inclemente, o garoto, que aparentava idade inferior a dez anos, estava deitado no chão, com os braços abertos e amarrados e o rosto queimado pela exposição ao calor de quase trinta graus. Voltou-se para a freira responsável pelo setor, esperando alguma explicação.

— Por que esse menino está amarrado nesse solão?

— Se soltar, ele arranca os olhos das outras crianças. Tem mania – respondeu a mulher, com naturalidade.

— E quantos olhos já arrancou?

— Nenhum – disse a religiosa.

Daniela Arbex¹³

¹³ ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro, RJ: Intrínseca, 2019.

Historicamente, as ideias acerca da anormalidade, da deficiência e da loucura influenciaram as ações do Estado em relação aos direitos e às variadas formas de se conceber a atenção oferecida às pessoas identificadas com alguma deficiência.

Sabe-se que, antes das primeiras instituições criadas para atender essas pessoas no contexto nacional, tivemos um período de pouca assistência, de negligência e de afastamento das pessoas que se distanciavam das condições consideradas “normais” naquela época.

No Brasil colonial, o atendimento às pessoas com deficiência demorou a ser um assunto de pauta, visto que por muitos anos a escolarização era destinada apenas a crianças pertencentes à elite da sociedade brasileira. Assim sendo, dificilmente encontraríamos espaços para a escolarização de alunos com alguma deficiência em um país onde os mais pobres não conseguiam ter acesso à escolarização. Esses sujeitos, pertencentes a classes populares, eram encaminhados a curandeiros quando eram alvo de algum tipo de cuidado.

Da mesma forma, a loucura era um assunto destinado ao discurso religioso, e as medidas adotadas no início do século XIX, no Brasil, restringiam-se à retirada dos considerados “anormais” do contexto social, isolando-os em celas e porões de hospitais, como as Santas Casas de Misericórdia, e em algumas prisões públicas. (FIGUEIREDO, 1996).

O primeiro manicômio brasileiro foi inaugurado em 1841, no Rio de Janeiro, nomeado como Hospício D. Pedro II, e, inicialmente, o discurso religioso era predominante no gerenciamento desse espaço. Somente anos mais tarde é que a loucura passa a ser um objeto do discurso científico como ação e estudo, impulsionado sobretudo pelo discurso de vertente manicomial.

A partir da mesma lógica que se apresentava no período colonial, em 1854, sob influência de algumas experiências ocorridas em Paris, foi criado, no Rio de Janeiro, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e, em 1857, também na mesma cidade, foi criado o Instituto dos Surdos Mudos, hoje nomeados, respectivamente, como Instituto Benjamin Constant e Instituto Nacional da Educação dos Surdos (INES). (BUENO, 1993).

Nesse período, pode-se encontrar, como nos relata Jannuzzi (1985), uma instituição que se preocupava com o atendimento para os deficientes mentais junto ao Hospital Juliano Moreira (1874), em Salvador/BA.

Dessa forma, a área da educação especial foi surgindo em nosso país com o intuito de conceber atenção a determinados grupos de pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência. A partir dessas primeiras instituições criadas no Brasil e das demais instituições organizadas no decorrer dos anos seguintes para atender aos sujeitos com alguma deficiência, podemos evidenciar a existência de duas vertentes organizativas: a médica, como teoria prevalente no século XVIII até meados do século XIX, e a médico-pedagógica, que, posteriormente, no início do século XIX, vai ganhar maior ênfase. (JANNUZZI, 1985).

Em relação à perspectiva médico-pedagógica, Maria Montessori (1897) compreendia que é com base nos processos educativos, ou seja, por meio da pedagogia, que devemos criar mecanismos para atender aos sujeitos com deficiência.

O trabalho de Montessori auxiliou, no século XX, a repensar as práticas pedagógicas desenvolvidas no contexto brasileiro. Seu trabalho era relacionado à utilização de objetos concretos, e seu principal objetivo era criar mecanismos para auxiliar na leitura e na escrita, com especial atenção à pluralidade de ritmos presentes em um mesmo grupo.

Os estudos montessorianos e a perspectiva assumida pela pesquisadora tiveram forte influência dos estudos de Ugo Pizzoli (1863-1934), pesquisador italiano, formado em medicina pela Universidade de Bolonha, na Itália. Pizzoli dedicou parte de sua vida aos estudos relacionados à medicina e à educação, difundindo a psicologia experimental e a pedagogia científica.

Segundo Monarcha (2011) e Centofanti e Tomasini (2014), Ugo Pizzoli apresentava uma vertente intelectual voltada à “ciência da educação”, defendendo a intersecção das ciências naturais, como biologia, fisiologia, anatomia, psicopatologia e higiene, com as ciências designadas morais: antropologia, psicologia, história, sociologia, jurisprudência, estética e pedagogia.

Pizzoli e outros estudiosos, como Giuseppe Sergi e Oscar Thompson, compreendiam que o conhecimento dessas diferentes áreas do saber, em especial a psicologia, deveria contribuir para um conhecimento do educando a partir de um “rigor científico”, como compreendido na época. Pizzoli (1914 *apud* CENTOFANTI; TOMASINI, 2014, p. 74) indica, ainda, que, sem conhecer o “mecanismo mental da criança, nada poderia ser feito pedagogicamente” e, em relação ao conhecimento da psicologia, o pesquisador afirma:

Poucos professores se dedicam a essa especialidade em nossa terra. Apontam-se a dedo. Em todo caso, faz-se o que se pode. Por minha parte, desde os bancos universitários, fui um devoto dessa disciplina. Tempo houve em que, para mim, toda a pedagogia não passava de um capítulo de psicologia experimental. Era um exagero, evidentemente. Todavia, entendo que, sem a psicologia experimental, sem o conhecimento do mecanismo mental da criança, nada se poderá fazer em matéria de pedagogia. (PIZZOLI, 1914 *apud* CENTOFANTI; TOMASINI, 2014, p. 80).

A partir dessa compreensão e de seus estudos, em 1899, Pizzoli inaugurou um Laboratório de Pedagogia Científica em Crevalcore, na Itália. Como nos apontam os estudos de Centofanti (2006), o laboratório tinha por finalidade a formação de professores para a realização de exames e a avaliação de seus alunos e, de certa forma, esperava-se que eles promovessem alguma renovação no ensino, aprendendo de forma experimental a avaliá-los para, assim, poder repensar suas práticas pedagógicas. A expectativa era que o professor “cientista” fosse uma espécie de psicólogo, antropólogo, fisiólogo e higienista. Os cursos de pedagogia científica por ele organizados se tornaram uma referência para os educadores italianos.

A Pedagogia Científica tornou-se uma epidemia. Os educadores haviam sido convencidos de que o bom exercício de seu ofício dependia, agora, da aquisição e do emprego de conhecimentos das áreas chamadas científicas. Na prática, representou o ingresso de médicos, psicólogos, antropólogos, fisiólogos e tantos outros profissionais na seara da educação. (CENTOFANTI, 2006, p. 35).

Em 1914, Ugo Pizzoli ajudou a fundar o Laboratório de Pedagogia Científica na Escola Normal Secundária de São Paulo¹⁴. Nesse laboratório, foram desenvolvidos estudos e pesquisas referentes à avaliação e ao desenvolvimento de instrumentos de interesse pedagógico, que objetivavam medir os fenômenos de natureza fisiológica e psicológica. No âmbito dos diversos cursos que Pizzoli

¹⁴ Segundo Centofanti (2006), o Laboratório de Pedagogia Científica apresentava poucos instrumentos de interesse pedagógico, mas, em sua maioria, esses instrumentos eram pensados para medir fenômenos de natureza fisiológica, psicológica e antropológica. Por esse motivo, algumas pesquisas o nomeiam como Laboratório de Psicologia Experimental. Além disso, Warde (2004) indica que o referido laboratório era composto pelos gabinetes de psicologia científica, de antropologia e de psicologia pedagógica, organizados pelo médico italiano Ugo Pizzoli e seu assistente direto, Clemente Quaglio. Essa informação reforça o fato de alguns trabalhos o nomearem também como Laboratório de Psicologia Experimental.

organizou, foram valorizados os saberes teóricos relacionados à fisiologia, à psicologia e à antropologia, para, posteriormente, auxiliar na elaboração de exames a serem realizados com os alunos. Segundo os estudos da época, os exames tinham como objetivo orientar os mestres em suas ações educativas, no intuito de melhor atendê-los contemplando sua individualidade. Segundo Centofanti (2006, p. 36), um dos objetivos dos estudos realizados no laboratório de pedagogia científica era construir “uma ideia clara da personalidade normal e anormal da criança”.

Centofanti (2002) sinaliza que a elaboração dos exames propostos por Pizzoli tinha por objetivo captar dados de estatura, peso, sexo, idade, forma, volume e proporção do crânio, face, tronco e articulações, bem como o índice cefálico. Em exames considerados fisiológicos, buscava-se aferir funções orgânicas, como circulação e respiração, uso dos sentidos, sensibilidade, paladar e olfato, orientação acústica e visual e movimentos musculares. Além disso, segundo Centofanti (2002), havia ainda a pretensão de se realizar testes mentais com o intuito de fornecer “indícios dos fatos psíquicos” do avaliado. Pizzoli (1902 *apud* MONARCHA, 2011) sinaliza que:

A criança pode ser estudada do ponto de vista somático e fisiopsíquico a par do adulto; e quando o professor tiver a cognição necessária, nada mais fácil para ele do que elaborar uma espécie de estatística daquela parte da sociedade, e, com base nos dados obtidos, endereçar oportunamente ao governo da escola os métodos de ensino em ordem a capacidade e disposição individual dos alunos. (PIZZOLI, 1902, p. 146 *apud* MONARCHA, 2011)

A partir do exposto, podemos compreender que havia uma crença de que a avaliação diagnóstica e a atenção aos fenômenos vinculados à natureza da pessoa e ao funcionamento psíquico eram fundamentais para o desenvolvimento e resolução de possíveis problemas da educação.

Para muitos educadores paulistas, a psicologia passou a ser considerada como a ciência mais importante para a formação do professor primário, especialmente a partir de 1910. Em função disso, firmou-se a convicção de que o desenvolvimento da disciplina de Psicologia Experimental provocaria um impulso no campo da teoria e das práticas educacionais e proporcionaria a base científica para a abordagem e solução dos problemas da educação como, por exemplo, a renovação e racionalização dos métodos de ensino, e a regeneração da sociedade por meio da educação do indivíduo. (PINHEIRO, 2013, p. 180).

No contexto brasileiro, com a criação do Laboratório de Pedagogia Científica na Escola Normal Secundária de São Paulo, Oscar Thompson (1914 *apud* CENTOFANTI; TOMASINI, 2014) sinaliza que, com a fundação desse laboratório, foi possível a aquisição de estudos e pesquisas que permitissem a produção de conhecimento acerca do educando. Oscar Thompson (1914 *apud* CENTOFANTI; TOMASINI, 2014) escreveu ainda que:

A utilidade dos gabinetes de antropologia pedagógica e psicologia experimental é, pois, tão grande, tão evidente, que ressalta aos olhos até mesmo dos profanos ao magistério. Pelos aparelhos e instrumentos destinados aos exames antropológicos se poderá, logo que a criança comece a frequentar a escola, facilmente verificar se os órgãos dos sentidos funcionam normalmente. É este um exame imprescindível. Sem ele, todos os esforços do mestre, tendentes à educação dos sentidos, tornar-se-iam estéreis, mangrados, e até prejudiciais à saúde da criança, cujos órgãos não tivessem funcionamento normal. No caso de qualquer anomalia, o mestre chamará a atenção dos pais que, em tempo, poderão confiar os filhos aos cuidados dos especialistas. (THOMPSON, 1914 *apud* CENTOFANTI; TOMASINI, 2014, p. 37)

Podemos compreender, então, que, a partir dos estudos da psicologia experimental e da pedagogia científica, a perspectiva médico-pedagógica passou a delinear as práticas existentes na época, fortemente pautadas na identificação de alunos. Os estudos desenvolvidos com base nas pesquisas realizadas por Ugo Pizzoli e pelo Laboratório de Pedagogia Científica de São Paulo dão início à compreensão da necessidade de uma avaliação mais específica para, assim, atender às individualidades do alunado de uma forma mais “qualificada”, segundo a compreensão da época. Além disso, difunde-se a ideia de que a classificação a partir da avaliação inicial poderia separar os considerados aptos daqueles inaptos para a escolarização.

As pesquisas realizadas no âmbito da psicologia experimental e da pedagogia científica, mais tarde, unem-se a estudos provenientes de outros países, como França e Estados Unidos, no fortalecimento da perspectiva psicométrica das avaliações diagnósticas e na compreensão da existência de diferentes tipologias da deficiência.

As pesquisas que apresentam o legado de Ugo Pizzoli no contexto brasileiro nos fazem reconhecer que, em certa medida, havia ali uma preocupação com o

caráter pedagógico, como dimensão aplicada das práticas sociais, e com a formação de professores, apesar da centralidade de conhecimentos associados a diferentes áreas da pedagogia. Com base no entendimento predominante naquele momento histórico, essas iniciativas buscavam garantir que os professores pudessem avaliar e compreender os possíveis “desvios” de seus alunos.

Desse modo, podemos observar que a pedagogia científica naquela época estava muito mais atrelada a uma perspectiva médico-clínica, pois esta era compreendida como uma abordagem “científica”, vista como necessária para o conhecimento do educando na época. Os preceitos valorizados nos estudos desenvolvidos a partir da pedagogia científica ou da psicologia experimental aqui expostos, de certa forma, se intensificam e se associam a outras defesas que merecem muita atenção, como a eugenia e o higienismo.

No Brasil, a abolição da escravatura e a proclamação da República fortaleceram um pensamento, estimulado pela elite dominante, de modernização do país. Além disso, segundo Mansanera e Silva (2000, p. 120), “a presença de contingentes populacionais ‘livres’ concentrados no espaço urbano deram nova complexidade à estrutura social do país”, instaurando, segundo o entendimento da época, a necessidade de controle higiênico, que envolvia desde o controle na entrada dos portos até a necessidade de uma política “demográfico-sanitária que contemplasse a questão racial”. Dessa forma, o discurso médico-higiênico ganhou espaço no intuito de contribuir com o projeto de transformação política e econômica pensado para aquela época.

Em 1923, no I Congresso Brasileiro de Higiene, os principais articuladores do movimento da higiene social tomaram para si a tarefa de proteger higienicamente a coletividade, em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas. Considerou sua atribuição a criação dos hábitos sadios, o combate às “taras sociais” e a realização das grandes aspirações sanitárias do Estado: a robustez do indivíduo e a virtude da raça. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, eivada pela mestiçagem, como eram os brasileiros. Nesta questão, o higienismo se fundamentava na Eugenia. (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 119).

Havia uma crença, baseada na ideia de eugenia, de uma necessidade de aprimoramento das qualidades hereditárias da raça humana. É importante lembrar que o eugenismo alimentou catástrofes como a experiência nazista.

Foi a partir dessa compreensão, que previa uma higienização da sociedade, que a medicina em geral, mas especialmente a área que tratava da “medicina mental” (ou psiquiatria), começou a ganhar espaço e ser compreendida como fundamental para uma ação mais focada na prevenção de “anomalias e perturbações” que estariam relacionadas a questões biológicas e de hereditariedade.

Nesse sentido, alguns estados brasileiros organizaram-se para a criação de serviços de higiene e saúde pública, dando início também à inspeção médica nas escolas, trazendo à tona a preocupação com a identificação e a educação dos “anormais de inteligência”. (DECHICHI, 2001; JANNUZZI, 1992).

A partir das ideias higienistas e, principalmente, a partir da influência do médico Gustavo Riedel¹⁵, em 1923, no Brasil, foi organizada a Liga Brasileira de Higiene Mental. A proposta de tal organização visava a um projeto político que pretendia reestruturar o manicômio e apresentava preceitos de aperfeiçoamento da moral da sociedade, além de consolidar estratégias educativas com a prevenção de doenças. (DOLENCYSKO, 2018).

Masanera e Silva (2000) indicam que a liga apresentava os seguintes objetivos: a) prevenção de doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e, em especial, do sistema nervoso; b) proteção e amparo no meio social aos egressos de manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; c) melhoria progressiva dos meios de assistência e tratamento dos doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programa de higiene mental e de eugenia no domínio das atividades individuais, escolares, profissionais e sociais.

Esse discurso alimentou os preceitos do discurso manicomial no Brasil: os modos de “proteção e amparo” indicados pela Liga Brasileira de Higiene Mental, que tratava do encarceramento e exclusão da sociedade.

¹⁵ Gustavo Riedel, natural de Porto Alegre/RS, formou-se em medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Durante sua trajetória, ocupou diversos cargos administrativos, como no Hospital Nacional de Alienados (1907). Dedicou-se aos estudos e práticas desenvolvidas no âmbito da psicologia experimental e do higienismo. Foi o primeiro presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental. (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, 2020).

Com as reformas que ocorreram sob a égide do discurso manicomial, buscando fazer valer os princípios da cientificidade e dos valores humanitários no processo de apropriação da loucura como objeto do discurso científico, o louco continuou “encarcerado”, ou seja, permaneceu numa condição social semelhante àquela produzida, quando o discurso religioso era o orientador. O gerenciamento científico da loucura com o discurso manicomial correspondeu, em grande parte, à exclusão e à tutela social da loucura. (VECHI, 2004, p. 491).

As ideias higienistas e de inspeção médica nas escolas acompanharam a compreensão de saúde mental predominante na época. Os conhecimentos em psicologia experimental mais uma vez estavam envolvidos com o sistema educacional, e entendia-se existir uma necessidade de verificação da capacidade mental das crianças, de modo a prever “desvios”, reconhecer “anormalidades” e, sobretudo, no plano discursivo da justificação, trazer “melhoras” ao rendimento escolar.

Os higienistas queriam mostrar o quanto a escola poderia contribuir para a profilaxia da higiene mental, começando a preparar os professores para um novo sistema educacional que estabelecia a Psicologia como base de ação. Os processos pedagógicos não serviam mais só para transmitir informações, mas tinham, também, o propósito de formar pessoas que vivessem bem socialmente. Na escola se deveriam formar homens, orientando-os para uma profissão adequada, sem vícios e sem patologias mentais, para que pudessem viver em equilíbrio psíquico no meio social. (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 124-125).

Nessa articulação entre saúde e educação é que as “estratégias educativas” da época foram pensadas, e uma das principais estratégias utilizadas nesse contexto foi a utilização dos chamados “testes mentais”. Arthur Ramos e Anísio Texeira contribuíram com estudos referentes à aplicação de testes psicológicos em espaços escolares, com o objetivo de identificar as primeiras “doenças” infantis. (PESSOTTI, 2012). Dando continuidade aos pressupostos instaurados pelo pesquisador Ugo Pizzoli, começou a ser valorizado um tipo de formação de professores que incluía como objetivo a orientação desses profissionais para a avaliação prévia dos estudantes, com a aplicação de testes pedagógicos e psicológicos.

Os testes utilizados pelos professores poderiam averiguar e identificar crianças que apresentassem características vinculadas a doenças mentais e deficiências. Compreendia-se que a utilização desses testes poderia facilitar a organização de classes mais homogêneas.

É importante sinalizar que o investimento na realização de testes em crianças em fase de escolarização foi também influenciado pelos estudos que envolviam os testes de inteligência de Alfred Binet e Theodore Simon. Os estudos que promoviam a aplicação de testes psicológicos e/ou de inteligência em crianças provocaram, no Brasil, principalmente a partir do século XX, um processo que objetivava identificar manifestações tidas como anormais em crianças. Associada a essa perspectiva, Helena Antipoff¹⁶, ao vir para o país, auxiliou na elaboração e implementação do que foi nomeado na época como “renovação das escolas públicas mineiras”; desse modo, valorizava-se a ideia de necessidade de classes homogêneas, nas quais os alunos fossem agrupados conforme o resultado de seus testes de quociente intelectual (QI). (TEZZARI, 2009). Antipoff colaborou ainda para a formação de educadores e psicólogos e foi uma das figuras de maior destaque na fundação da Sociedade Pestalozzi¹⁷ de Minas Gerais, inaugurada em 1935. Assim, a concepção de deficiência, em específico a deficiência mental, de acordo com Jannuzzi (1992), passou a englobar diversos tipos de crianças que tinham em comum o fato de apresentarem comportamentos que divergiam daqueles esperados pela sociedade e, conseqüentemente, pela escola. Sob o rótulo de deficientes mentais, encontramos alunos indisciplinados, “com aprendizagem lenta”, abandonados pela família, portadores de lesões orgânicas, com distúrbios mentais graves, enfim, toda criança considerada fora dos padrões ditados pela sociedade como normais. (CORREIA, 2008).

Nesse sentido, a educação para pessoas público-alvo da educação especial acontecia principalmente em classes especiais e instituições especializadas, sendo estas substitutivas ao ensino comum. Essa forma de organização dos serviços foi

¹⁶ Helena Antipoff, psicóloga e pedagoga russa, fixou-se no Brasil a partir de 1929. Foi uma importante pesquisadora e educadora na área da educação especial no país e fundou a Sociedade Pestalozzi em Minas Gerais.

¹⁷ Influenciado pela obra do educador suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), primeiramente foi fundado, em 1918, o Instituto Pestalozzi, em Canoas/RS. Posteriormente, a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais foi fundada em 10 de novembro de 1932, em Belo Horizonte/MG. Sua primeira diretora foi Helena Antipoff. A partir dessas experiências, outros núcleos da sociedade foram abertos no país.

intensificada pela organização de espaços especializados, como a referida Sociedade Pestalozzi, e, em 1954, houve a criação da primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), no Rio de Janeiro. Como nos indicam Januzzi e Caiado (2013), tais iniciativas marcam uma tendência da educação especial brasileira no sentido de delegar a grupos privados a oferta de serviços que contarão progressivamente com o apoio financeiro do Estado. Nesse contexto histórico, foi introduzido o primeiro texto sobre a educação especial na Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, também conhecida como Lei de Diretrizes e Bases (LDB).

Dolencsko (2018, p. 50) afirma que o conceito de “atendimento integrado” passou a ser consolidado nas políticas de educação especial. O referido documento apresenta diretrizes básicas que associam o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social, “promovendo o atendimento médico-psicossocial e de educação especial no sistema regular de ensino e nas instituições especializadas, com base em diagnósticos, direcionamentos e controles”. (DOLENCSCO, 2018, p. 50).

Posteriormente, a Lei nº 5.692/71 define “tratamento especial” para os alunos com deficiência, incluindo aqueles em condições de “atraso” na escolarização, reforçando, assim, o encaminhamento a espaços especializados. Nesta lei, o art. 9º define que:

Art. 9 - Os alunos que apresentam deficiências físicas ou mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação. (BRASIL, 1971).

Siems-Marcondes (2017, p. 128) relata que o estado de Roraima, influenciado pela respectiva lei de 1971, para dar conta da implementação de espaços especializados, realizou um “recrutamento da clientela potencial do serviço”¹⁸. A abertura das classes especiais ocorreu inicialmente em escolas comuns e, posteriormente, em prédios adaptados para atender com exclusividade os alunos destinados às classes especiais.

¹⁸ Palavras utilizadas pela referida autora, fazendo referência aos manuscritos encontrados para a pesquisa.

Nesse período, não se efetiva uma política pública de acesso universal à educação, permanecendo a concepção de "políticas especiais" para tratar da temática da educação de alunos com deficiência e, no que se refere aos alunos com superdotação, apesar do acesso ao ensino regular, não é organizado um atendimento especializado que considere as singularidades de aprendizagem desses alunos. (BRASIL, 2008, p. 7).

O modelo assistencialista foi concebido como uma forma possível de organizar a atenção dada às pessoas público-alvo da educação especial. Compreendia-se que, para melhor atender esse público, em especial aqueles que possuíam algum tipo de deficiência, era necessária a organização de espaços pensados exclusivamente para suas especificidades.

Ao abordar a temática da deficiência mental, Mendes (1995) explica que a compreensão predominante nos anos 1970 no Brasil associava-se a perspectivas teóricas que "implicavam em diagnósticos, rótulos, colocações, tratamentos e políticas públicas assistenciais" (MENDES, 1995, p. 162). Essa perspectiva ganhou mais força no decorrer dos próximos anos com o fortalecimento da perspectiva biológica no campo da saúde mental.

Nas décadas de 1980 e de 1990, no entanto, a Psiquiatria Biológica ressurgiu com grande força, propondo novamente uma perspectiva eminentemente somática a respeito da doença mental. A Psiquiatria Biológica ganhou novo fôlego principalmente devido aos avanços científicos, tais como: novos psicofármacos, exames com ressonância nuclear magnética, tomografia por emissão de pósitrons, por emissão de fóton simples, mapeamento da atividade elétrica cerebral, descrição de novos receptores do sistema nervoso central, entre outros, que lhe permitiram se aproximar da clínica médica. Essa perspectiva somática da doença mental trouxe uma maior valorização do tratamento médico pautado na psicofarmacologia [...]. (VECHI, 2004, p. 491).

O ressurgimento e o fortalecimento dessa compreensão explicam, em parte, o olhar clínico e biomédico que permeava a concepção de sujeito/criança/aluno e a ideia normativa da deficiência.

Além disso, fica evidente que, em sua incipiência, a rede de serviços de ensino especial para alunos com deficiência mental no país parecia estar quase que totalmente voltada para o atendimento daquelas crianças que não conseguiam atender às exigências acadêmicas das escolas regulares. (MENDES, 1995). Dessa forma, podemos considerar que há muito a deficiência e suas manifestações,

evidenciadas no contexto escolar, são associadas a uma suposta condição distinta de ensino-aprendizagem.

No âmbito da saúde mental, por volta dos anos 1960, algumas frentes passaram a impulsionar a reforma psiquiátrica no contexto mundial. Um dos principais expoentes desse movimento foi o italiano Franco Basaglia, que, no contexto do seu país, teve forte influência na ampla reestruturação dos hospitais psiquiátricos por toda a Itália.

O movimento antimanicomial influenciado por Basaglia deve ser compreendido como parte dos movimentos sociais que reivindicavam melhorias no acesso a direitos básicos, como saúde e educação. Tais iniciativas reforçaram a luta pela reforma psiquiátrica e, posteriormente, as discussões relativas à área da educação especial no contexto brasileiro.

No Brasil, o início da década de 1980 foi marcado pelos primeiros sinais de enfraquecimento do regime militar imposto no país desde 1964. A partir de reivindicações e da organização de movimentos sociais, parte da população brasileira passou a valorizar e a defender a necessidade de uma sociedade mais justa e democrática. Através de movimentos que expressavam a urgência de investimentos em diversas áreas, como a educação e a saúde, podemos identificar elementos que caracterizaram uma abertura política que propunha a construção de novas diretrizes relacionadas às áreas da saúde mental e da educação especial.

Ao que tange à saúde mental, os grupos defensores da reforma psiquiátrica retomaram movimentos e discussões que envolviam profissionais, intelectuais e usuários dos serviços de saúde.

Em 1987, em virtude destas mobilizações, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. De acordo com o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental [...], na pauta da agenda foram discutidos assuntos vinculados aos impactos dos transtornos mentais no desenvolvimento da sociedade e da economia, além de uma reorganização da assistência à saúde mental. A realização do evento contou com a participação de integrantes da Reforma Sanitária que buscavam a consolidação de uma legislação ao sujeito com transtornos mentais. (DOLENCSCO, 2018, p. 30).

Nesse sentido, por iniciativa de um movimento que apresentava como lema “por uma sociedade sem manicômios”, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial foram ganhando novos contornos e investimentos nas décadas de 1980 e 1990.

Assim, ações e políticas públicas foram sendo pensadas e organizadas. Em 2001, por exemplo, foi instituída, após 12 anos de tramitação, a Lei nº 10.216, mais conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual propõe um modelo de tratamento redirecionado ao oferecimento de serviços com base comunitária, afirmando a necessidade de proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, impulsionando ainda mais a reforma psiquiátrica no Brasil e, posteriormente, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2001a).

Em relação à educação especial, influenciadas também pelo contexto internacional, as mudanças e a luta pelos direitos sociais impulsionaram as reivindicações brasileiras. Nesse sentido, após o fim da ditadura militar, organizações, entidades e associações de pessoas com deficiência passaram a se organizar de forma mais sistemática, articulando-se nacionalmente e criando estratégias de luta para a garantia de direitos¹⁹. Internacionalmente, em 1981, foi proclamado, pela ONU, o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, o que estimulou ainda mais a discussão sobre os direitos das pessoas com deficiência. (MAIOR, 2018).

Em 1994, na Espanha, ocorreu a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, a qual culminou na confecção de um documento – a Declaração de Salamanca – em que é defendido o direito ao acesso de todas as crianças a escolas regulares. Segundo a declaração:

Princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que elas possam ter. Escolas inclusivas devem reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, acomodando ambos os estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade à [sic] todos através de um currículo apropriado, arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recurso e parceria com as comunidades. Na verdade, deveria existir uma continuidade de serviços e apoio proporcional ao contínuo de necessidades especiais encontradas dentro da escola. (UNESCO, 1994).

¹⁹ Veja mais em *História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil*, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=yv1dnuGqn2k>

No Brasil, a década de 1990:

[...] iniciou-se com a aceitação política da proposta de Educação para Todos, produzida em Jomtien, Tailândia, na conferência mundial da UNESCO. Ao assumir tal compromisso, o País determinou-se à profunda transformação do sistema educacional brasileiro, de forma a poder acolher a todos, indiscriminadamente, com qualidade e igualdade de condições. (ARANHA, 2005, p. 31).

Na mesma época, o país vivia os recentes efeitos das diretrizes garantidas pela Constituição Federal de 1988, designada como “Constituição cidadã” por sua afirmação de direitos sociais. Em relação às áreas da educação e da educação especial, foi garantido o direito à educação de todos os brasileiros, visando, dessa forma, criar mecanismos para a erradicação do analfabetismo, para possibilitar a universalização do atendimento escolar e para melhorar a qualidade do ensino. Em seu artigo 208, estabelece que é dever do Estado a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino. Em relação à saúde, o grande marco a partir da Constituição Federal de 1988, foi a oficialização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, as ações relacionadas à saúde mental e à reinserção dos sujeitos com transtornos mentais na sociedade foram intensificadas. Surgiram os primeiros Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) para atender esses sujeitos. (BRASIL, 1988).

Nos anos 2000, considerando essa relação entre saúde mental e educação, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, destacou em seu documento relatorial o seguinte compromisso:

Garantir a implementação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que prevê o acesso à educação aos portadores de transtornos mentais, nas escolas públicas e privadas, por meio da realização de parcerias entre as Secretarias de Saúde, Educação e Ação Social, visando a capacitação continuada de todos os profissionais da rede de ensino sobre a educação inclusiva e a questão da Saúde Mental. Desenvolver, também, ações intersetoriais nas escolas e realizar eventos sobre a temática da Saúde Mental como, por exemplo, palestras dirigidas aos adolescentes. (BRASIL, 2001b, p. 56).

Acompanhando as mudanças do cenário mundial e nacional, a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, em seus artigos 2º e 3º, determina que:

Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos. (BRASIL, 2001c).

Podemos perceber que, em 2001, a educação especial ainda se associava a um caráter complementar, suplementar ou até mesmo substitutivo do ensino comum.

Nesse sentido, podemos identificar, naquele contexto histórico, a manutenção de uma tendência em acreditar que os espaços especializados melhor atenderiam as individualidades dos alunos considerados público-alvo da educação especial.

Desse modo, nos interessa discutir, em sequência, quais seriam os desdobramentos decorrentes da valorização e constituição de políticas alicerçadas a uma perspectiva mais inclusiva da educação. Procuraremos, ainda, problematizar a compreensão acerca do conceito de deficiência a partir de uma perspectiva inclusiva no contexto brasileiro.

4.2 AS POLÍTICAS DE INCLUSÃO EDUCACIONAL NO CONTEXTO BRASILEIRO E A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Como já sinalizado anteriormente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU apresentou novas perspectivas referentes à compreensão do conceito de deficiência. No que tange ao processo educativo, o texto da Convenção assegura que os Estados-parte deveriam garantir um sistema inclusivo de educação. No contexto brasileiro, essa Convenção é ratificada pelo Decreto nº 6.949/2009, assumindo caráter de emenda constitucional. (BRASIL, 2009a). Em 2016, ao completar dez anos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a ONU publicou uma nota sinalizando que:

Nos 10 anos desde sua adoção, a convenção foi uma das mais rapidamente ratificadas de todos os tratados de direitos humanos internacionais até agora, uma vez que mais de 160 Estados assinaram o documento. Contudo, ainda restam enormes desafios no acesso total aos direitos por parte das pessoas com deficiência. O Comitê da ONU para os Direitos das Pessoas com Deficiência

monitora de que forma os países que ratificaram a convenção estão evoluindo, analisando-os regularmente e emitindo recomendações concretas sobre como as violações podem ser combatidas e os direitos garantidos. (MINISTÉRIO PÚBLICO DE MATO GROSSO DO SUL, 2016).

Após essa Convenção, e em sintonia com suas proposições, aprova-se, no contexto brasileiro, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, publicada em 2008.

Essa política refere um conjunto de diretrizes que passam a afirmar de forma decisiva a inclusão escolar como eixo organizador da educação brasileira quando se trata da escolarização das pessoas com deficiência. Para isso, refere como possível forma de serviço o atendimento educacional especializado, que deve ser oferecido em modo complementar ou suplementar – e não mais substitutivo – ao ensino comum. (BRASIL, 2008).

No texto político, que se constitui como um conjunto de diretrizes, o público-alvo da educação especial é definido por meio de três grandes categorias: alunos com deficiências, alunos com transtornos globais do desenvolvimento e alunos com altas habilidades/superdotação. (BRASIL, 2008). Essa população é apresentada de forma mais detalhada no texto da Resolução CNE/CEB nº 4, de 2009, que, em seu quarto artigo, apresenta o público-alvo do atendimento educacional especializado:

- I - Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.
- II - Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação, estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno de desintegração da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem especificação.
- III - Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade. (BRASIL, 2009b, p. 1).

O atendimento educacional especializado, como afirma Baptista (2011), tem-se afirmado como o principal serviço da educação especial e está associado à prática docente do educador especializado responsável pela sala de recursos. Essa perspectiva política apresenta uma valorização relacionada à utilização da sala de recursos para acompanhamentos individualizados, além do acompanhamento do

trabalho educativo em salas de aula comum.

Após alguns anos da constituição da referida política, é possível identificarmos, no contexto brasileiro, diversas realidades referentes às ações relativas à educação especial e ao atendimento educacional especializado.

Nos últimos anos, a partir de investimentos políticos que valorizam uma perspectiva inclusiva da educação, tem sido possível acompanhar práticas e relatos que apontam experiências evidenciadoras de uma lógica mais inclusiva dos processos educativos. (BAPTISTA, 2019; DELEVATI, 2021). A exemplo disso, como nos indica a pesquisa de Baptista e Meirelles (2015), na atualidade, grande parte do contingente numérico de alunos considerados público-alvo da educação especial está tendo sua escolarização em escolas regulares e em turmas de ensino comum, apontando para uma lógica que se distancia da lógica vigente nos anos anteriores. Compreendemos que esse dado pode ser considerado um fator de avanço, visto que, antigamente, boa parte desses alunos frequentavam espaços especializados em escolas e/ou instituições especializadas.

Para além do reconhecimento dos avanços identificados a partir das políticas de inclusão escolar, é necessário sinalizarmos também alguns engendramentos políticos que se referem à compreensão do conceito de deficiência e aos efeitos dessas perspectivas na organização dos serviços.

Plaisance (2019), por exemplo, problematiza o uso do termo “especial” nas políticas brasileiras, indicando certa permanência de uma lógica antiga nas políticas e práticas associadas às pessoas com deficiência. Para o autor, historicamente, o termo tem sido associado ao conceito de anormalidade, e indica uma cultura de separação.

Ao analisarmos os engendramentos sociais e políticos relacionados à educação inclusiva nos últimos anos, percebemos avanços significativos que culminam no direito ao acesso e à permanência de estudantes com deficiência no ensino comum. No entanto, como nos indica Plaisance (2019), há uma certa lógica quanto ao entendimento da deficiência que permeia nossas políticas e práticas educacionais. Por exemplo, a manutenção dessa lógica se expressa na relevância conferida aos manuais classificatórios internacionais na elaboração de políticas públicas ao se referir aos grupos diagnósticos que configuram o público-alvo da educação especial.

Essa discussão será ampliada em capítulo subsequente, o qual terá como um de seus objetivos problematizar os possíveis efeitos dos manuais diagnósticos e sistemas internacionais de classificação na constituição de políticas públicas atuais e no contexto educacional brasileiro.

No entanto, já podemos indicar que, historicamente, as terminologias utilizadas em textos normativos e legislações brasileiras referentes aos grupos diagnósticos que compõem os alunos considerados público-alvo da educação especial originam-se de uma classificação apresentada a partir de uma abordagem internacional diagnóstica, consolidada com base em premissas psiquiátricas e biomédicas.

Desse modo, em análise posterior, percebemos que, principalmente para se referir à deficiência e ao autismo, as políticas brasileiras apresentam uma forte tendência em acompanhar as alterações apresentadas nesses manuais classificatórios, como o DSM, elaborado pela APA.

No âmbito das políticas brasileiras, ao realizarmos um estudo a partir do Censo Escolar, podemos perceber que os cadernos de instruções para o preenchimento do censo e o próprio censo têm utilizado, ao longo dos anos, conceitos e nomenclaturas apresentadas pelos manuais internacionais de classificação.

Outra normativa que merece destaque em nossa problematização é a Lei nº 13.146/2015, nomeada como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania”. (BRASIL, 2015). Esta lei tem o intuito de reforçar as concepções da perspectiva inclusiva e refere, em seu parágrafo único, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outros documentos. Dessa forma:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015).

No entanto, em seu artigo 2º, parágrafo 1º, ao tratar sobre o contexto avaliativo da deficiência, a lei afirma que, quando necessária, a avaliação será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e

considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades;
- IV - a restrição de participação. (BRASIL, 2015).

Percebe-se que os elementos elencados acima evocam, de modo predominante, aspectos pessoais, ressaltando uma visão ainda intrínseca da deficiência, fortemente vinculada à suposta falta, aos impedimentos e à limitação. Como é possível perceber, os aspectos sinalizados por esse documento normativo são facilmente identificados como orientações dadas em manuais classificatórios internacionais como o DSM-5, da APA, e o Sistema 2010, da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (AAIDD).

A lei pontua, ainda, que fica a cargo do poder executivo a criação de instrumentos para a avaliação da deficiência. Contudo, em nenhum momento é sinalizada qual será a perspectiva adotada para esses instrumentos.

Identificamos essa sinalização como um problema que exige cautela e atenção, pois, como já indicado em momento anterior, as práticas avaliativas e diagnósticas no Brasil referentes à deficiência apresentam, historicamente, uma tendência de valorizar a compreensão médico-clínica e a utilização de protocolos e testes padronizados.

Como nos apontam Jannuzzi (1985) e Mendes (1995), as crianças que apresentavam alguma dificuldade específica de aprendizagem ou de comportamento eram avaliadas inicialmente em âmbito escolar e encaminhadas para profissionais da saúde para uma avaliação diagnóstica “mais precisa”. Essas avaliações ocasionaram um elevado índice de crianças sendo diagnosticadas e encaminhadas a espaços segregados de escolarização.

De acordo com Sousa (2007, p. 45), “a avaliação inicial, num passado recente (e até, em determinadas circunstâncias, no presente), nos remete à história da medicalização da deficiência”.

Na atualidade, ao tratarmos especificamente sobre as orientações que indicam possibilidades para uma avaliação inicial dos estudantes público-alvo da educação especial, para além da Lei nº 13.146, os cadernos de instruções para o preenchimento do Censo Escolar têm orientado da seguinte forma:

Para a declaração dos alunos com deficiência, transtorno do espectro autista (TEA) e altas habilidades ou superdotação ao Censo Escolar, a escola deverá valer-se das informações contidas em, pelo menos, um dos seguintes documentos comprobatórios:

- Avaliação biopsicossocial da deficiência, conforme a Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão).
- Plano de AEE: documento que reúne informações sobre os estudantes público da Educação Especial, elaborado pelo professor de AEE com a participação do professor da classe comum, da família e do aluno, quando for possível, para atendimento às necessidades específicas desse público. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do plano, o professor do AEE **poderá articular-se** com profissionais da área de saúde e, **se for necessário, recorrer ao laudo médico**, que, neste caso, será um documento subsidiário, anexo ao Plano de AEE.
- Plano Educacional Individualizado (PEI): instrumento escrito, elaborado por professor da sala de aula comum/regular, com intuito de propor, planejar e acompanhar a realização das atividades pedagógicas e o desenvolvimento dos estudantes da Educação Especial.
- Laudo médico: documento que pode ser utilizado como registro administrativo comprobatório para a declaração da deficiência ou do transtorno do espectro autista (TEA) ao Censo Escolar. Cabe destacar que o laudo médico não é documento obrigatório para o acesso à educação, ao atendimento educacional especializado, nem para o planejamento das ações educacionais, que devem estar alicerçadas em princípios pedagógicos, e não clínicos. (BRASIL, 2021a, p. 9, grifos meus).

Em consonância com a Nota Técnica nº 4, de 2014, o referido caderno de instruções ressalta ainda que “a ausência do laudo médico não pode impedir o acesso do aluno à educação, ou seja, à matrícula na escola, e nem ao atendimento educacional especializado (AEE)”. Isso porque a Nota Técnica já sinalizava que os profissionais responsáveis pelo atendimento educacional especializado, a partir de um parecer pedagógico, podem realizar o processo de identificação, assim como oferecer subsídios para a inserção no Censo Escolar dos alunos público-alvo da educação especial, não sendo mais obrigatório o laudo médico ou da equipe clínica.

Silva (2016) considera que:

A Nota Técnica nº 4/2014 é representativa de um avanço em relação aos processos de identificação dos alunos público-alvo da educação especial no Brasil. Garante a quebra de uma antiga dependência da área pedagógica para a área clínica, assegurando a não exclusividade da avaliação clínica que, historicamente, tem utilizado, no caso dos alunos com deficiência intelectual, uma lógica

predominantemente psicométrica. (SILVA, 2016, p. 77).

Reiteramos a compreensão de que a referida Nota Técnica se trata de um grande avanço frente a uma antiga dependência de outras áreas, como a área médico-clínica, principalmente no que tange à avaliação de estudantes e à constituição de políticas em educação especial. No entanto, no âmbito desta pesquisa, e a partir do estudo realizado acerca da historicidade e constituição dos processos avaliativos relacionados à deficiência, nos questionamos sobre como, no contexto brasileiro, tem ocorrido efetivamente a identificação dos alunos considerados público-alvo da educação especial. Será que os atuais encaminhamentos referentes à avaliação inicial e diagnóstica se diferenciam de fato de uma perspectiva que investe na detecção da anormalidade a ser corrigida, com base na suposta incompletude da pessoa avaliada, como já indicavam Jannuzzi (1985) e Mendes (1995)?

Nos questionamos acerca dessas questões por compreendermos que, a partir do exposto e dos avanços consolidados nos últimos anos, ainda há a predominância e influência de dispositivos internacionais de classificação para se referir às pessoas consideradas público-alvo da educação especial nas legislações e na compreensão coletiva acerca da deficiência. Desse modo, mesmo com a possibilidade de um documento pedagógico como forma de inserção dessas pessoas ao Censo Escolar, essa inserção tende a ocorrer conforme os critérios e grupos diagnósticos estabelecidos por manuais classificatórios internacionais, utilizados pelas legislações vigentes e pelo próprio Censo Escolar.

Compreendemos ainda que há certa predominância, no contexto escolar, em recorrer a critérios clínicos estabelecidos. Essa excessiva confiança pode estar associada a diversos fatores, entre eles, o prevaletimento de uma perspectiva médico-clínica que, historicamente, assumiu um lugar de saber científico, o qual tende a sobrepujar o conhecimento associado à educação. Destaca-se, também, uma tendência de excessiva cautela por parte dos gestores no sentido de valorizar a ação dos professores nos processos de identificação e de ofertar cursos e formações voltados para áreas clínicas, como a do neurodesenvolvimento, o que fortalece a compreensão de que estes são conhecimentos essenciais para o trabalho diagnóstico. Vale dizer que há uma mentalidade que se mostra como dominante, entre os diferentes atores sociais envolvidos, associada ao saber clínico,

agindo para classificar manifestações do sujeito e se reafirmando como lentes destinadas a “ler”, explicar e simplificar processos de desenvolvimento humano e de escolarização.

No decorrer da presente pesquisa, a partir de uma problematização acerca dos fenômenos que envolvem a patologização e a medicalização da vida, compreende-se que engendramentos como esses geram efeitos nos processos de escolarização e na vida de cada aluno envolvido. Associado a essa problemática, discute-se o conceito de deficiência e suas possíveis influências no que tange às práticas desenvolvidas no contexto escolar e nos processos de avaliação inicial e diagnóstica, pois, ao se considerar seus engendramentos, essa conceituação passa a ter implicações amplas, que envolvem diferentes grupos e afeta a percepção de outras singularidades de crianças e adolescentes em processo de escolarização. Referimo-nos aos chamados transtornos específicos de aprendizagem e ao TDAH, por exemplo. No âmbito dos processos de escolarização, a identificação desses transtornos passa a aproximar os alunos com a condição de pessoa com deficiência. Os processos de patologização e medicalização são fenômenos que cercam manifestações humanas e, no contexto infantil, a patologização costuma ser construída pelo olhar da incapacidade, pela insistente busca de identificação do “aluno que não aprende”.

Desse modo, tem-se, de acordo com o exposto até aqui, que as ideias higienistas foram amplamente defendidas durante certo período no contexto brasileiro, e romper com as amarras dessa lógica tem exigido grande investimento na defesa de uma perspectiva mais inclusiva. Nesse sentido, procuramos mostrar que as tendências referentes à compreensão do conceito de deficiência e aos processos de escolarização merecem atenção, sendo importante conhecer o cenário brasileiro acerca desse tema.

Após um resgate histórico envolvendo as áreas da educação especial e da saúde mental e do debate acerca do constructo deficiência, foi possível identificar que há uma mentalidade predominante que tende a acompanhar momentos distintos.

Em uma primeira análise, houve a busca de elementos históricos e procurou-se discutir sobre a pedagogia científica, as ideias higienistas e a instituição dos serviços de atenção em saúde mental e em educação especial. Foi possível perceber quem eram os sujeitos contemplados nas incipientes iniciativas de

instituição desses serviços e, também, uma forte tendência na busca de classificar e tratar aqueles vistos, à época, como a expressão da anormalidade. Pôde-se identificar, naquele contexto histórico, a manutenção de uma aposta em espaços segregados e especializados que, supostamente, melhor atenderiam às individualidades de pessoas que apresentassem traços compreendidos como “desviantes” de uma reconhecida normalidade.

Em uma segunda análise, ao nos dedicarmos aos desdobramentos políticos que culminaram na criação de políticas de inclusão educacional no contexto brasileiro, percebe-se, nos últimos anos, o investimento em uma compreensão mais social da deficiência, principalmente a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva.

As políticas públicas criadas a partir de 2008, valorizadoras de uma perspectiva inclusiva, apresentam importantíssimos efeitos na ampliação desse debate e no direito ao acesso de todas as crianças aos espaços de ensino comum. Houve mudanças no cenário político e nas práticas brasileiras referentes às pessoas com deficiência, expressas, por exemplo, na significativa ampliação da presença de alunos com deficiência nas escolas regulares, em classes comuns.

No entanto, mesmo nas políticas mais atuais, há, ainda, a predominância de critérios diagnósticos internacionais para se referir ao que nomeamos como público-alvo da educação especial. Percebe-se a tendência em patologizar a vida da pessoa com deficiência e a prevalência de compreensões que se referem a esse fenômeno como uma incapacidade intrínseca ao sujeito, reforçando a ideia de que essa condição seria uma questão individual em suas origens.

Em período mais recente, a política pública brasileira tem apresentado pontos de tensão que exigem preocupação e cautela. Embora a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva continue sendo a referência para as diretrizes nacionais relativas à educação especial no Brasil, torna-se importante destacar que, entre os anos de 2016 e 2022, houve progressivas tentativas de instituição de novas diretrizes políticas que não vingaram, como a publicização de um decreto²⁰, em 2020, flexibilizando a obrigatoriedade das

²⁰ O Decreto nº 10.502 encontra-se suspenso pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e foi fortemente questionado por parte do Ministério Público e por diferentes frentes de associações científicas, bem como por familiares de pessoas com deficiência e pessoas com deficiência, grupos de pesquisas,

matrículas da escolarização do ensino comum.

Desse modo, ao discutirmos processos patologizantes, medicalizantes e normatizantes, propomos problematizar avanços na compreensão social da deficiência e possíveis tendências que devem ser foco de nossa atenção. Entendemos que movimentos que apresentam uma inclinação à classificação e à segregação não se alinham a uma perspectiva educacional inclusiva por direito e a uma construção social menos patologizante e normatizante da vida, das relações e da deficiência. Identificamos a necessidade de uma ampliação do debate acerca de um entendimento menos patologizante e medicalizante da deficiência, pois identificamos que, historicamente, essas questões tendem a orientar, em certa medida, os serviços de atenção, as políticas públicas e os processos de escolarização.

No intuito de ampliar os horizontes dessa discussão e de compreendermos alguns engendramentos que também constituem o debate político nacional, o próximo capítulo terá como pretensão problematizar a constituição de manuais diagnósticos internacionais e seus critérios diagnósticos, assim como seus possíveis efeitos na produção diagnóstica e no contexto escolar nacional.



Sonia Gomes, "Gaiola" (2016), costura, amarrações, tecidos e rendas variadas sobre a gaiola, arame e madeira, 185x29cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.

Então uma professora, mesmo reconhecendo o processo de aprendizagem da aluna, questiona: "existe algum exame que aponte se ela tem alguma falha no cérebro?" Outra professora complementa: "é, será que não tem? Quem sabe ela tenha uma partezinha do cérebro que não funciona como deveria. Daqui a pouco, pode ter uma medicação que resolva isso", disse ela.

5 MEDICALIZAÇÃO, INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E MANUAIS DIAGNÓSTICOS: O PROCESSO DE PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA ESCOLAR

As sociedades ocidentais vivem processos de patologização associados à busca por padronização e homogeneização dos diferentes modos de viver. A diversidade e as diferenças que caracterizam e enriquecem a humanidade são transformadas em problemas. As dificuldades do existir e do viver são transformadas em doenças, transtornos ou distúrbios. As grandes questões sociais, culturais, políticas e afetivas que afligem a vida das pessoas deixam de ser vistas como coletivas e são convertidas, artificialmente, em questões individuais e biológicas. Tal reducionismo, da vida a seu substrato biológico, nutre o terreno para a medicalização. (COLLARES *et al.*, 2016).

Nutrir: “alimentar, sustentar, alentar”. Como apontado na citação acima, muitos são os fatores que nutrem um processo histórico caracterizado por patologizar a vida humana. Nos últimos anos, a indústria farmacêutica e as organizações envolvidas no desenvolvimento de manuais diagnósticos vêm assumindo um papel ativo e de extrema influência no que conhecemos por processos de medicalização e patologização da vida. A medicalização, segundo alguns estudiosos, como Moysés (2001), é definida como um processo que transforma questões que são de ordem social, política, cultural e afetiva em problemas individuais.

A influência da indústria farmacêutica no desenvolvimento de psicofármacos não se configura como temática central desta pesquisa. No entanto, apresenta-se, nesta escrita, uma reflexão sobre os possíveis efeitos da organização da indústria farmacêutica na lógica patologizante como um dos “fios” que tecem a complexidade da temática a ser discutida. Nessa mesma direção, compreendemos que a complexificação de processos medicalizantes contempla movimentos e instrumentos que tendem a orientar e direcionar processos diagnósticos e de escolarização.

Dessa forma, este capítulo, além de discutir os possíveis efeitos do papel da indústria farmacêutica em processos medicalizantes e patologizantes, terá por objetivo problematizar a organização de manuais classificatórios, como o DSM, desenvolvido pela APA; o Sistema 2010, da AAIDD; e as orientações organizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

A problematização referente a esses manuais classificatórios se dá por visualizarmos em pesquisas realizadas anteriormente, como a de Silva (2016), que esses instrumentos reforçam movimentações e geram efeitos na proposição de métodos avaliativos e diagnósticos, assim como na construção de políticas públicas e normativas que envolvem diversas áreas, como saúde, direitos humanos e educação.

No Brasil, por exemplo, os médicos utilizam amplamente as orientações organizadas pela OMS, como a CID-10 e a CIF. No entanto, podemos perceber, nesse debate, o quanto manuais classificatórios como o DSM e o Sistema 2010 influenciam os critérios diagnósticos e as terminologias utilizadas pelo campo clínico e educacional, assim como a instituição de políticas nessas áreas.

Como nossa perspectiva parte da educação e das políticas públicas relacionadas ao campo da educação especial, essa discussão pretende colaborar com a problematização e com o conhecimento de possíveis efeitos e atravessamentos desses manuais na construção de políticas da área e na constituição de práticas pedagógicas.

Políticas, práticas e histórias que são atravessadas também pelo contínuo crescimento do uso e indicação de medicamentos. Nesse enredo, nossas crianças passam a ter acesso cada vez mais cedo ao uso de substâncias químicas; a exemplo disso, uma das mais utilizadas e indicadas atualmente é o metilfenidato²¹. Esse medicamento é conhecido pelo nome comercial Ritalina, popularmente referida como a “droga da obediência”.

Dados estatísticos apresentados em reportagens, como a mencionada na página 30 deste estudo, nos indicam a ocorrência de processos patológicos e medicalizantes que contemplam a combinação da “aferição” de critérios diagnósticos indicados pelos manuais de classificação e o crescimento da recomendação de medicamentos.

A complexidade da patologização da vida – e suas influências através da constituição de manuais classificatórios e da indústria farmacêutica – vem gerando

²¹ Metilfenidato é uma substância química utilizada como fármaco, estimulante leve do sistema nervoso central, com mecanismo de ação ainda não bem elucidado, e estruturalmente relacionada com as anfetaminas. É usada no tratamento medicamentoso dos casos de TDAH, narcolepsia e hipersonia idiopática do sistema nervoso central (SNC). (METILFENIDATO, s.d.).

efeitos em processos de escolarização. Dessa forma, consideramos importante compreender a constituição desse cenário, que ocasiona influências profundas na produção diagnóstica e no contexto escolar.

5.1 MANUAIS DIAGNÓSTICOS E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS NA CONSTITUIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS E NO CONTEXTO EDUCACIONAL BRASILEIRO

O conceito de saúde vem sendo instituído por compreensões acerca da prevenção, do cuidado e da proteção²². Nas últimas décadas, a sociedade médica avançou em pesquisas relacionadas ao tratamento, à intervenção e ao diagnóstico precoce de diferentes manifestações, sintomas e doenças. No entanto, compreendemos que o conceito de saúde reflete – além de questões orgânicas – fenômenos econômicos, políticos, sociais e culturais.

Com o surgimento da psiquiatria, no século XIX, ampliou-se a dimensão de um suposto cuidado, promovido por instituições que afastavam aqueles considerados “desprovidos de razão” do convívio social. Além disso, o pós-Segunda Guerra Mundial foi marcado pela organização de instituições como a própria OMS, que sinalizaria, em sua carta de princípios, divulgada em abril de 1948, que saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade. Nesse sentido, segundo a OMS, a compreensão de saúde se vincula ao direito de uma vida plena, sem privações.

Também em um período pós-guerra, nos Estados Unidos, o desenvolvimento de uma classificação vinculada aos chamados “transtornos mentais” estava relacionado, em um primeiro momento, ao intuito de se obter dados estatísticos sobre a população. No entanto, a partir da metade do século XX, a necessidade de padronização de categorias diagnósticas se fazia presente nas discussões do campo psiquiátrico naquele contexto, ampliando o interesse por uma linguagem universal sobre critérios e classificações de patologias em saúde mental.

²² Essas compreensões são indicadas pela OMS no Relatório Mundial da Saúde (2010), que sugere, ainda, que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável. (OMS, 2010, p. 14).

A definição de limites e critérios é uma discussão ainda muito presente quando tratamos desse campo diagnóstico. Diferentes forças tentam definir manifestações e características humanas de forma rígida e estática, mas que só fazem, ao nosso ver, ampliar fronteiras, como se pudéssemos medir e quantificar o que se imagina por limites quando estamos abordando a dimensão subjetiva e, ao mesmo tempo, o contexto, uma ótica, um ponto de observação, o ser e estar no mundo.

Canguilhem (2017) nos diria que o patológico só existe numa relação, e que a saúde seria, portanto, mais do que ser normal: é o sujeito ser capaz de estar adaptado às exigências do meio e de criar e seguir novas normas de vida, uma vez que "o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis" (CANGUILHEM, 2017, p. 188).

No entanto, a necessidade de padronização e a tentativa de instituição de critérios classificatórios deram início a uma forma de compreender as chamadas doenças e transtornos mentais.

Ao tratarmos mais especificamente da categoria diagnóstica atualmente nomeada como deficiência intelectual, a AAIDD, fundada em 1876 e nomeada primeiramente como Associação Americana sobre Retardo Mental, teve como seu primeiro presidente o médico Édouard Séguin. Essa associação já publicou, até os dias de hoje, onze manuais com o intuito de difundir informações acerca do conceito de deficiência intelectual, assim como diretrizes para definir, diagnosticar e classificar pessoas identificadas com essa deficiência.

Na mesma direção, a APA publicou, em 1952, a primeira versão do DSM, o qual viria a se tornar mais conhecido e utilizado mundialmente a partir de sua terceira publicação, em 1980.

Concomitantemente ao início das discussões anunciadas pela APA acerca do DSM, a OMS organizou a CID-10 e, posteriormente, em 2001, lançou a CIF, a qual apresenta, na realização dos diagnósticos, um caráter complementar à CID-10.

Segundo o manual prático para o uso da CIF:

A CIF e a CID são duas classificações complementares de referência da OMS e são ambas membros da Família das Classificações Internacionais da OMS. A CIF não está associada com problemas de saúde ou doenças específicas; ela descreve as dimensões de funcionalidade associadas em múltiplas perspectivas nos níveis corporal, pessoal e social. A CIF conceitualiza a funcionalidade e a

incapacidade no contexto da saúde, e, portanto, não cobre circunstâncias que resultam exclusivamente de fatores socioeconômicos ou culturais. (OMS, 2013, p. 4).

Salienta, ainda, que a construção da CIF se dá a partir de uma integração de dois modelos opostos: o modelo médico e o modelo social. Assim, para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, é utilizada uma abordagem biopsicossocial. Desse modo, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social. Após todos esses engendramentos na organização de instituições ligadas à constituição e publicação de manuais diagnósticos, podemos nos perguntar quais são os possíveis efeitos que esses manuais e suas classificações apresentam no contexto brasileiro.

Na atualidade, o debate acerca dos processos de medicalização e patologização contemplam também as discussões e os desdobramentos oriundos de algumas mudanças significativas a partir do lançamento do DSM-5, em 2013, o qual consolidou, por exemplo, a introdução de terminologias como deficiência intelectual e transtorno do espectro autista (TEA), substituindo, respectivamente, termos como retardo mental e transtorno global do desenvolvimento, ambos designados no DSM-IV-TR. Ainda, além da alteração desses termos específicos, outros critérios avaliativos foram introduzidos a respeito desses quadros diagnósticos.

Assim, compreendemos que manuais de classificação como o DSM (APA), o Sistema 2010 (AAIDD), a CID-10 e a CIF vêm influenciando a construção de normativas e políticas públicas no contexto nacional. Os efeitos disso estão associados aos processos de patologização e medicalização da vida e são discutidos ao longo desta pesquisa, mas ganham maior amplitude neste capítulo e no capítulo que irá discorrer a respeito dos planos normativos nacionais no âmbito da educação, da educação especial e da saúde. Neste momento, nossa ótica analítica se dará a partir de alguns eixos centrais que se relacionam entre si, entre eles: 1) fronteiras diagnósticas e uma suposta ampliação diagnóstica; 2) transtornos específicos de aprendizagem e TDAH; 3) transtorno global do desenvolvimento e TEA; e 4) retardo mental, deficiência mental e deficiência intelectual.

5.2 FRONTEIRAS DIAGNÓSTICAS E UMA SUPOSTA AMPLIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Os manuais classificatórios aqui apresentados configuram uma espécie de corrida racional pela definição – há uma necessidade de delimitar e estabelecer limites e lógicas de classificação para comportamentos, manifestações e sintomas. Contudo, compreendemos que, quando a fronteira é extensa, como no caso das fronteiras diagnósticas, há a necessidade de se ampliar a ótica para se ter uma visão mais geral do mapa; no entanto, é preciso cautela sempre, pois, a depender da ótica utilizada, essa suposta ampliação pode acabar por reduzir territórios, contextos e singularidades.

Nessa complexa e constante tentativa de dar significados e definições a todos os tipos de manifestações, parece existir uma tendência a partir da qual uma suposta bolha diagnóstica infla-se cada vez mais, e novas classificações diagnósticas são introduzidas. (FRANCES, 2016; WHITAKER, 2017).

Quando falamos sobre essa ampliação, a construção relativa ao DSM passa a ser um exemplo contundente. Nesse sentido, é possível nos debruçarmos mais nessa análise em alguns momentos desta escrita. Afinal, ao analisarmos a constituição desse manual diagnóstico, compreendemos sua enorme influência em processos diagnósticos e no desenvolvimento de políticas, principalmente quando analisamos as normativas referentes à área da educação especial. Além do exposto, temos acompanhado, nos últimos anos, indícios e pesquisas que sinalizam uma crescente inflação diagnóstica, sobretudo a partir dos DSM-IV e DSM-5. (ABREU, 2016; BEZERRA, 2014; FRANCES, 2016; SILVEIRA 2015).

O DSM-5, lançado em 2013, possui mais de 300 categorias apresentadas em 947 páginas. Esses números talvez fiquem mais alarmantes quando voltamos ao lançamento do DSM-I, em 1952. O primeiro manual apresentava, em 145 páginas, 106 categorias diagnósticas. Contudo, desde o seu lançamento, o DSM não só triplicou suas categorias diagnósticas, como também mudou seu estilo e sua organização, a fim de se tornar uma espécie de “Bíblia” para os profissionais envolvidos.

Os DSM-I e II foram elaborados em uma época em que emergiam as abordagens psicanalíticas e psicossociais, e esses manuais apresentavam, assim, um caráter mais descritivo e narrativo das categorias diagnósticas. A alteração mais significativa ocorre na elaboração do DSM-III, em um contexto de biomedicalização

da psiquiatria; um dos principais objetivos dessa revisão foi expandir e dar um caráter de padronização aos processos diagnósticos realizados não só no contexto dos Estados Unidos, mas também em outros países. A busca por evidências “claras” aumenta, tendo como principal objetivo orientar diagnósticos e tratamentos clínicos. A publicação do DSM-III reconfigura a prática psiquiátrica, conduzindo para a identificação e definição de sintomas e reforçando a necessidade das testagens e da eficácia dos medicamentos. Nessa perspectiva, o DSM-III assume um caráter descritivo, com definições e critérios específicos para cada categoria.

Bezerra (2014) nos indica que o movimento realizado a partir da publicação do DSM-III, em 1980, tenta estabelecer “fronteiras muito definidas e critérios de inclusão e exclusão”. Nesse sentido, a autora ainda nos indica que:

O diagnóstico passou a se definir pela consulta a uma lista de critérios de inclusão e exclusão que fixam o número, a duração e a qualidade dos traços a serem escrupulosamente observados na construção do diagnóstico. (BEZERRA, 2014, p. 22).

No contexto brasileiro, o manual classificatório que orienta as práticas relacionadas à saúde mental é a CID-10. Como podemos explicar, então, os impactos gerados pela instituição do DSM, principalmente a partir de sua quinta versão? Constatamos que há um investimento para que o referido manual diagnóstico não se restrinja apenas à área clínica. Zorzaneli (2014) nos indica que a APA vem reforçando a orientação de que nomenclaturas e critérios diagnósticos passem a receber um valor cultural e a se inserir no vocabulário de outras áreas e também no conhecimento leigo. Assim, de acordo com a autora, informações sobre o DSM-5 começaram a aparecer “em revistas de consumo geral, nas matérias sobre saúde veiculadas na mídia impressa, televisiva e *online*” (p. 60). É nesse sentido que nomenclaturas como “transtorno do espectro autista”, por exemplo, e seus critérios diagnósticos passam a adentrar no vocabulário da mídia e de outras áreas.

Ainda referente ao DSM-5, é importante destacar que este trouxe importantes mudanças na instituição de critérios diagnósticos. Nessa perspectiva, foi elaborado o grupo diagnóstico nomeado “transtornos do neurodesenvolvimento”. Segundo o DSM-5, esse grande grupo é composto por manifestações que acontecem no início ou durante o período do desenvolvimento e que são caracterizadas “por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social,

acadêmico ou profissional”. Possui as seguintes classificações: transtornos de comunicação; transtorno do déficit de atenção/hiperatividade; transtorno específico de aprendizagem; transtornos motores; transtorno de tique; outros transtornos do neurodesenvolvimento; deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual); e transtorno do espectro autista. Estes dois últimos grupos diagnósticos são considerados público-alvo da educação especial no contexto brasileiro e serão, como já posto, eixos de análise nesta escrita. Porém, ao pesquisarmos sobre processos patologizantes e medicalizantes na vida escolar e a partir do levantamento bibliográfico e da análise documental realizados para esta pesquisa, nos deparamos com indícios que indicam forte conotação referente aos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e aos transtornos específicos de aprendizagem para além da deficiência intelectual e do autismo. No Brasil, ao tratarmos sobre medicalização e patologização da vida no contexto escolar, pesquisas como as de Freitas (2011), Silva (2016) e Schmitz (2021) nos apontam a eminência de um aumento no contingente numérico de crianças sendo identificadas nos diferentes grupos diagnósticos apresentados neste parágrafo.

5.2.1 Transtornos Específicos de Aprendizagem e Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade

Como mencionado anteriormente, pessoas diagnosticadas com transtornos específicos de aprendizagem e TDAH não são consideradas público-alvo da educação especial no contexto brasileiro. No entanto, para problematizarmos certa ampliação diagnóstica no contexto escolar, e atentarmos para possíveis efeitos da compressão de deficiência em outros grupos diagnósticos, torna-se imprescindível discutir sobre esses dois grupos que, nos últimos anos, representaram um alto índice de diagnósticos em crianças em fase de escolarização. Abordaremos esses dois grupos diagnósticos em momento conjunto, pois ambos são utilizados para identificar e rotular experiências compreendidas como dificuldades na aprendizagem ou, ainda, como conceituaria Patto (1997), fracasso escolar.

Quanto aos transtornos específicos de aprendizagem, o DSM-5 apresenta como um de seus critérios diagnósticos uma suposta dificuldade na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, com início durante os primeiros anos de escolarização. Indica, também, que se trata de “um transtorno do

neurodesenvolvimento com uma origem biológica que é a base das anormalidades no nível cognitivo, as quais são associadas com as manifestações comportamentais”. (APA, 2014, p. 68).

O referido manual diagnóstico aponta ainda que uma das principais características dos transtornos específicos de aprendizagem são as dificuldades persistentes para “aprender habilidades acadêmicas fundamentais”, o que inclui “leitura fluente de palavras isoladas, compreensão da leitura, expressão escrita, cálculos aritméticos e raciocínio matemático”. (APA, 2014, p. 68). De acordo com o manual, para a consolidação de um possível transtorno específico de aprendizagem, além dos critérios apresentados, deve haver persistência de no mínimo seis meses dos sintomas. Contudo, tais sintomas representam manifestações possíveis de serem apresentadas em diferentes momentos da vida por parte da população, principalmente por se tratarem de processos relacionados à aprendizagem e à escolarização de crianças.

Ao abordarmos os “processos de escolarização”, compreendemos que há diferentes tempos, modos e possibilidades de aprender. Poderíamos discorrer sobre alguns elementos que configuram a complexidade diagnóstica aqui apresentada; um deles seria certa dificuldade em respeitar os diferentes tempos e modos de aprendizagem. Além disso, é sempre importante lembrar que o processo de aprendizagem ocorre de forma singular, associado a uma série de variantes que envolvem o contexto escolar e social em que a criança está inserida. No entanto, a partir da leitura realizada nos manuais diagnósticos e de pesquisas que sucederam esses manuais, nos parece que, assim como diria Collares (1996, p. 11), “desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas”.

Já o TDAH é reconhecido pelo DSM-5 como um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento”. Nos últimos anos, tem sido um diagnóstico utilizado com bastante frequência para queixas relacionadas a manifestações comportamentais consideradas inapropriadas, sobretudo no âmbito escolar.

Em entrevista para a página Viomundo, Frances (2011) indica que já existia um aumento alarmante em diagnósticos de TDAH anteriormente à publicação do DSM-5. No entanto, Frances previa que a publicação da atual versão do manual poderia contribuir ainda mais para o aumento da identificação diagnóstica. O

psiquiatra justifica esse pensamento por entender que a proposta do DSM-5 reduz os critérios para um possível diagnóstico infantil e amplia a possibilidade na constituição de um diagnóstico em adultos, especialmente para TDAH. Sua preocupação indica, ainda, a compreensão de que sintomas como distração e falta de concentração estariam presentes na maior parte da população e também em outras doenças psiquiátricas, o que poderia ampliar a complexidade diagnóstica, aumentando, segundo Frances, o número de diagnósticos equivocados de outras possíveis doenças psiquiátricas.

No entanto, ao realizarmos uma busca na literatura especializada, podemos identificar a existência de muitas pesquisas que partilham de uma visão mais intrínseca desses diagnósticos, associando manifestações comportamentais a um possível “potencial intelectual da criança”, como nos indica Golfeto e Pelegrini (2008 *apud* BEZERRA, 2014, p. 25).

Além disso, Frances (2016) e Whitaker (2017) apontam que os efeitos da ampliação de diagnósticos de transtornos específicos de aprendizagem e TDAH também estão relacionados ao aumento do desenvolvimento de novos remédios para a prescrição associada aos referidos diagnósticos.

Segundo Ehrenberg (2009 *apud* KLEIN; LIMA, 2020, p. 110), a lógica neurodesenvolvimentista ultrapassa o capítulo dos transtornos do neurodesenvolvimento do DSM-5 e perpassa toda a escrita do manual, atualizando também a discussão em torno da figura de um suposto sujeito cerebral. É a partir dessa compreensão que o uso farmacológico vai adentrando e ganhando cada vez mais espaço na indicação de um possível “tratamento” para tais manifestações. Se a compreensão de deficiência ou de transtorno baseia-se na lógica apresentada, a indicação de medicamentos ganha solidez na compreensão de que o uso destes poderá “amenizar” diferentes tipos de manifestações, já que o que se compreende por “desvio” é associado como algo biológico, intrínseco e cerebral, passível de um “ajuste”.

Em um documento organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2012) sobre os processos de medicalização no Brasil, é problematizado o uso de metilfenidato em larga escala, principalmente para crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH e/ou algum transtorno específico de aprendizagem. Segundo o documento, os dados sobre a utilização desse medicamento – uma droga controlada de tarja preta – apresentaram um aumento significativo nos últimos

anos, indicando “um aumento de venda de 71.000 caixas em 2000 para 2.000.000 de caixas em 2010”. (IDUM, 2010 *apud* CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 7).

O Conselho Federal de Psicologia (2012) reitera, ainda, que o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato, e, com base nessa sinalização, acompanhamos cada vez mais um aumento expressivo em relação aos diagnósticos realizados em crianças e adolescentes em idade escolar.

Nesse sentido, Freitas (2011) problematiza “como a escola lida com as crianças que não param” a partir das discussões acerca do conceito de TDAH, apontando que este é considerado, nas literaturas especializadas, como a “forma de transtorno psiquiátrico mais comum na infância” (FREITAS, 2011, p. 174), cujo diagnóstico apresenta-se “na forma de epidemia”. A autora elabora:

Os discursos sobre TDAH vêm se acoplando a um discurso mais amplo em nosso tempo que é o da biologização e invenção do homem cerebral, onde os corpos todos precisam de otimização. Precisam ser “melhorados” e a medicação é farta para garantir esse processo. Não é mais só a patologia que precisaria ser medicada, mas o sujeito dito normal, de forma a qualificá-lo. (FREITAS, 2011, p. 175).

Portanto, a partir das discussões elencadas ao longo de todo o texto, será possível perceber que, apesar de avanços expressos em estudos e em enfrentamentos aos fenômenos patologizantes, medicalizantes e normatizantes, há uma consolidação na compreensão biologizante, muito vinculada a instrumentos e pesquisas que direcionam essa perspectiva. Patto (1997) já nos indicava que os direcionamentos e explicações acerca do fracasso escolar baseavam-se nas concepções biológicas, voltando-se exclusivamente para um olhar unilateral direcionado ao aluno, desconsiderando o estabelecimento das relações sociais e do contexto. Nesse sentido, reiteramos que, ao analisarmos os manuais classificatórios e abordarmos os referidos grupos diagnósticos, nos parece haver um investimento em uma compreensão diagnóstica que tende a valorizar aspectos biológicos, manifestações comportamentais e singularidades.

5.2.2 Transtorno Global do Desenvolvimento e Transtorno do Espectro Autista

A partir da quinta e atual versão do DSM, foi apresentada a nova terminologia TEA, substituindo o termo “transtorno global do desenvolvimento”, até então utilizado nas versões anteriores do manual. Nesse contexto de alteração, a abreviação TEA começou a ser usada rapidamente em pesquisas científicas, matérias de jornais e de revistas e na televisão. Novos cursos de aperfeiçoamento e especialização, nas mais diferentes áreas, começaram a utilizar o termo indicado pelo DSM-5.

Assim como acontece com o termo “deficiência intelectual”, podemos acompanhar constantes alterações nas formas de nomear e classificar o autismo. De modo pouco contextual e claro, o discurso médico psiquiátrico continua sendo tomado como referência nos documentos mais recentes na realidade brasileira.

Um exemplo disso seria a utilização, em políticas e normativas instituídas na área da educação especial, de termos como “transtornos globais do desenvolvimento”, indicado pelo DSM-IV-TR e pela CID-10. A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, ao mencionar esse grupo diagnóstico, utiliza-se do termo “transtorno global do desenvolvimento”. A Resolução CNE/CEB nº 4/2009, além de também utilizar esse termo, acrescenta outros termos indicados pelo DSM-IV-TR e pela CID-10 ao se referir a esse grupo:

II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação. (BRASIL, 2009b).

Como abordado anteriormente, com o lançamento do DSM-5, o termo utilizado pela APA deixa de ser “transtorno global do desenvolvimento”, o qual abrangia definições para síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, e passa a utilizar a nomenclatura “transtorno do espectro autista”, terminologia que engloba todas as definições anteriores.

Como efeito dessa mudança terminológica para além do uso de forma ampliada no contexto nacional, as políticas brasileiras também passaram a utilizar

esse termo. Nesse âmbito, é instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que visa regulamentar diretrizes e direitos referentes às pessoas que recebem o diagnóstico de autismo. (BRASIL, 2012). A referida política pública indica, ainda, que:

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II: I – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; II – padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos. (BRASIL, 2012).

A partir do exposto, é possível reconhecer uma indicação conceitual do autismo que está em consonância com o que é proposto nos manuais internacionais de classificação, principalmente a partir do DSM-5.

No contexto mundial, a CID vem sendo reformulada nos últimos anos, e, de acordo com o calendário da OMS, a CID-11²³ entrou em vigor a partir de 2022. A nova versão, segundo apresentações preliminares, apresenta, em consonância com o DSM-5, a nomenclatura “transtorno do espectro autista”, excluindo, assim, o termo “transtorno global do desenvolvimento” e demais terminologias utilizadas anteriormente para se referir a esse grupo diagnóstico.

Além disso, o DSM-5 aponta para a necessidade de se diagnosticar fenômenos que fazem parte da vida social, com intensificação dos quadros mais precoces de possíveis desvios. Temos acompanhado, recentemente, a recorrência de processos classificatórios e diagnósticos no início da vida infantil, envolvendo crianças de 0 a 3 anos, como nos mostra Oliveira (2017) ao discutir as implicações do diagnóstico precoce associado ao autismo.

A ideia de prevenção sustenta esse processo na medida em que se passa a pensá-la com o intuito de evitar o surgimento de qualquer tipo de doença que possa acometer a população ou seu possível “agravamento”.

²³ A CID-11 entrou em vigor em fevereiro de 2022, ainda sem tradução para o português.

Contudo, embora possa beneficiar muitos casos de acometimentos por doenças, o diagnóstico precoce de síndromes em crianças, como nos casos do autismo ou de outros transtornos²⁴, pode gerar possíveis estigmas e óticas diversas referentes aos acompanhamentos que a criança receberá. Ou seja, o ato de identificar precocemente deixa de “apenas” detectar aquilo que existe para contribuir na produção de sua existência.

Há uma falsa impressão de que certa antecipação na identificação de possíveis quadros diagnósticos em crianças com idade escolar possibilitará um trabalho pedagógico diferenciado. No entanto, sabemos que uma construção escolar atenta às possíveis necessidades pedagógicas dos alunos, na maioria das vezes, independe da identificação diagnóstica clínica, estando mais relacionada às possibilidades e estratégias pedagógicas pensadas para contemplar a contextualidade das diversas manifestações encontradas em crianças e adolescentes.

Com base nessa perspectiva, pesquisas como a de Oliveira (2017) nos apontam indícios de uma ampliação diagnóstica do autismo, principalmente em crianças com idade pré-escolar e escolar. Além da identificação precoce, outro ponto que pode intensificar a complexidade e a ampliação diagnóstica são as fronteiras diagnósticas existentes quando tratamos das classificações em saúde mental.

Nesse sentido, é importante sinalizar que, segundo o DSM-5:

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

Nesse sentido, a 11ª versão da CID apresenta em seus critérios diagnósticos a associação do autismo com a deficiência intelectual quando se referir ao quadro diagnóstico de TEA, elaborando as classificações correspondentes da seguinte

²⁴ Transtorno: nomenclatura utilizada pelos manuais de classificação.

forma²⁵: a) TEA sem transtorno de desenvolvimento leve ou sem comprometimento da linguagem funcional; b) TEA com transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada.

Percebe-se, ainda, que a literatura especializada aponta que cerca de 70% dos casos diagnosticados como autismo estariam associados à condição de deficiência intelectual. Reconhecemos que essa sinalização carece de cautela e investimento em estudos. No entanto, pesquisas como a de Silva (2016) alertam que mais da metade dos estudantes considerados público-alvo da educação especial são inseridos na categoria “deficiência intelectual”. Ao considerarmos essa problematização, inferiríamos que esse dado poderia ser ampliado se ponderarmos uma suposta associação com outras tipologias, como o próprio autismo.

Além do exposto, compreendemos que essa suposta associação por vezes poderá também intensificar uma fronteira diagnóstica, complexificando ainda mais os processos diagnósticos. Entende-se que o diagnóstico é construído a partir do agrupamento de informações e elementos obtidos em determinado tempo e espaço, sendo um procedimento que envolve subjetividades que deveriam ser reconhecidas por quem as avalia com base em um pressuposto limite, ou linha definidora, que o conjunto de avaliações e o observador (profissional que estará fazendo a avaliação diagnóstica) irão constituir. Por fim, a decisão final, o laudo diagnóstico e o estabelecimento de limite são sempre de caráter particular, como indica Frances (2016).

O processo diagnóstico de autismo, principalmente a partir do DSM-5, passou a ser um sinal de alerta para pesquisadores e profissionais que trabalham tendo como base uma ótica despatologizante, por compreenderem que o modo como esse quadro diagnóstico vem sendo apresentado nos manuais classificatórios intensifica o olhar tendencialmente patologizante de manifestações que seriam singularidades do sujeito e que exigiriam cautela na ação diagnóstica, o que pode estar contribuindo para o aumento de crianças diagnosticadas com autismo.

Nesse sentido, ao analisarmos os dados mais recentes disponíveis no *site* do INEP/MEC²⁶, averiguamos que, em 2020, o Brasil possuía um contingente numérico

²⁵ Para mais informações, pode-se consultar o seguinte *site*: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f437815624>

²⁶ Os dados foram extraídos do *site* do INEP/MEC na aba “Educação Básica” em “sinopses estatísticas da educação básica”. Os dados foram acessados através da pasta em Excel disponibilizada, contendo todos os dados extraídos da pesquisa realizada para Censo Escolar MEC/INEP.

de 1.152.805 alunos matriculados como público-alvo da educação especial em classes comuns de ensino e, destes, 228.100 foram inseridos na categoria “transtorno do espectro autista”. Ou seja, podemos considerar que 19,7% das matrículas gerais do público-alvo da educação especial, no ensino comum, são ocupadas pelos alunos inseridos nessa categoria diagnóstica naquele ano. Torna-se importante sinalizar, ainda, que o contingente numérico referente a essa categoria diagnóstica é o segundo mais expressivo entre as matrículas gerais dos estudantes público-alvo da educação especial, ficando atrás apenas de outra categoria diagnóstica também muito expressiva: a deficiência intelectual. (BRASIL, 2021b).

Pesquisas como a de Santos e Elias (2018) nos apontam que o contingente numérico de alunos inseridos no Censo Escolar na categoria “transtorno do espectro autista” tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Os autores, ao analisarem esse contingente nas regiões brasileiras, puderam destacar que os números de alunos inseridos nessa categoria aumentaram ainda mais a partir de 2012, o que é observado pelos autores como um possível impacto da Lei nº 12.764/2012, que institui diretrizes para a proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

5.2.3 Retardo Mental, Deficiência Mental e Deficiência Intelectual

Em relação à deficiência intelectual, terminologia utilizada na atualidade, é importante apresentar as mudanças e continuidades mais recentes em relação à sua terminologia e ao seu constructo.

No contexto mundial, assim como no DSM e na CID-10, a AAIDD e seus manuais classificatórios utilizavam a nomenclatura “retardo mental”. Esse termo começou a cair em desuso a partir de 2004, com a realização da Conferência de Montreal sobre Deficiência Intelectual, promovida pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

No ano de 2007, a até então nomeada Associação Americana de Retardo Mental modificou o nome da própria instituição para Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento. Concomitantemente a essa discussão, em 2010, a referida associação publicou a 11ª edição de seu manual classificatório, o Sistema 2010, que passa a utilizar prioritariamente o termo “deficiência intelectual”. A AAIDD indica a preferência por essa nomenclatura sinalizando a tentativa de fazer

com que a compreensão dessa condição deixe de ser um traço centrado na pessoa. Contudo, é importante esclarecer que a alteração ocorre no plano terminológico, visto que, conceitualmente, não há alteração desde o manual publicado em 1992 por essa instituição.

Ainda em relação à mudança terminológica, Silva (2016) sinaliza que

[...] a mudança terminológica, diferente do Brasil que já utilizava o termo deficiência mental, acontece internacionalmente de **retardo mental** para **deficiência intelectual**. Trata-se, portanto, de um processo bastante distinto, analisar a troca de retardo mental para deficiência intelectual, ou, no contexto brasileiro, a troca de deficiência mental para deficiência intelectual. Importante ainda destacar que, no cenário internacional posterior ao ano de 2006, existe uma revisão do conceito de deficiência proposto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU. O movimento de ressignificação do conceito de deficiência se associa a uma das possíveis justificativas para a mudança terminológica, no caso da deficiência intelectual, pois em ambos os casos existe a valorização de uma dimensão social associada à deficiência. (SILVA, 2016, p. 50-51, grifos nossos)

No contexto brasileiro, no que tange às políticas públicas, os termos “mental” e “intelectual” aparecem em concomitância em alguns documentos, como na Resolução CNE/CEB nº 4/2009, que, em seu quarto artigo, ao apresentar o público-alvo do atendimento educacional especializado, sinaliza a seguinte compreensão referente aos alunos com deficiência: “aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial”. Percebe-se que os respectivos termos, “mental” e “intelectual”, são utilizados sem um maior detalhamento se estes se referem à compreensão de um mesmo grupo diagnóstico.

Especificamente quanto à mudança terminológica, no Brasil, podemos presenciar a alteração de nomenclaturas nos cadernos de preenchimento do Censo Escolar do MEC/INEP. No referido documento, a partir de 2011, é apresentada, pela primeira vez, a nomenclatura “deficiência intelectual”, não aparecendo mais o termo “mental”. Nesse sentido, inferimos que o Censo Escolar tem acompanhado as indicações da AAIDD e de outros manuais internacionais no que se refere à terminologia da deficiência intelectual.

Contudo, como nos aponta Silva (2016), a mudança terminológica não ocorre de forma a ser problematizada e contextualizada no contexto brasileiro, gerando possíveis confusões e dúvidas em relação ao conceito da deficiência em questão.

Nesse mesmo direcionamento, a APA, ao desenvolver o seu mais recente manual diagnóstico, o DSM-5, institui o termo “deficiência intelectual”, deixando de utilizar o termo “retardo mental”, empregado do DSM II (1968) ao DSM-IV-TR (2000). Para fins de curiosidade, o termo utilizado na primeira versão do DSM, em 1952, era “deficiência mental”.

Além da alteração terminológica, o DSM-5 instrui que testes padronizados, como os de QI, não devem determinar o diagnóstico nem os níveis de gravidade indicados pelo manual, sinalizando que esses níveis devem ter como base o funcionamento adaptativo. No entanto, em nenhum momento o DSM-5 delimita de forma clara a exclusão do uso de testes de QI. Com base nisso, ao analisarmos as tentativas de rupturas a uma perspectiva mais patologizante da compreensão da deficiência intelectual e de valorização de uma perspectiva socioecológica, podemos inferir que a compreensão acerca da incapacidade e de uma condição intrínseca ao sujeito ainda é muito presente.

A mudança terminológica instaurada pela AAIDD principia um tímido debate em relação à perspectiva socioecológica, porém as formas de avaliação diagnóstica dos sujeitos com deficiência intelectual seguem uma perspectiva psicométrica, apontando o funcionamento intelectual e a conduta adaptativa abaixo da média como principais indicadores para um diagnóstico de deficiência intelectual.

Nesse sentido, dados quantitativos indicados por Veltrone e Mendes (2012), Silva (2016), Caiado, Baptista e Jesus (2017), apontam uma crescente no contingente numérico de alunos sendo inseridos na categoria “deficiência intelectual” em contexto nacional. Esse indicativo demonstra a necessidade de cautela, uma vez que há uma tendência contínua à compreensão da deficiência como uma possível incapacidade.

Desse modo, compreendemos que as alterações realizadas na abordagem das terminologias utilizadas para se referir à deficiência intelectual se relacionam também à pluralidade em sua constituição conceitual. Apesar de termos acompanhado alguns avanços quanto à compreensão do conceito de deficiência, especialmente a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ainda é possível identificar o predomínio de uma lógica que tende a valorizar uma dimensão individual e intrínseca ao sujeito na produção diagnóstica,

assim como a atribuição de supostas desvantagens àqueles que são alvo da ação classificatória.

5.2.4 Processos Diagnósticos e uma Possível Inflação Diagnóstica

A partir do exposto até aqui, podemos considerar que a busca pela capacidade de nomear e classificar manifestações humanas tem intensificado padrões pré-estabelecidos pela lógica que tende a patologizar manifestações cotidianas e, assim, reafirmando a força de um constructo que tende a fundir as ideias de doença, transtorno e deficiência. Desse modo, a cada ano se observa um contingente numérico mais expressivo de crianças diagnosticadas em idade escolar com os chamados transtornos do neurodesenvolvimento e, paralelamente, a ampliação do número de estudantes que fazem uso de medicamentos.

Mecanismos e processos como esses resultam de uma lógica que se apresenta ao senso comum por meio de uma suposta necessidade de cuidado e de prevenção, mas que está enraizada em uma perspectiva de classificação, normatização e controle.

Portanto, podemos perceber que a busca por critérios classificatórios “mais definidos”, como exposto em momento anterior, tem contribuído para uma espécie de fronteira entre o normal e o patológico, como indica Canguilhem (2017). Ao analisarmos os modos como os chamados transtornos do neurodesenvolvimento se apresentam no DSM-5, é possível perceber a grande influência que este manual tem nos processos de escolarização e nas possíveis formas de se interpretar as manifestações que ocorrem nessa etapa da vida, como diferentes itinerários de aprendizagem e modos de se expressar. A aprendizagem e o comportamento são critérios avaliados em diagnósticos como transtornos específicos de aprendizagem, TDAH, transtorno do espectro autista e deficiência intelectual.

Ao acompanhar processos classificatórios com crianças em idade escolar, é possível nos depararmos com famílias e profissionais com dúvidas quanto ao possível diagnóstico da criança que está sendo avaliada. A depender das manifestações analisadas, a fronteira diagnóstica torna-se uma linha muito tênue em relação ao autismo e ao TDAH, por exemplo. O mesmo pode-se dizer em relação aos transtornos específicos de aprendizagem e à deficiência intelectual, pois ambos requerem, entre seus respectivos critérios diagnósticos, a necessidade de avaliar os

percursos de aprendizagem e as “habilidades acadêmicas” (assim nomeadas no DSM-5). Historicamente, no contexto brasileiro, podemos acompanhar uma constante associação das chamadas dificuldades de aprendizagem à deficiência intelectual. Como visto em momento anterior, o movimento higienista fez com que estudantes com dificuldades de aprendizagem – e não necessariamente com alguma deficiência – frequentassem escolas e classes especiais.

Na incessante busca por classificar o considerado “anormal”, Simão Bacamarte, personagem de *O alienista*, obra de Machado de Assis, acabou internando no hospital psiquiátrico quase toda a população da vila de Itaguaí. (ASSIS, 2008). A literatura nos mostra que essa tendência classificadora não é um fenômeno recente. Desse modo, merecem ser questionadas as lógicas da patologização e da medicalização que tendem a normatizar, classificando comportamentos, percursos e manifestações cotidianas, fazendo com que cada vez mais pessoas sejam diagnosticadas com algum tipo de patologia em consonância com os chamados transtornos mentais.

Por mais que os manuais diagnósticos invistam nessa incessante busca por critérios diagnósticos, a responsabilidade de avaliar conforme esses critérios recai sobre um profissional que assumirá o papel de observador nessa relação. E, como já mencionamos, cada observador fará sua análise na busca de interpretar esses critérios, o que pode gerar dissonâncias. Lima Barreto, em *Diário do hospício*, sinaliza uma espécie de incoerência verbal no manicômio, “em que um diz isto, outro diz aquilo, e que, parecendo conversarem, as ideias e o sentido das frases de cada um dos interlocutores vão cada qual para o seu lado”. (BARRETO, 2017, p. 47). Tais dissonâncias deveriam ser consideradas como indícios de critérios oscilantes que têm suporte em uma dinâmica essencialmente interpretativa. Desconsiderar essa flexibilidade de critérios faz com que se amplie, cada vez mais, o que Frances (2016) nomeia como “inflação diagnóstica”.

Como visto anteriormente, as associações que lideram e organizam os manuais diagnósticos têm tentado apresentar uma conotação mais social da deficiência. Contudo, a partir da análise desses manuais, pode-se perceber uma tendência no sentido de manutenção de modelos estigmatizantes, que se afastam cada vez mais de uma compreensão social e contextual da deficiência.

Paulo Amarante sinaliza que a psiquiatria, por exemplo, não tem como referencial o modelo biomédico. Para esse estudioso, as definições sobre o

diagnóstico apresentadas pelos manuais classificatórios seriam estatísticas, relacionadas a uma suposta ideia de normalidade e de um certo poder para nomear alguém como transtornado, louco, alienado; assim, o modelo biomédico seria apresentado na psiquiatria como um mito “vendido” para a mídia e para a sociedade, reafirmando uma ideia não confirmada de comprovação dos vínculos biológicos da “doença” com base em supostas evidências científicas. (DESPATOLOGIZA, 2021)²⁷.

A discussão acerca da constituição dos manuais diagnósticos possibilita uma pluralidade de problematizações relacionadas aos seus engendramentos políticos e sociais em nossa sociedade. Ao tratar mais especificamente do cenário que envolveu a construção do DSM-5, diversos autores, entre eles Allen Frances e Paulo Amarante, apontam para uma relação significativa entre a inflação diagnóstica e o aumento da prescrição e do uso de drogas psiquiátricas.

De acordo com Freitas e Amarante (2017, p. 33), “a epidemia das drogas psiquiátricas é um dos aspectos mais relevantes da medicalização do homem contemporâneo”. Apesar desse fenômeno ter aumentado drasticamente nos últimos anos, é a partir da década de 1950, juntamente com o início dos movimentos que desenvolveram os manuais diagnósticos explorados neste estudo, que a relação entre medicina e indústria farmacêutica amplia sua aliança, sobretudo a partir do desenvolvimento das drogas psiquiátricas.

Dessa forma, os engendramentos abordados até então sobre os processos e critérios diagnósticos e sobre os fenômenos de patologização e medicalização se relacionam estritamente aos possíveis efeitos da produção diagnóstica e da indústria farmacêutica, assunto que será abordado em sequência.

5.3 “PÍLULAS MÁGICAS”: A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E A PRODUÇÃO DIAGNÓSTICA

Como visto anteriormente, estudos que discutem a flexibilização e a ampliação dos parâmetros classificatórios apresentam indícios de uma suposta produção diagnóstica associada ao uso de drogas utilizadas no campo psiquiátrico.

A inflação diagnóstica tem numerosas causas (aqui já salientadas), fazendo

²⁷ **Despatologizar a loucura, com Ana Pitta, Ana Paula Guljor e Paulo Amarante.** YouTube, 2021.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p0vBWMONjCE>

com que singularidades e manifestações passem a ser identificadas como sintomas. Relaciona-se a isso, em nosso contexto social, em especial no contexto escolar, um aumento na prescrição de variados tipos de medicamentos para crianças e adolescentes.

Pesquisas acadêmicas e reportagens²⁸ divulgadas em diferentes mídias nos indicam que, no cenário atual da indústria farmacêutica, o jargão popular “prevenir para remediar” ganha força e solidifica a ampliação de uma identificada “bolha diagnóstica”.

Como nos aponta Frances (2016), o desenvolvimento das práticas relacionadas à área da psiquiatria passa a se associar cada vez mais à premissa valorizadora do ato de “prevenir”. No entanto, a prevenção associada à saúde mental geralmente está atrelada a uma hipótese diagnóstica, que, na maioria dos casos, vem acompanhada pelo uso de um medicamento que promete “diminuir” ou “inibir” as manifestações comportamentais. Segundo o autor, parece ser um objetivo atraente “identificar o mal cedo para evitar que ele ganhe forças e cause algum dano”. (FRANCES, 2016, p. 106).

Ainda:

A identificação precoce de enfermidades sofre do problema de “agulha no palheiro”. Testes de rastreamento costumam estabelecer parâmetros baixos para não ignorar quem precisa de diagnóstico, mas nesse processo acabam inevitavelmente rotulando de modo equivocado muitos que não precisam. [...] O *frisson* enganador pela intenção precoce vem em parte do entusiasmo cheio de boa-fé de pesquisadores e médicos, ansiosos por ajudar os pacientes a combater a doença. No entanto, o melhor conselho para eles vem do Coelho Branco em Alice no País das Maravilhas: “não faça coisa alguma, fique aí parada”. (FRANCES, 2016, p. 107-108).

Nesse sentido, a partir da publicação do DSM-5, há a recorrência de processos classificatórios e diagnósticos no início da vida infantil. Oliveira (2017) e

²⁸ Veja mais em: *A epidemia de doença mental*, em texto de Marcia Angell para a piauí, disponível em <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/>; “*Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais*”, entrevista de Allen Frances para o El País, disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html; *Allen France: um alerta a médicos e pais sobre o déficit de atenção*, em matéria de Heloisa Villela para o Viomundo, disponível em <https://abrapee.wordpress.com/2011/11/21/allen-frances-um-alerta-a-medicos-e-pais-sobre-o-deficit-de-atencao/>; e *O impacto que o DSM teve sobre todos nós: uma entrevista com Sarah Fay e Allan Horwitz*, por Robert Whitaker para a Mad in Brasil, disponível em <https://madinbrasil.org/2022/04/o-impacto-que-o-dsm-teve-sobre-todos-nos-uma-entrevista-com-sarah-fay-e-allan-horwitz/>

Vasques (2008) indicam que conhecidos dispositivos de investigação destinados à avaliação diagnóstica, em sua maioria, se constituem em propostas padronizadas e esquemáticas de análise de comportamentos. Tais escalas avaliativas tendem a ser simplificadas para facilitar a aplicação e estão em sintonia com princípios que não consideram a importância da reciprocidade entre sujeito observado e sujeito observador. (OLIVEIRA, 2017).

Nas últimas décadas, temos acompanhado o quanto a área médica, em especial a psiquiatria, tem intensificado o uso de medicamentos (psicofármacos). Segundo o jornalista e pesquisador Robert Whitaker, a própria psiquiatria afirma ter se consolidado por meio da introdução do *Thorazine*²⁹, primeira droga amplamente disponibilizada no mercado para o “tratamento” do distúrbio mental. O autor salienta que essa droga é conhecida por desencadear a revolução psicofarmacológica na década de 1940. (WHITAKER, 2017).

O termo “revolução” pode ser utilizado neste contexto a partir de análises distintas, mas uma delas é inegável: as drogas psicotrópicas revolucionaram o campo da saúde mental, impulsionaram as produções e os cofres das indústrias farmacêuticas e, de certa forma, contribuíram com a intensificação do fenômeno que conhecemos por produção diagnóstica. Após o *Thorazine*, muitos outros fármacos foram criados e comercializados com a promessa de possibilitar aos usuários um “desempenho excepcional”. Nesse sentido, o *New York Times* publicou várias reportagens entre os anos de 1954 e 1955 nomeando o *Thorazine* como uma “pílula milagrosa” e, mais tarde, o *Miltown* (antidepressivo) como a “pílula da felicidade”. (WHITAKER, 2017, p. 73).

Entre tantas fórmulas e promessas, a indústria farmacêutica, responsável pela pesquisa, produção e comercialização dos psicotrópicos, garantiu acesso a uma “pílula mágica” para qualquer sintoma que nos desacomode.

Com a grande demanda de busca por essas pílulas, “os fabricantes perceberam que os medicamentos psiquiátricos se tornariam sua mina de ouro”. (FRANCES, 2016, p. 117). Assim, a indústria e as associações responsáveis pela vistoria e aprovação da comercialização desses psicotrópicos, como a Sociedade Norte-Americana de Medicina (AMA), se ocuparam de investir na publicidade desses produtos.

²⁹ Torazina, vendida no Brasil como Amplictil. Utilizado inicialmente como tranquilizante no “tratamento” de psicóticos.

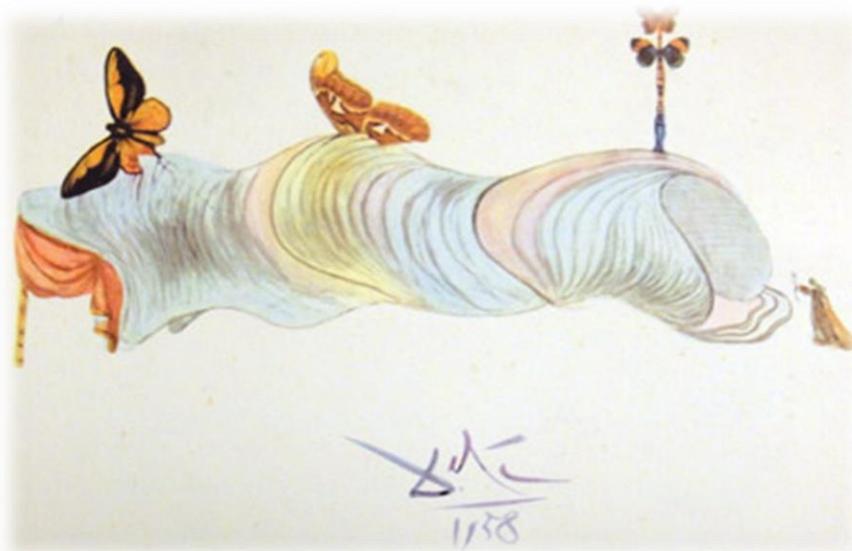
Segundo o jornalista Whitaker (2017), a AMA teve forte influência na lei americana, que passou a determinar que alguns medicamentos, principalmente os psicotrópicos, deveriam ser comercializados apenas com receita médica, e essa receita deveria ser atualizada para cada compra da mesma medicação. Ou seja, antes de comprar o medicamento, o usuário deveria visitar seu médico para adquirir a nova receita. O que pode ser visto como um cuidado necessário à não comercialização desses medicamentos de modo não acompanhado por médicos também foi visto como a ampliação da comercialização de medicamentos e o aumento da relação entre médicos e laboratórios farmacêuticos.

Nesse sentido, Frances (2016), Whitaker (2017) e Gotzsche (2016) apontam que, a partir do estreitamento dessa relação, a indústria farmacêutica passa a investir em atos e divulgações publicitárias. Segundo esses autores, há um investimento milionário para a veiculação de anúncios na TV e na imprensa, bem como em espaços destinados à formação continuada de médicos, com o objetivo de apresentar as “novidades” desenvolvidas no âmbito da pesquisa associada aos medicamentos.

Um dos acontecimentos mais curiosos, escolhido para ilustrar tamanho investimento, diz respeito ao ato publicitário organizado pela *Wallace Laboratories* em 1958. Whitaker (2017, p. 74) relata que o referido laboratório contratou Salvador Dalí para produzir um ato publicitário com o objetivo de “atiçar a febre do *Miltown*³⁰, pagando 35.000 dólares ao grande pintor para criar uma instalação em uma convenção da AMA, com a intenção de captar a magia dessa nova droga” (Figuras 1 e 2).

³⁰ De nome farmacêutico meprobamate, é um medicamento inventado por Frank Berger nos anos 1940 e comercializado como *Miltown* pela *Wallace Laboratories*. Foi o tranquilizante mais popular da época, sendo substituído pelos benzodiazepínicos.

Figura 1 - *Crisalida* (1958), de Salvador Dalí, anúncio encomendado pela *Wallace Laboratories*



Fonte: Dalí (1958).

Figura 2 - Instalação de *Crisalida* (1958), de Salvador Dalí



Fonte: Ralphs (2018).

A obra encomendada a Salvador Dalí se concretizou em um túnel de paredes de seda adornado com murais que representam a jornada da ansiedade (retratada como uma figura oca retorcida) até a tranquilidade (representada por uma mulher

com roupa clara e uma coroa de flores). (PETERSEN, 2018).

As borboletas – desenhadas no projeto e presentes na sua execução – não são por acaso. Crisálida é o estágio em que as lagartas de borboletas são envoltas por uma seda protetora, o casulo. Nesse estágio, o inseto envolto na crisálida passa pelo seu processo de metamorfose, criando asas e se tornando, enfim, uma borboleta.

Como uma capa protetora que possibilita a metamorfose, o medicamento *Miltown* prometia tranquilizar as pessoas que estavam acometidas pela ansiedade. Fazendo um paralelo com a publicidade realizada por meio da obra de Dalí, sem a medicação, “não poderia se criar asas e voar”, como diria a música de Raul Seixas, que segue: “tem que ser selado, registrado, carimbado, avaliado, rotulado se quiser voar”³¹.

Assim, a ideia da necessidade de medicação, principalmente de psicotrópicos, está associada a um aumento significativo nos últimos anos, com o crescente encaminhamento de crianças aos serviços de saúde mental e ao processo de identificação diagnóstica. A indústria farmacêutica cresce com base na promessa de possibilitar o uso de medicamentos para aqueles que supostamente apresentam “desvios de atenção”, “dificuldades na aprendizagem”, entre outras manifestações.

A medicalização de crianças em idade escolar alimenta a crença de que as supostas dificuldades de aprendizagem estão no aluno e são consequências de uma presumida “doença”, o que movimenta um grande mercado de serviços por meio de encaminhamentos à avaliação diagnóstica e consequente indicação de uso de psicotrópicos. Um aspecto importante a ser observado para a análise da medicalização da vida escolar é a tendência a associar comportamentos considerados inadequados a algum possível distúrbio neurológico. (SANCHES e AMARANTE, 2014).

Para Silva e Baptista (2021, p. 60), o investimento em uma perspectiva despatologizante e desmedicalizante, como uma nova ótica para a análise dos processos sociais e diagnósticos, continua sendo nosso grande desafio. Trata-se de uma busca de construção de parâmetros analíticos que evocam uma análise que considere o sujeito em seu contexto, que problematize as dinâmicas simplificadoras

³¹ SEIXAS, Raul. O carimbador maluco. *In*: SEIXAS, Raul. Raul Seixas. São Paulo, SP: EMI-Odeon, 1983. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f8QS49e2idc>

que exigem repetições de comportamentos considerados adequados, reconhecendo que cada iniciativa de uma pessoa expressa sentidos, os quais precisam ser investigados a partir da teia geradora constituída por relações, palavras e expectativas sociais.

Contudo, de acordo com Moysés e Collares (2021), parecemos viver numa “era dos transtornos”:

[...] vivenciamos a escalada violenta dos diagnósticos de dislexia, TDAH, TOD e todas as demais nomenclaturas lançadas cotidianamente pela *American Psychiatric Association* (APA), como novos produtos de mercado, sempre acompanhados por novas drogas recém lançadas no mesmo mercado. Muitas vezes, a nova droga surge antes que o novo transtorno. (MOYSÉS E COLLARES, 2021, p. 74)

Essas autoras nos indicam a potência de instituições que desenvolvem pesquisas e orientações acerca dos processos diagnósticos, como as apresentadas neste capítulo, e que estabelecem relações com a indústria farmacêutica. Como problematizamos, os engendramentos e os efeitos dessas relações resultam em práticas observadas em nosso contexto nacional. Os exemplos apresentados nesta escrita descreveram desde percursos políticos e normativos que tendem a acompanhar as orientações descritas por manuais diagnósticos, como os efeitos de uma possível ampliação diagnóstica em crianças e adolescentes em idade escolar, até o uso de substâncias medicamentosas que frequentemente são associadas ao crivo diagnóstico e a um possível tratamento.

Reconhecemos que os efeitos das práticas que envolvem os processos diagnósticos e sua tendência à medicalização contemplam elementos constituídos de forma coletiva. Segundo Bridi (2021, p. 10), trata-se de uma questão que nos afeta, visto que, “no movimento de transformação das condições de vida em sintomas, vivemos um adoecimento individual e coletivo e, principalmente, um apagamento das múltiplas nuances de existir e de ser humano”.

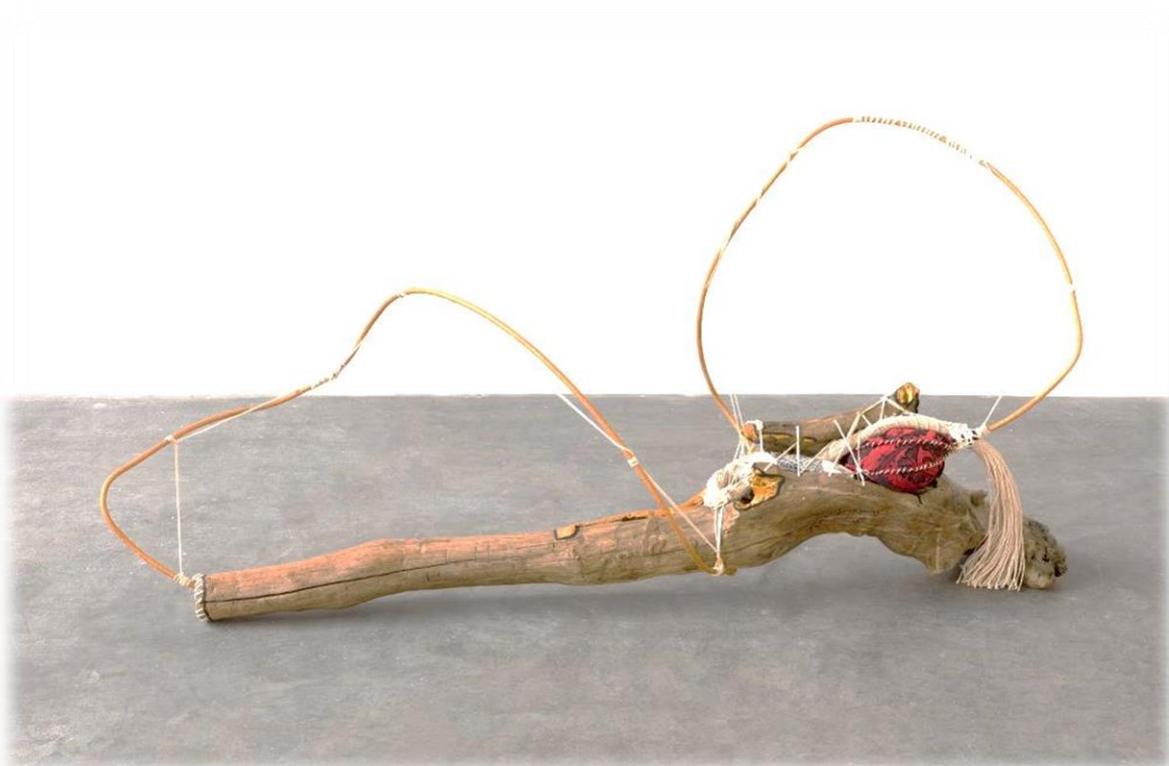
A ampliação do contingente numérico de crianças sendo diagnosticadas pode ser identificada em nossa realidade cotidiana como professores, assim como em pesquisas apresentadas ao longo deste estudo. Ao problematizarmos a patologização da infância, a produção e a inflação diagnóstica, nos propusemos a discutir os caminhos que temos tomado na constituição do ser criança. Sabemos

que a lógica patologizante e a produção diagnóstica são resultado da ação de diversos atores sociais que passam a compartilhar lentes definidoras dos fenômenos investigados. Nesse sentido, acreditamos que o debate acerca de uma ação plural passa a ser fundamental quando consideramos que conhecer as dinâmicas geradoras desses atos de classificação pode ser um primeiro passo para modificar tais dinâmicas e abrir espaço para a produção do novo possível.

“O menino dos olhos brilhantes” ingressou no primeiro ano do ensino fundamental em 2021, período em que estávamos com aulas remotas por conta da pandemia por covid-19. Ele chegou na escola antes mesmo de chegar, ou pelo menos algumas de suas características e uma preocupação recaída sobre ele chegaram através de um e-mail por parte da equipe que o acompanhava na educação infantil. Um diagnóstico não consolidado, mas um processo diagnóstico e patologizante anunciado. O ano de 2021 começou, o trabalho foi se desenvolvendo e o que podemos perceber é que o vivido até então pelo menino fazia eco nele, na sua família, na compreensão de mundo.

Um dia, quando as aulas presenciais estavam retornando, o “menino dos olhos brilhantes” me olhou e disse: “Professora, eu não consegui me controlar”.

Um menino de 7 anos já com uma compreensão – uma ideia de controle.



Sonia Gomes, sem título, da *Raízes series* (2021), tronco de árvore, tecidos e linha de algodão, 73x153x60cm. Autorizado pela autora em contato realizado em 21 de abril de 2022.

6 ENTRELAÇANDO OLHARES E NARRATIVAS: O QUE SE FAZ MEMÓRIA ENTRE AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E OUTRAS HISTÓRIAS

Este capítulo tem por objetivo contar histórias e dialogar com a produção científica que discute a medicalização, a patologização e os processos de escolarização. Memórias, lembranças, investigações. Como Gagnebin (2006, p. 111) nos indica, “a escrita se relaciona essencialmente com o fluxo narrativo que constitui nossas histórias, nossas memórias, nossa tradição e nossa identidade”.

Compreendemos ainda que a tentativa de narrar histórias sempre é acompanhada pela ótica do observador, isto é, de quem as narra. Dessa forma, não existe realidade independente do observador, como bem nos afirma Vasconcellos (2013). A ideia de uma suposta realidade – e aqui poderíamos acrescentar a narrativa e a história – faz parte de uma construção social. Desse modo, reiteramos a compreensão de que “substitui-se a preocupação com a verdade pelo reconhecimento de múltiplas verdades, de diferentes narrativas, não mais sobre ‘a realidade tal como ela existe’, mas sobre a experiência” (VASCONCELLOS, 2013, p. 141).

É a partir de experiências e de memórias que iremos apresentar, neste capítulo, as inquietações pulsantes na trajetória da pesquisadora e professora. Articulada a essas narrativas, esta escrita também irá evocar histórias contadas por outros autores, que se ocuparam de realizar suas pesquisas acerca dos fenômenos da medicalização e da patologização da vida.

Dessa forma, o texto assume dois objetivos centrais. O primeiro é dialogar com o levantamento bibliográfico feito com base em produções nacionais, com a intenção de favorecer a compreensão sobre o que tem sido produzido cientificamente com relação à temática estudada. O segundo objetivo tem a pretensão de dialogar com o levantamento bibliográfico a partir das narrativas e histórias que compõem a trajetória profissional desta pesquisadora como professora da área de educação especial.

Para a construção do levantamento bibliográfico desta pesquisa, a análise aconteceu por meio de estudos que versam sobre os processos de medicalização e patologização da vida e que, de certa forma, configuram uma ótica referente à deficiência e aos processos de escolarização.

Nesse sentido, em um primeiro momento, debruçamo-nos na busca bibliográfica, realizada através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, procurando estudos publicados entre os anos 2008 e 2020.

Cabe destacar que a busca envolveu a combinação dos descritores patologização, medicalização, educação especial, inclusão e deficiência. Na biblioteca digital, foi possível sinalizar, no ato da busca, que todos os trabalhos correspondentes deveriam apresentar obrigatoriamente os termos “medicalização” e/ou “patologização” associados aos demais termos utilizados e sinalizados anteriormente. Essa opção possibilitou que os trabalhos encontrados apresentassem uma maior aproximação com a temática aqui estudada. Dessa forma, tivemos acesso a 46 pesquisas, destas, 18 teses e 28 dissertações.

Após uma análise inicial dos trabalhos encontrados, selecionamos 24 trabalhos que julgamos apresentar relação de maior congruência com a temática discutida neste estudo. O principal ponto de inclusão ou de exclusão para a construção deste capítulo foi a presença, nesses textos, de algum tipo de relação com o contexto escolar, desde as práticas escolares até a formação de profissionais que trabalham com crianças/alunos.

Assim, os trabalhos selecionados, distribuídos em 11 teses e 13 dissertações, nos auxiliam a problematizar o cenário de discussões sobre o tema “patologização e medicalização da vida no contexto escolar na conjuntura nacional dos últimos anos”.

Além disso, cabe destacar que os trabalhos selecionados se dividem nas seguintes áreas de conhecimento: Educação (9); Psicologia (9); Sociologia (2); Educação em Ciências (1); Processos de Desenvolvimento Humano e a Saúde (1); Psicologia da Saúde (1); Saúde Pública (1).

Ao longo do presente capítulo, o leitor encontrará debates focalizando os seguintes temas associados à literatura especializada: a) problematização dos fenômenos que envolvem a medicalização e a patologização; b) discussão a partir de pesquisas que evidenciam diferentes campos teóricos e ações vinculadas à formação especializada; c) constituição de um fluxo de ideias e de ações que tendem a ser geradoras de processos diagnósticos com possíveis efeitos nas trajetórias escolares.

Em uma primeira análise, podemos verificar que as produções selecionadas versam sobre os efeitos que os processos de medicalização e patologização geram na vida das pessoas, principalmente naquelas em fase de escolarização. Além disso, boa parte dos trabalhos problematizam como tem se configurado a sistemática que consiste em uma primeira avaliação do aluno no contexto escolar, e que, caso seja apontado um traço identificado como um problema relacionado à aprendizagem, o aluno deverá ser encaminhado a uma avaliação clínica/diagnóstica.

Os estudos encontrados sinalizam uma lógica que será bastante discutida neste estudo: a recorrência de iniciativas e de procedimentos que mostram o predomínio de uma lógica associada à tendência de patologizarmos e medicalizarmos nossas crianças em idade escolar.

O segundo objetivo deste capítulo, como já anunciado, é trazer narrativas, diálogos e histórias que compõem, configuram e dão vida à trajetória profissional desta pesquisadora como professora da área de educação especial. São narrativas e traduções a partir da minha condição de observadora durante as experiências vividas e documentadas em cadernos de anotações, fichários e relatórios. Essas histórias não são apenas “minhas” ou de outros. Elas compõem uma “história aberta”, como disse Carmo (2018), uma história que tem passado, presente e futuro, não de forma linear, mas como ela é, vívida e presente. Essa história aberta é marcada pela normatização dos corpos, pelo “padrão” constituído socialmente e que se acredita ser necessário para o mercado, para a educação e para o progresso. Essas histórias falam sobre corpos, manifestações e expressões que geralmente são silenciados pelo “carimbo da patologização” e/ou pela pílula mágica do ato de medicar.

Ao analisarmos a história da patologização e da normatização, nos deparamos com o abandono, com o encarceramento, com a exclusão, com movimentos que vão e voltam de diferentes formas. E, em alguns períodos, temos suspiros e tentativas de quebra – a luta antimanicomial e a defesa por uma educação mais inclusiva são exemplos dessas rupturas e das buscas de construção de novas formas de existência.

6.1 OS FENÔMENOS DA MEDICALIZAÇÃO E DA PATOLOGIZAÇÃO: OS EFEITOS NO SER CRIANÇA E NOS PROCESSOS DE ESCOLARIZAÇÃO

Assis foi diagnosticado com autismo aos 3 anos de idade. A escola de Assis nunca sinalizou alguma necessidade mais expressiva, ou que o aluno necessitaria de acompanhamento da área da educação especial de forma mais sistemática e rotineira. No contexto escolar, o aluno conseguia trabalhar com “êxito” em tudo que lhe era proposto. Porém sua mãe duvidava do rendimento escolar do seu filho, pois apontava que, em casa, o filho não apresentava “certas aptidões”. Desse modo, realizaram-se diversas investidas apontando as necessidades do filho: descrevia rigidez no recebimento de informações, dificuldade em compreender figuras de linguagem e, em alguns momentos, irritabilidade.

Assis está entrando na adolescência. O menino está crescendo e apresenta características comuns da fase em que se encontra, entre elas, a dose de irritabilidade que acompanha grande parte dos nossos adolescentes.

Ele vive o 6º ano do ensino fundamental com dúvidas, anseios e novas descobertas. Essa etapa da escolarização é marcada por muitas mudanças, como o aumento na quantidade de disciplinas e de professores, uma rotina bem diferente daquela encontrada nos anos iniciais do ensino fundamental.

Por solicitação da mãe, a partir do diagnóstico, Assis começa a frequentar o atendimento educacional especializado e, a partir desse movimento, e também por solicitação da mãe, passa a receber flexibilização e adaptação em algumas atividades. Os professores relatam que o menino “vai muito bem” e que, quando apresenta algumas dúvidas, são dúvidas ‘corriqueiras’ para a faixa etária. A mãe sinaliza o oposto, que ele tem muitas dúvidas, não entende o que falamos, não entende o conceito das palavras e diz que algumas coisas não fazem sentido para o menino. Muitas coisas não fazem sentido aos 11 anos. Quantas vezes tivemos (ou temos) que escutar a explicação de algum conceito que às vezes só fará sentido daqui a um tempo ou daqui a alguns anos? Nessa situação, temos os apontamentos de uma lógica patologizante por quem é responsável por essa criança. A escola, sem muito sucesso, tenta sinalizar o contrário e trazer um pouco de calma aos anseios dessa mãe, destacando que ele está indo bem no seu processo de aprendizagem. A mãe indica a necessidade de iniciar alguma medicação para auxiliar na sua aprendizagem. Na condição de escola, focamos na compreensão de respeitar o tempo da criança e do seu processo de aprendizagem. Enquanto isso, o menino fica no “entre”, nas fronteiras entre o ser, estar e o que esperam dele.

Ao associar o suposto “não aprender” e as manifestações comportamentais dos alunos a uma questão de saúde, reforçamos uma compreensão que há muitos anos se faz presente em nosso contexto educacional e que tende a valorizar a lógica normatizadora da vida. Como nos sinalizam Garrido e Moysés (2015, p. 172), “o que está em jogo é um violento processo de medicalização de crianças cujo desempenho na escola não corresponde exatamente ao padrão esperado”.

No entanto, “o padrão esperado” é sempre esperado por alguém, seja a escola, sejam os familiares, os vizinhos, os especialistas. O olhar externo julga,

narra, sinaliza e cria “mapas” sobre o outro.

Nesse sentido, ao problematizar os efeitos da medicalização nos discursos escolares, assim como a crescente utilização de medicamentos em crianças em idade escolar, Guarido (2008) propõe discutir os efeitos das concepções da medicina e das pesquisas em biologia e neurociências quando transformadas em senso comum e adentradas no campo da educação, sobretudo nas práticas escolares. A autora, assim, investiga as raízes históricas da presença de uma discursividade escolar que potencializa a necessidade diagnóstica no contexto educacional.

A partir de análise realizada na revista Nova Escola, a autora pontua que as informações trazidas pela revista apontam para uma descrição biológica dos fenômenos humanos, sinalizando ainda que:

A análise da revista Nova Escola permitiu que reconhecêssemos como o saber médico e as boas novas científicas têm estado presentes nas informações que circulam entre os professores. Tais informações têm aderido a uma descrição biológica dos fenômenos humanos e a uma decifração do processo de aprendizagem em termos do funcionamento cerebral. (GUARIDO, 2008, p. 105).

A pesquisa problematiza os efeitos de uma concepção biológica do humano quando se trata do campo da educação, assim como o poder dado à utilização de medicamentos como recurso “para dar conta da tarefa educacional no mundo contemporâneo”. (GUARIDO, 2008, p. 8).

A ótica biologizante, que provoca a compreensão intrínseca da deficiência e da diferença, faz parte da conjuntura dos processos de patologização e medicalização. Nessa perspectiva, Silveira (2015) sinaliza que esses não são fenômenos isolados, tampouco pertencentes a uma história recente. *Da infância inventada à infância medicalizada*, título de sua pesquisa, o autor propõe discutir, por meio de um estudo teórico, a relação dos processos de medicalização no espaço social, principalmente no contexto dos processos de escolarização. Como um dos marcos dessa relação, destaca a publicação, em 1980, da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III); além disso, destaca a parceria estabelecida entre setores da psiquiatria e da indústria farmacêutica, que, segundo autor, são “empenhada(s) em massificar a produção e o consumo dos psicofármacos” (SILVEIRA, 2015, p. 8).

Como já mencionado em momento anterior, o aumento do uso de medicamentos, e a influência da indústria farmacêutica cresce ainda mais nessa área. Sanches e Amarante (2014) alerta que alguns dos maiores *blockbusters* (nome dado aos medicamentos cuja venda anual ultrapassa um milhão de dólares) são psicofármacos.

Silveira (2015), ao se utilizar de concepção freudiana, destaca a complexidade e a crença dos processos de medicalização e patologização:

Se por um lado concordamos que este fenômeno da patologização e medicalização da infância tende a encobrir os múltiplos e importantes fatores correlacionados e, portanto, dificilmente oferece outras saídas (não medicamentosas) para os sintomas que as crianças apresentam por onde passam, por outro não podemos negar que ele acaba atendendo, em última instância, às demandas de silenciamento do mal-estar [...] Mais ainda, ele responde aos anseios de uma sociedade que acredita ter encontrado no corpo/cérebro um lugar mais ou menos estável, tanto para afirmar suas identidades quanto para justificar erros e acertos. (SILVEIRA, 2015, p. 130 – 131)

A partir dessa citação, torna-se importante problematizar o que compreendemos como um dos principais nós da discussão aqui proposta e dos indícios sinalizados nas pesquisas que compõem este levantamento bibliográfico.

De um lado, temos a sinalização de que os fenômenos da patologização e medicalização acabam não possibilitando uma discussão mais ampla sobre os sintomas e manifestações que nossos alunos vêm apresentando no contexto escolar, menos ainda sobre as possibilidades educacionais para atender suas demandas. Parece que o caminho a ser escolhido tem sido aquele que favorece a condução de uma avaliação inicial e diagnóstica no contexto clínico. Além do mais, assim como sinalizado por Silveira (2015), o processo de medicalização acaba, de certa forma, silenciando o mal-estar apresentado.

Nesse sentido, como podemos reforçar uma cultura que valoriza outras possibilidades de acompanhamento e de auxílio diante das necessidades que nossas crianças têm apresentado no contexto escolar?

Torna-se desafiador pensarmos nessas outras possibilidades quando compreendemos o papel fundante desempenhado por documentos orientadores, como o DSM, e quando tratamos dos fenômenos aqui estudados. Nesse sentido, Silveira (2015) também sinaliza a existência de confluência de interesses ao articular o papel da indústria farmacêutica no estabelecimento de diretrizes identificadas no

DSM.

Reconhecemos que o DSM, apesar de não ser amplamente conhecido na sociedade brasileira, exerce tamanha influência, no contexto escolar, na concepção e compreensão de quadros diagnósticos e também na forma de nomearmos os sujeitos associados a esses quadros. A exemplo disso, temos a utilização do termo *transtorno*³² presente em grande parte dos perfis diagnósticos que se encontram descritos no DSM.

Como resistir frente a esse processo que está conectado a múltiplos fatores e construções sociais, entre elas a cultura tecnocientífica e consumista da qual fazemos parte, que considera como resposta mais efetiva uma necessidade de tratamento “através do consumo de psicofármacos”, como nos sinaliza Silveira (2015)? Nesse sentido, Mutarelli (2017) problematiza os efeitos e os sentidos vinculados à medicalização e às possibilidades de resistência. A autora aborda a medicalização a partir do referencial teórico-metodológico da fenomenologia, compreendendo o homem como “ser no mundo” e a medicalização como um processo técnico do mundo que busca controlar, padronizar e prever os fenômenos multideterminados do ser humano. Nessa direção, a autora propõe, também, observar como têm ocorrido as formas de resistência à medicalização no contexto francês.

Discutindo a necessidade de resistência, a autora sinaliza o quanto a medicalização envolve nuances complexas e diversos campos de disputa. Afirma, ainda, que, na perspectiva francesa, a resistência à medicalização apresenta-se a partir de múltiplos sentidos, mas o principal ato de fortalecimento à resistência tem sido aquele que envolve o “campo político”. (MUTARELLI, 2017).

Mutarelli (2017) esclarece que, ao utilizar a expressão “campo político”, a partir de uma leitura fenomenológica, considera que, ao se aproximar do fenômeno de resistência à medicalização da sociedade, está, conseqüentemente, implicando seu estudo ao âmbito político. Nesse sentido, reitera que esses movimentos de resistência são articulações políticas, pois “trata-se de pessoas que no espaço público, buscam com suas ações influenciar no modo de cuidar de si e dos outros,

³² A exemplo, o DSM-5 traz o termo e grupo diagnóstico “transtornos do neurodesenvolvimento”, o qual abrange as categorias de deficiência intelectual e o chamado transtorno do espectro autista (TEA).

para que a compreensão medicalizante não predomine como única forma de cuidado” (MUTARELLI, 2017, p. 31).

Dessa forma, Mutarelli (2017) propõe uma discussão referente à medicalização da vida como fenômeno e, nesse sentido, apresenta possíveis maneiras de resistir a esse processo que se manifesta a partir de uma herança que tende a valorizar a predominância da área médica nos cuidados e nos “tratamentos” de diferentes manifestações humanas. Uma das formas de se fazer resistência, segundo a autora, para além de uma ampla discussão sobre o tema, seriam os desdobramentos políticos, ou seja, uma construção coletiva de resistência em que haja uma “superação de argumentos que se fundamentam na lógica individual, econômica e biológica” (MUTARELLI, 2017, p. 32).

No entanto, compreendemos que algumas lógicas reforçam essas amarras. Nessa direção, Giusti (2016) discute a “psiquiatrização” da infância e sua influência no cotidiano escolar, evidenciando o quanto a medicalização está fortemente presente nas instituições escolares, bem como nos discursos dos agentes educacionais.

A autora sinaliza que o discurso médico é possível de ser identificado no campo educacional desde o início do século XVIII. Por meio de entrevistas realizadas em escolas, essa pesquisadora pontua que, em sua grande maioria, as dificuldades manifestadas pelos alunos no contexto escolar têm aderido a uma descrição “fiscalista” e “biologizante”. Nesse sentido, sua pesquisa nos instiga a pensar que a infância pode estar sendo capturada pela ótica dos transtornos, deslocando uma responsabilidade política e educativa para o campo das soluções biologizantes e medicalizantes da vida. (GIUSTI, 2016).

Contribuindo com o debate acerca desse tipo de lógica, pesquisas como a de Giusti (2016) nos apontam que ações da indústria farmacêutica têm influenciado profissionais da saúde e da educação, assim como famílias que buscam por medicamentos e soluções que prometem suprir as necessidades apresentadas pelas crianças no que tange às etapas de aprendizagem e às questões relativas ao comportamento social.

Nesse seguimento, Colombani (2016) sugere como hipótese a compreensão de que os distúrbios de aprendizagem são invenções oportunistas e estratégicas das indústrias farmacológicas. Para tal, essa pesquisa aposta em um estudo comparativo e analítico da realidade de três escolas brasileiras, uma chilena e uma

francesa. Segundo a pesquisadora, a estratégia metodológica utilizada possibilitou identificar um possível nexos entre a perspectiva didática assumida pela escola e as possíveis lógicas de classificação. Logo, de acordo com a autora,, há uma tendência de reafirmar a necessidade de classificação quando a escola se associa a uma diretriz mais tradicional, pautando-se na transmissão do conhecimento e na centralidade das ações na figura do professor.

Portanto, confirmamos outra hipótese: de que a medicalização, a patologização escolar e os inúmeros rótulos, que surgem pelo desejo de controle e normatização, são provenientes não de doenças orgânicas, mas sim do meio, de um ambiente escolar que não respeita as singularidades do outro, de uma educação que não valoriza a construção da autonomia, de uma escola que se remete a métodos arcaicos e não reconhece as influências e as mudanças sociais. (COLOMBANI, 2016, p. 196).

Podemos inferir, a partir desse estudo, que, em escolas que utilizam métodos mais tradicionais e rigorosos, existiria uma tendência a critérios avaliativos que possam favorecer um maior contingente numérico de alunos encaminhados para a avaliação diagnóstica.

Essa hipótese nos remete à relação que se estabelece entre a identificação do “problema” e o tipo de escola em que o aluno está inserido. No entanto, compreendemos se tratar de um processo de grande complexidade, que mereceria ser analisado com base em uma série de estudos e de outros indícios que possam nos auxiliar em eventuais reflexões.

Pesquisas como a de Colombani (2016) e outras apresentadas até aqui sinalizam a predominância de uma associação da queixa escolar e de possíveis dificuldades na aprendizagem com questões de ordem clínica ou médica, valorizando a lógica da classificação diagnóstica nos processos de escolarização.

Nesse sentido, nos perguntamos: quais são os principais aspectos envolvidos na predominância do encaminhamento de estudantes com queixas escolares para uma avaliação diagnóstica?

A pesquisa de Nascimento (2013) nos indica que o fracasso escolar é um fenômeno socialmente produzido e, assim, busca refletir sobre os mecanismos que produzem as queixas escolares relacionadas à suposta “não aprendizagem” e a comportamentos compreendidos como desviantes do que é identificado como padrão e normal no contexto escolar.

Além disso, a autora questiona como essas queixas, construídas no espaço escolar, se convertem em questões intrínsecas ao processo, tornando o acompanhamento psicológico uma das vias de suposta resolução para problemas escolares. Com base em uma pesquisa bibliográfica relacionada à temática, a autora sinaliza que foi possível apreender alguns aspectos que colaboram para a predominância de meninos com queixas escolares e que são encaminhados a uma avaliação diagnóstica. Tenciona-se a naturalização da ideia de que meninos são mais propensos à agitação, à indisciplina e à agressividade. Segundo a pesquisadora:

Esses, *a priori*, seriam os motivos que promoveriam o encaminhamento de meninos para acompanhamento psicológico num processo que toma como patológico aquilo que não se adequa, que não se silencia, que não se submete. (NASCIMENTO, 2013, p. 88).

Podemos perceber, então, que a lógica que compreende a dificuldade de aprendizagem como intrínseca ao sujeito é ainda muito presente nos contextos escolares. Além disso, Nascimento (2013) propõe uma discussão acerca dos processos de silenciamento de corpos e suas manifestações comportamentais, expressas, talvez, com maior ênfase em meninos.

A partir das experiências vivenciadas no contexto escolar, compreendemos que o corpo inquieto do outro manifesta em nós a incapacidade de lidarmos com a “desordem”, em especial quando se trata de uma “desordem” no sentido de não se enquadrar à ideia de ordem e de normalidade que julgamos fazer parte do padrão e das regras estabelecidas para “um bom convívio e rendimento escolar”. O menino que se movimenta demais, que fala demais e que apresenta dificuldade em se encaixar em algumas normas previamente estabelecidas acaba, por vezes, recebendo um diagnóstico.

No entanto, não podemos deixar de problematizar que, historicamente, meninas e mulheres sofreram – e ainda sofrem – um silenciamento em relação aos seus corpos e suas manifestações. O elevado índice de meninos que acabam recebendo algum tipo de diagnóstico é muito expressivo quando comparado, a partir desse silenciamento imposto, àquele identificado nos casos do gênero feminino.

Oliver tinha 14 anos quando o conheci. Um menino alto, curioso, que gostava de expressar o que sentia.

Adolescente, dono de uma voz expressiva, dizia o que pensava sem ter muito tempo para pensar em palavras bonitas, de efeito ou coisa do tipo.

Quando o conheci, ele ficava muito pouco em sala de aula, saía muitas e muitas vezes. Com o passar do tempo e a partir do trabalho empreendido junto à escola e ao aluno, ele passou a ficar mais na sala de aula, a participar mais. Um dia, ele disse: “eu estou tentando estudar, deixo meu celular com a minha mãe para não me distrair. Mas não sei o que acontece comigo, quando eu vejo, eu tô [sic] pensando em outras coisas”. Ele estava pedindo ajuda, estava tentando se dedicar aos estudos. O futebol era uma das coisas mais importantes da sua vida. Deixou de treinar em uma escola de futebol, pois os treinos duas vezes na semana atrapalhavam seu estudo. A decisão de parar de jogar foi, de certa forma, dele – ele não queria trocar de escola para continuar treinando. Aquela escola tinha pessoas que lutaram tanto por ele em todos os anos. “Eu estou tentando com todas as minhas forças, a senhora soube que eu estou conseguindo trazer os trabalhos que são para fazer em casa?”

Antes, ele mal sabia onde estava o caderno; agora, estava estudando em casa e trazendo temas e trabalhos. Fatos de uma construção coletiva, de tentativas e de acreditar em algo possível.

Ele era alto, negro, de voz imponente e por vezes falava sem pensar, no calor da emoção. Gostava de jogar futebol, tinha o diagnóstico de TDAH e acompanhamento periódico de uma psiquiatra. Para alguns, ele continuava sendo um “problema”. E daí que agora ele fica na aula? E daí que ele sabe responder oralmente? “Ele não tem condições de civilidade, de convivência. Ele não está tentando, está só nos enganando.” Ele melhorou, eu sei, os professores dos anos anteriores me contaram como ele era, “mas ainda não está nem perto do que essa instituição entende como aluno”.

O que entendemos por ser aluno, ser estudante?

O que entendemos por ensinar? Como ensinar? Para que ensinar?

6.2 ENTRE DIFERENTES CAMPOS TEÓRICOS E A FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

Querendo ou não, tudo que foge ao “nosso controle” ou àquilo que imaginamos como controlável nos inquieta, como o aluno que não para sentado, ou a criança que não nos responde quando questionamos algo e, ao não conseguir responder da forma que esperávamos, responde de maneiras diferentes, com agitação, agressividade, choro e outras formas de se fazer expressar. A falsa impressão de que temos que ter controle de tudo acompanha nossa racionalidade e emerge como uma necessidade humana. Nós, professores, apesar de realizarmos diversas reflexões sobre o inesperado no contexto escolar, volta e meia cedemos à ânsia de termos controle da situação, controle da sala de aula, controle na organização dos alunos, controle no andamento da aprendizagem, controle, controle, controle.

Favorito (2011), a partir de uma abordagem teórica psicanalítica, propõe um questionamento necessário referente à urgência do controle: “a patologização e a medicalização do mal-estar na escola seriam, então, na atualidade, expressões de práticas da sociedade de controle sobre crianças e jovens?” (FAVORITO, 2011, p. 109).

Sentimo-nos convocados a refletir sobre o emaranhado complexo entre uma cultura normalizadora, construída ao longo dos séculos, e uma cientificidade que reproduz e conduz a uma ideia normatizante e patologizante. Como Favorito (2011) aponta no capítulo em que propõe discutir sobre a medicalização e a patologização da vida na escola, na atualidade, é possível encontrarmos muitos profissionais da saúde e da educação que recomendam métodos que julgam serem capazes de “amenizar” as manifestações apresentadas pelas crianças, assim como medicamentos que prometem “regular” sintomas.

Grande parte dessas defesas se constitui e se apresenta a partir de uma “lógica científica”. E é a partir dessa presumida cientificidade que a grande indústria da normatização, da patologização e da medicalização da vida possibilita, fortalece e legitima a cultura da vigilância e do controle.

Com base nas reflexões sobre essa lógica, Favorito (2011, p. 112) questiona se “a psiquiatria biológica e hegemônica estaria se apoiando na escola, ambas instâncias de práticas disciplinares e de controle, para constituir uma rede de saber-poder?”

Favorito (2011), ainda, a partir da sua abordagem teórica com base em Winnicott, explora os conceitos de dependência e independência, relacionando-os ao espaço cultural das experiências. O espaço cultural, nessa abordagem, significa os espaços e ambientes que as crianças frequentam. Espaços esses que, potencializando culturas, podem explorar o contato criativo ou minguá-lo, reduzi-lo.

Esse espaço potencial deveria encontrar solo fértil na escola, ambiente físico e cultural em que as crianças passam grande parte do seu tempo. No entanto, o autor nos pontua que, entre as fronteiras do ensinar, além do espaço criativo, a disciplina e o controle também constituem as práticas pedagógicas.

Compreendemos que, como sinalizado em momento anterior, ao discutirmos sobre a constituição da escola e do ser criança, os processos disciplinares ajudaram a constituir a educação que conhecemos e as formas de ensinar.

Nesse sentido, Favorito (2011) problematiza que a escola se situa entre as

fronteiras da emancipação cultural, das múltiplas aprendizagens, mas também do controle e do disciplinamento.

Como já mencionado, a lógica do controle, considerada uma “necessidade” racional humana, se relaciona também com movimentos que buscam classificar, nomear e rotular diferentes manifestações. É a partir dessa lógica que mecanismos de classificação são criados, no intuito de trazer respostas, por vezes simplificadoras, ao que nos inquieta em relação ao outro. Crianças agitadas passam por métodos avaliativos para verificar a possibilidade de um diagnóstico de TDAH; crianças que apresentam necessidades ou dificuldades em seu processo de aprendizagem, sempre que possível, são avaliadas por critérios rígidos e exames clínicos.

A exemplo desse debate, Silva (2012), ao desenvolver um trabalho de cunho teórico, problematiza as concepções relacionadas ao conceito de cérebro na obra de Vygotsky, analisando como esse conceito se relaciona com os fundamentos da psicologia histórico-cultural.

A autora sinaliza que:

Os problemas de escolarização são tomados como resultado da ação de atores individuais – no caso, o aluno, que carrega em seu corpo (ou em seu cérebro) a fonte dos problemas. As demais possibilidades envolvidas num processo de extrema complexidade como é a escolarização – como a política curricular do sistema de ensino, a qualidade das intervenções didáticas, as condições estruturais da escola, a desvalorização da carreira docente e os outros inúmeros fatores – são convenientemente descartadas, uma vez que parece haver pouco a fazer nesse sentido, e o aluno acaba sendo encaminhado cada vez com maior frequência ao neurologista ou ao psiquiatra, de onde dificilmente sairá sem uma prescrição de medicamento. (SILVA, 2012, p. 207).

Diante disso, a autora apresenta uma crítica a pesquisas e proposições de uso de tecnologias de neuroimagem na investigação diagnóstica. Aponta que tais iniciativas partem da premissa de que as manifestações apresentadas pelas crianças que passaram pelo processo diagnóstico estão localizadas apenas no cérebro do aluno, tendo pouca ou nenhuma preocupação com fatores socioambientais.

A neurociência tem sido incorporada pela educação embalada por pesquisas moleculares e com ressonância magnética, que, de acordo com Silva (2012),

oferecem, supostamente, a possibilidade de “olhar diretamente o cérebro”.

É o cruzamento da “última fronteira”, vai-se mais além da culpabilização do aluno, mirando-se diretamente seus neurônios e neurotransmissores. Penso ter esclarecido que, na perspectiva histórico-cultural, tal procedimento é inadmissível, na medida em que considera o neurônio isolado do cérebro e por sua vez isolado do ser humano, num reducionismo biológico radicalmente oposto ao que Vigotski entendia ser a interpenetração do desenvolvimento biológico e cultural. (SILVA, 2012, p. 252).

Nesse sentido, a proposta da referida pesquisa se dá na tentativa de se considerar, a partir da obra vigotskiana, a concepção sobre o humano na condição de um organismo. Silva (2012, p. 252) indica que a relação dos estudos vigotskinianos com a neurociência “não devem servir como uma roupagem atual para a medicalização e patologização das relações escolares”. Por fim, pontua que se alguma contribuição pode ser feita, que seja em defesa do reconhecimento da “potencialidade para o aprendizado” e da construção biológica e cultural de nossos alunos.

Conselho de classe.

Todos os professores do 6º ano do ensino fundamental dividiam uma grande mesa para discutir e construir o parecer avaliativo dos alunos das turmas correspondentes. Os momentos de conselho de classe em uma escola pública acabam sendo um momento muito interessante para se pensar o processo pedagógico e as práticas estabelecidas ao longo do período analisado. O foco dessa narrativa é o momento em que começamos a falar sobre o desenvolvimento escolar de uma aluna identificada como público-alvo da educação especial. Gaia teve um percurso escolar marcado por desafios e conquistas. Apresentava atraso na linguagem e dificuldade na audição, e foi diagnosticada com “atraso cognitivo”. Nos primeiros anos de sua escolarização, recorreu ao choro para tentar expressar o que não conseguia expressar verbalmente. Foi alfabetizada no 5º ano do ensino fundamental. Escreve de uma forma muito própria, realizando trocas sonoras e necessitando, por vezes, de auxílio para a escrita.

Porém, a aluna inicia o 6º ano, período geralmente marcado por trocas de professores e muitas novidades. Neste ano, Gaia volta mais segura, afinal terminou o 5º ano escrevendo, lendo em voz alta e se expressando mais. Inicia o novo ano de forma participativa, atenta, organizada, fazendo relações e conexões entre as temáticas abordadas.

A aluna, que tinha muita dificuldade para se expressar oralmente, passa a querer estar sempre presente nos diálogos com a turma. Os temas trabalhados são dos mais diversos, e provocam a aluna a estabelecer muitas relações e conexões. Mediante a isso, a aluna começa a se destacar e a se sair relativamente bem na maioria das avaliações. Na fala dos professores, a aluna tem se “saído melhor que alguns colegas ditos normais”.

Como professora da área da educação especial, começo a me alegrar ao

reafirmar, a partir da fala dos professores, a percepção do quanto a estudante estava conquistando em seu processo de aprendizagem.

Porém, no findar da fala sobre a aluna, após tantos elogios e todas as boas indicações, alguns professores me questionam qual seria o diagnóstico da aluna, pois reconheciam que a menina tinha uma forma muito própria de aprender, e que, mesmo que estivesse indo muito bem, segundo os parâmetros estabelecidos para ela e para a turma, tinham dificuldade de compreender “as razões” para a forma com que a estudante escrevia. Então uma professora, mesmo reconhecendo o processo de aprendizagem da aluna, questiona: “existe algum exame que aponte se ela tem alguma falha no cérebro?”

Outra professora complementa: “é, será que não tem? Quem sabe ela tenha uma partezinha do cérebro que não funciona como deveria. Daqui a pouco pode ter uma medicação que resolva isso”, disse ela.

A medicalização da infância consiste no processo de patologização dos mais variados comportamentos, potencializando a intervenção medicamentosa como principal estratégia de tratamento e intervenção. Na narrativa anterior, a compreensão biologizante da deficiência permanece evidenciando marcas no sentido de patologizar e medicalizar. Parece que cada vez mais temos dificuldade em acompanhar e respeitar processos. Uma aluna que consegue estabelecer conexões entre os diferentes componentes curriculares e que consegue responder bem aos critérios avaliativos pedagógicos (segundo a visão dos professores) ainda é alvo de dúvida por apresentar certa dificuldade na escrita. Como resistimos a essas amarras?

É a partir da compreensão de uma resistência necessária para os fenômenos que envolvem a medicalização da infância que Prado (2017) sinaliza que a teoria do desenvolvimento emocional winnicottiano pode nos apresentar alguns elementos capazes de elucidar uma resistência às práticas medicalizantes do sofrimento infantil ao atribuir ao ambiente as bases para uma compreensão da constituição do sujeito.

Dessa forma, Prado (2017) propõe tecer considerações a respeito da prática analítica com crianças que são diagnosticadas e vivem em condições medicalizantes. Para o autor, fundamentado em seu referencial teórico, é possível propor ao tratamento clínico um acompanhamento familiar que busque como estratégia principal o diálogo com os pares que constituem o ambiente social e familiar da criança, como os responsáveis, seus professores e outros profissionais.

Analisar e se utilizar do contexto em que a criança está inserida realmente pode ser fundamental para o acompanhamento de crianças que recebem um diagnóstico clínico ou que estão passando por uma avaliação diagnóstica. No entanto, esse autor se refere a uma lógica capaz de ser aplicada ao tratamento

clínico por meio de técnicas que tendem a valorizar o contexto e o ambiente em que a criança está inserida.

O estudo de Prado (2017) problematiza a patologização da vida e da infância, e, por meio de uma ótica tendencialmente não medicalizante e não normalizadora, propõe repensarmos os modos de avaliação e acompanhamento das crianças e seus familiares.

É preciso um amplo debate abrangendo diversas áreas do conhecimento para que, diante da necessidade de um acompanhamento ou tratamento clínico, esse acompanhamento ocorra de forma que considere os sistemas implicados.

Nessa direção, a pesquisa de Firbida (2017), ao tratar sobre o processo de formação de profissionais da saúde, propõe problematizar de que modo tem sido discutido o fenômeno da medicalização na formação dos profissionais da psicologia. A autora aponta que a medicalização constitui um processo ideológico que tem transformado problemas de ordem social em questões biológicas, e que esse processo tem sido, em alguns momentos, legitimado pela psicologia, “colocando sobre o indivíduo a causa e a responsabilidade por seu fracasso”. Além disso, sinaliza que “atualmente se constata, na área educacional, um crescente número de crianças sendo medicadas com supostos transtornos de aprendizagem, evidenciando, assim, um período denominado de ‘Era dos Transtornos’”. (FIRBIDA, 2017, p. 6).

O que a autora sinaliza nesse trecho indica um processo semelhante ao que temos acompanhado nas pesquisas e estudos relacionados à área: um aumento no contingente numérico de diagnósticos – proliferando diagnósticos clínicos que indicam algum tipo de transtorno (nomenclatura utilizada pela autora e indicada pelo DSM) – e na utilização de medicamentos. Se realizássemos uma rápida pesquisa nas escolas acerca de quais e de quantos medicamentos os alunos que possuem algum diagnóstico clínico utilizam, o resultado seria alarmante.

Desse modo, a pesquisa de Firbida (2017, p. 6) apresenta como objetivo analisar, “junto a cursos de graduação em Psicologia, como os alunos estão sendo instrumentalizados a se posicionarem diante da problemática da medicalização”. Para isso, os planos de ensino de três universidades públicas do estado do Paraná foram analisados e, além dessa análise, realizaram-se entrevistas com docentes do curso de psicologia, sobretudo os que ministram disciplinas na área da psicologia escolar e educacional.

Segundo a autora, a participação da área médica “foi determinante na introdução da psicologia nas instituições brasileiras, em especial nas escolas, por meio da utilização de recursos psicotécnicos e da psicoterapia como forma de dominação das emoções e educação da vontade”. (FIRBIDA, 2017, p. 151). Segundo os estudos apresentados pela autora, o início da prática do psicólogo, principalmente no contexto escolar, era o de medir, prevenir e controlar.

A partir desse indicativo, a autora da referida pesquisa propõe investigar se essa visão mais reducionista, patologizante e estigmatizadora segue permeando o pensamento psicológico e, conseqüentemente, esse processo de formação. A análise que se estabeleceu a partir da pesquisa não indica um discurso patologizante entre os docentes das disciplinas que se dedicam a estudar a psicologia escolar, pelo contrário, a autora sinaliza um posicionamento crítico a essa prática.

Os docentes entrevistados apontam sobre os exageros da medicação, sobre a dependência que os medicamentos causam e que são resultado de uma prática profissional médica e educacional pouco crítica. Além disso, discordam de psiquiatras e psicólogos que, por realizarem de forma incorreta a avaliação psiquiátrica e o psicodiagnóstico, têm gerado situações catastróficas na vida das crianças, rotulando-as. Apontam, ainda, que a medicalização é uma forma de justificar o fracasso escolar e de transformar questões sociais em biológicas. (FIRBIDA, 2017, p. 155).

Nesse sentido, Paula (2018) apresenta, em sua pesquisa, a criação de uma disciplina em um curso de psicologia vinculado a uma universidade pública de Brasília. A ação proposta teve como objetivo problematizar as relações estabelecidas entre os processos de patologização e a psicologia, envolvendo a colaboração e participação de psicólogas atuantes em diversos contextos, entre eles, o escolar.

Dessa forma, a partir das discussões ocorridas, com participação das profissionais convidadas, o trabalho pode evidenciar o quanto os processos de patologização e medicalização emergem em diferentes contextos e enredos. Durante os encontros, foi problematizado como o fenômeno da patologização está presente na educação básica, no ensino superior, na experiência da psicologia clínica, no contexto de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, no acompanhamento de medidas socioeducativas e na patologização de mulheres e

pessoas negras.

Esses são apenas alguns exemplos do quanto os processos de patologização e medicalização estão presentes em nossa sociedade e do quanto os diferentes contextos destacados pelas entrevistadas podem se relacionar entre si.

Ao finalizar o processo de pesquisa, a autora destaca que, ao seu ver, existe uma necessidade da psicologia, como área, em problematizar ainda mais essas temáticas, no intuito de repensar e transformar “lógicas opressivas impostas à maioria da população”. (PAULA, 2018, p. 127). Além disso, sinaliza um paradoxo importante a ser destacado:

Um paradoxo que soa desafiador e ao mesmo tempo instigante, é a necessidade de pensar em como construir uma lógica que não se pautem na dominação, mesmo estando a serviço de instituições historicamente criadas para dominar e enquadrar. Por exemplo, como funcionária do Estado atuante em escolas, como construir uma atuação que se pautem nos interesses das crianças e adolescentes, e não no modelo opressivo e classificatório da instituição escolar? Muito se discute atualmente sobre isso, mas acredito que ainda existem lacunas epistemológicas que precisamos encarar para de fato romper com as lógicas do poder disciplinar e da biopolítica. (PAULA, 2018, p. 127-128).

Destaca-se a necessidade de problematizações como essas serem valorizadas na formação dos profissionais da psicologia, visando – como propõe a pesquisadora – uma psicologia mais dialógica e menos tecnicista. Ainda, a pesquisadora sinaliza sua preocupação referente ao governo brasileiro³³, que tem manifestado ataques à escola pública e às tentativas de transformação social.

Ademais, outro ponto de análise destacado pela autora, a partir dos contextos analisados durante a disciplina, são os indícios de que a população que mais tem sido afetada pela lógica patologizante, além da criminalização e da judicialização, é a população negra.

Esse não é um ponto de análise foco desta pesquisa, mas, como já mencionado em outro momento, contextos se relacionam a todo instante, e, nesse sentido, posso destacar que, dentre as histórias que são aqui narradas, as relações entre cor, raça e sexo dão demasiada amplitude aos processos patológicos e excludentes que compõem essas histórias.

³³ No ano de 2018, o presidente do Brasil era Michel Temer.

Gaia tinha 12 anos. Certo dia, ao chegar ao atendimento individualizado, enquanto estava organizando o material que iríamos trabalhar no dia, ela diz o seguinte: “não quero ser negra!”

Escutar essa frase doeu e me dói cada vez que me lembro dessa cena.

No primeiro momento, a única coisa que consegui e achava importante falar foi: “por quê?”

Larguei tudo o que estava fazendo e me coloquei no papel da escuta.

Ela apresentava certa dificuldade em falar sobre o que lhe incomodava e aborrecia. Ao falar essa frase logo ao me encontrar, me fez pensar o quanto aquilo era urgente para ela.

Ao responder, ela disse o seguinte: “já sou mulher, tenho dificuldades (deficiência), só por isso já é muito difícil. Não quero passar também pelo que os negros passam”.

6.3 A PRODUÇÃO DIAGNÓSTICA E AS TRAJETÓRIAS ESCOLARES

A cena a seguir anuncia aspectos de uma trajetória pessoal, familiar e escolar, assim como possíveis elos constitutivos de um fluxo de ideias e ações que tendem a fortalecer processos diagnósticos e fenômenos como os da patologização e medicalização.

“Por causa dele, professora, todo mundo lá em casa está ficando doente. Meu marido, que já não parava muito em casa, sempre viveu pro trabalho, agora, com toda essa situação, ele prefere ficar menos ainda. Também, é difícil querer ficar, não é mesmo? Eu tomo calmantes desde antes dele nascer. Sempre fui muito cobrada pelos meus pais, e acho que fiz o mesmo com o meu filho. Queria que ele fosse o melhor em tudo. Quando ele demorou para aprender a ler e a escrever, eu me sentia a pior mãe do mundo, achava que poderia ter ocorrido algo na maturação dele, ser genético ou algo assim, sabe? Ao mesmo tempo, não conseguia ajudá-lo. Quando tentava, ficava muito nervosa, e ele também. Todos nós lá em casa tomamos alguma medicação para lidar com essa situação, é necessário para dar conta de tudo. Eu sei, eu sei... deveríamos dar continuidade na terapia em família, mas, sabe como é, nosso tempo é muito curto para essas coisas.”

[Na escola...]

“Eu não sei o que tem a coitada dessa criança”, diz a professora de português. “Coitada dessa família, imagina ter que dar conta dele e dos irmãos? Pobre irmãos! Tomara que esse acompanhamento do atendimento educacional especializado ajude ele. Ele já fez exames? Ele tem que fazer um exame que diga o que ele tem, que diga qual medicamento tomar. Não é possível! Agora parece que ele vai começar a tomar uma tal de ‘imiprimina’, além do metilfenidato, que já toma. Tenho fé que vai ajudar.”

Fé na pílula! É essa fé que acompanha muitas famílias, professores e a sociedade em geral. Como disse Carlos Drummond de Andrade, “quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às

enfermidades”³⁴.

Essa é uma das preocupações que a pesquisa de Paula (2015) apresenta. Seu estudo tem como objetivo principal analisar os procedimentos terapêuticos de profissionais da saúde mental infantil de um ambulatório do município de Guapimirim/RJ em relação às queixas e às sinalizações escolares.

O autor propõe um tensionamento e uma tentativa de resistência à série de demandas que as escolas têm apresentado em relação à necessidade de avaliação de saúde ocasionada por manifestações infantis de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

É importante salientar que a rede analisada aponta para uma possibilidade de estreita relação entre os serviços de saúde e educação. Nesse sentido, um dos profissionais da saúde, ao ser entrevistado pelo pesquisador, destaca que “nós temos um protocolo de sinalização dessas crianças. Então, o professor, ao ter uma suspeita de necessidades educativas especiais, ele preenche um documento de sinalização. Ali ele coloca as impressões dele.” (PAULA, 2015, p. 96).

Antes de pontuarmos os possíveis riscos e benefícios dessa relação, é importante sinalizar que essa prática não configura a realidade de todas as redes municipais do Brasil. Ao passo que compreendemos a importância da consolidação de uma rede de diálogo entre a saúde e a educação, compreendemos também que a “abertura” para a sinalização de suspeitas sobre o aluno pode reforçar a necessidade de classificação e consolidação de um possível diagnóstico. Esse movimento depende do tipo de relação que se estabelece e do entendimento sobre o ser criança e seu processo de desenvolvimento.

Com objetivo de analisar a relação estabelecida entre saúde e educação, Paula (2015) analisou prontuários de crianças entre 7 e 12 anos de idade que estavam sendo encaminhadas para avaliação em decorrência de queixas escolares. Além disso, realizou entrevistas semiestruturadas com os profissionais da saúde e acompanhamento das famílias das crianças envolvidas.

A partir do estudo empreendido, concluiu que não houve indícios que apontassem para uma resistência a construções medicalizantes e patologizantes. Segundo o pesquisador, os profissionais que atuam no ambulatório:

³⁴ ANDRADE, Carlos Drummond de. O homem e o medicamento. *In: Jornal do Brasil*, década de 1980. Disponível em: <https://farmacovigilanciablog.wordpress.com/2010/09/16/o-homem-e-o-medicamento-por-carlos-drummond-de-andrade-2/>

[...] parecem acolher imediatamente o pedido das escolas para avaliação de seus alunos agitados e desatentos na medida que, frequentemente, seus professores compreendem estes modos de estar na vida dos discentes como problemas médicos. (PAULA, 2015, p. 114).

Edington (2012, p. 16) problematiza a questão apresentada na citação anterior ao argumentar que o processo de medicalização consiste na compreensão de que manifestações como as relatadas nas queixas escolares seriam tratadas como problemas médicos, quando, na verdade, estão relacionadas a uma construção social.

Nesse sentido, no início de sua pesquisa, Paula (2015) narra a história de uma criança que ele acompanhou no ambulatório. Assim descreve:

[...] o garoto tinha 7 anos na época e chegou acompanhado por seus pais que diziam em coro: “não aguentamos mais ele”. A mãe complementa com uma informação dada a ela pela escola onde a criança estudava: “a diretora da escola falou que ele é hiperativo e que precisa tomar um remédio”. Seu pai emendou com algo preocupante: “Ele acaba comigo. Eu falto o trabalho por conta dele. Ele piora minha hérnia de disco. Quando ele faz alguma coisa e eu digo que não pode (fazer), ele começa a me ‘xingar’; fico nervoso, tomo um Diazepam e vou logo dormir.” (PAULA, 2015, p. 13).

As palavras de Paula (2015) evocam dimensões que destacam, a partir da fala do pai, uma dinâmica que tende a colocar a criança em um papel de protagonismo na condução dessa relação familiar. Desse modo, a dinâmica familiar, relatada nesse trecho, se expressa na ação de um pai que parece assumir uma posição de fragilidade, atribuindo ao filho uma potência destrutiva.

Além do exposto, aqui temos uma cena que envolve também queixas escolares que poderiam ser contadas por tantas outras famílias. “As histórias se repetem.” Essa afirmação sempre me inquietou. Por que se repetem? As histórias contadas nas pesquisas que compõem este capítulo e as histórias que acompanho como professora me fazem acreditar que as “culturas” se repetem. Culturas e crenças que indicam e fortalecem o adoecimento de crianças e suas famílias.

Ainda sobre os processos de medicalização e patologização da educação, Bastos (2013), a partir de entrevistas realizadas com psicólogos da rede pública de saúde e com coordenadores pedagógicos de escolas públicas do município de São

Paulo, propõe a realização de uma análise sobre a ação desses profissionais frente às dificuldades encontradas nos processos de ensino-aprendizagem de alguns estudantes.

Segundo os resultados apresentados na pesquisa, a autora pontua que:

Considerando o que foi discutido, identificamos que nos casos em que as escolas detectam dificuldades no processo ensino-aprendizagem, seja devido a problemas de aprendizagem ou de comportamento, ocorre num primeiro momento uma intervenção dentro da própria escola, caso essa ação não produza resultados os alunos são encaminhados para especialistas da área da saúde [...]. Os profissionais de referência para esse tipo de encaminhamento são os pediatras das UBS's, os psiquiatras e psicólogos dos CAP's e os estudantes de Psicologia das clínicas-escolas das Universidades da região de abrangências das escolas. (BASTOS, 2013, p. 172).

Mais uma vez, podemos perceber uma lógica empregada no contexto educacional que focaliza primeiro na avaliação do sujeito, analisando sua relação com a aprendizagem, e, caso a escola acredite ser necessário, esse sujeito é encaminhado a uma avaliação diagnóstica clínica.

Como sinalizado pelos coordenadores pedagógicos entrevistados, quando os alunos apresentam “dificuldades de aprendizagem mais cotidianas”, a intervenção adotada é de ordem pedagógica. Quando se acredita na possibilidade de um “distúrbio”, ocorre o encaminhamento para uma avaliação psicológica. A forma como essa diferenciação é operada não é referida na pesquisa, mas denota uma recorrente associação das dificuldades de aprendizagem – quando compreendidas como mais “severas” – a uma “desordem”, “distúrbio” ou deficiência. (BASTOS, 2013).

Outro fator apresentando na pesquisa que merece muita atenção neste trabalho é que, ao entrevistar a primeira coordenadora pedagógica e questioná-la sobre “qual o manejo realizado pela escola quando um aluno apresenta dificuldades de aprendizagem” (BASTOS, 2013, p. 148), a resposta da entrevistada faz referência às extintas classes especiais, sinalizando que as crianças que apresentavam certa dificuldade de aprendizagem eram encaminhadas para as salas especiais quando ainda tínhamos esses espaços em escolas regulares.

Na mesma lógica de evidências que apontam para uma construção e/ou processo diagnóstico, Delpra (2017) problematiza as produções de sentido sobre o ensinar, o aprender e o “não aprender” escolar com base nas significações

produzidas em entrevistas com pedagogas, professoras e responsáveis a respeito desse tema.

A partir dessas entrevistas, a produção de sentidos para explicar tanto a aprendizagem quanto a não aprendizagem escolar ficou centrada em torno do comportamento do aluno, da participação ou não da família e de possíveis patologias.

Dessa forma, pesquisas como a de Delpra (2017) e Bastos (2013) referenciam uma prática patologizante, que tende a associar queixa escolar a questões de saúde. Nos contextos analisados nesses estudos, pode-se perceber uma prática consolidada de requerer a intervenção de profissionais da saúde quando o rendimento dos alunos não correspondia ao esperado.

Os encaminhamentos a profissionais da saúde, segundo a pesquisa de Delpra (2017), iniciavam a partir de uma queixa ou indicação escolar e, na grande maioria dos casos, esses encaminhamentos resultaram na produção de um laudo acompanhado da indicação do uso de medicamentos.

Por fim, a autora destaca que:

A tentativa de se alcançar os objetivos propostos, derivados da política educacional, (re)define o que é ensinar e também o tempo para aprender e, nesse processo, acabam se estabelecendo os percursos e as possibilidades do processo de escolarização dos alunos. Nesse contexto, percebe-se a ausência de percepção da necessidade de se repensar sobre as multideterminações que conduzem os profissionais da educação a tais práticas, de modo que fossem colocadas em questão as propostas avaliativas vigentes, entendidas como instrumento que tem orientado a organização e a prática pedagógica, gerando, entre outras consequências, o estreitamento do currículo, e a intensificação nas tensões entre professores e alunos, professores e direção, professores e pais. (DELPRA, 2017, p. 9).

A pesquisa apresentada por Delpra (2017) nos conduz a uma lógica que potencializa a medicalização e a patologização no contexto escolar e na infância.

Na mesma direção, Christofari (2014, p. 5) propõe, em sua tese de doutorado, “analisar os discursos que compõem os registros escolares de alunos que frequentam um serviço de Atendimento Educacional Especializado”. A autora também se refere aos processos de medicalização como uma produção de “modos de ser e aprender na escola”.

Metodologicamente, a pesquisa tem como foco a análise dos discursos relativos aos registros escolares de alunos público-alvo da educação especial no contexto da rede municipal de ensino de Porto Alegre. E é com base na análise dos discursos associados à documentação escolar que a pesquisadora propõe problematizar o que os registros colocam em evidência e o que eles produzem.

Nessa pesquisa, identifica-se o quanto os processos de alfabetização e as dificuldades encontradas nesse processo são apresentadas nos registros escolares como uma recorrente preocupação. “Quando a aquisição desses conhecimentos não acontece no período determinado pela organização escolar como adequado, as crianças passam a ser consideradas como tendo problemas de aprendizagem.” (CHRISTOFARI, 2014, p. 158).

A autora pontua, ainda, que alguns discursos presentes no contexto escolar apontam para certo direcionamento associado às condutas dos seus estudantes, como as dificuldades apresentadas nos processos de escolarização, principalmente no que tange à aquisição da leitura e da escrita. Essas questões frequentemente eram associadas à patologização da infância, revelando um direcionamento que levaria à compreensão intrínseca das supostas dificuldades evidenciadas.

Contudo, essa investigação destaca que também foi possível encontrar discursos que apontam para outro direcionamento que não aquele que evidencia a patologização da vida. Segundo Christofari (2014), alguns desses discursos “evocam a potência da escola no sentido de produzir outros modos de ser aluno, colocando em evidência dimensões que indicam possibilidades de reconhecimento de processos de transformação”.

Santos (2018) propôs conhecer quais são os motivos apresentados pelos responsáveis das crianças encaminhadas aos centros de atenção psicossocial de Manaus/AM. Além de se valer de estudos teóricos, a pesquisa analisou o contexto relacionado ao CAPSi (Leste) de Manaus, utilizando-se da análise documental de prontuários, da observação e de entrevistas com a direção do centro. Foram analisados 146 prontuários, sendo 115 de meninos e 31 de meninas. Além disso, foi feito um levantamento estatístico acerca de todos os prontuários analisados referentes às crianças matriculadas no período de julho de 2016 a junho de 2017.

Segundo os dados apresentados pela autora, observa-se uma diferença significativa entre o percentual de meninos e meninas atendidas. Do total analisado, os meninos correspondem a quase 80% entre aqueles que receberam algum tipo de

diagnóstico e procuraram os serviços oferecidos pelo CAPSi nos anos analisados.

Outro ponto importante para destacarmos a partir das análises realizadas por Santos (2018) é que, naquele contexto, em sua maioria, a procura pela avaliação diagnóstica e pelo encaminhamento para o CAPSi se dá por meio de uma iniciativa dos responsáveis. A autora sinaliza que, provavelmente, as motivações que os acompanham podem estar relacionadas a queixas quanto ao rendimento escolar de seus filhos, entre outras.

Além disso, a autora propõe uma análise crítica sobre a patologização e a medicalização, trazendo evidências de que esse fenômeno tem se mostrado como um possível “mecanismo de controle social”. Ressalta a importância na propagação e no desenvolvimento de pesquisas que permitam ampliar a discussão e a reflexão sobre a temática, problematizando o cuidado exercido nas práticas cotidianas dentro dos serviços em saúde mental infantil, fomentando debates entre os profissionais e a sociedade em geral.

As narrativas apresentadas pelo estudo apontam para direcionamentos e sinalizações que nos remetem a outras histórias. Porém existe uma linha muito tênue ao informarmos de quem partiu a indicação para avaliação diagnóstica e acompanhamento do CAPSi. Essa linha pode ser pensada a partir da identificação de formas de viver a vida que foram se constituindo ao longo dos tempos, com base nas relações entre escola, família e contexto social. Devem ser consideradas também as informações veiculadas nos meios de comunicação, em especial a Internet, que tem possibilitado maior facilidade para a aquisição de informações sobre diferentes temas.

Geralmente, ao analisarmos as falas de familiares que encaminham suas crianças a uma avaliação diagnóstica, elas são recheadas com frases como “ele vai muito mal na escola”, “não para quieto”, “é muito agitado”, “meu amigo ou vizinho tem um filho da mesma idade e ele não é assim, é mais calmo”. A lógica de classificarmos sempre exige comparação com o outro, com outra realidade, com outra pessoa.

Há alguns anos, atuei como educadora especial em um município com pouco mais de 40 mil habitantes, no interior do Rio Grande do Sul. Ao iniciar o trabalho na escola, pude conhecer a rede estabelecida entre as escolas daquele município com o CAPS e postos de saúde. Logo, me integrei à rede e passei a ter reuniões quinzenais com os profissionais que acompanhavam os estudantes que frequentavam o atendimento educacional especializado na escola em que

eu trabalhava.

Às vezes, os colegas me sinalizavam que algumas famílias de estudantes da escola os tinham procurado. Certo dia, os profissionais do CAPS relataram a situação de uma criança e sua família.

Breno estudava na escola em que eu atuava como professora do atendimento educacional especializado. Quando comecei a trabalhar na escola, o histórico do estudante tinha sido compartilhado comigo. “Ele era muito inteligente”, diziam as professoras, que também diziam que “Breno gosta de sonhar”.

Sonhar? E o que há de mal nisso?

Sua família dependia da agricultura familiar, como muitas famílias que, naquela região, dependiam ou do turismo, ou da agricultura familiar, ou de ambos, tendo em vista que a agricultura familiar abastecia grande parte da rede hoteleira e restaurantes da região.

O pai queria que ele o ajudasse no cultivo das hortaliças. Breno não detestava a rotina da agricultura, mas sonhava com outras coisas. Ele queria um celular novo, um videogame e sua verdadeira paixão era o cinema. Durante as aulas, conseguia estabelecer relações e conexões com algo que tinha visto em notícias, cartazes e histórias de filmes. Ele amava histórias, principalmente quando vinham em imagens na tela. No entanto, da mesma forma que era participativo em aula, por vezes seus pensamentos iam para outra direção, diziam as professoras.

A situação estava ficando complicada, porque Breno queria se dedicar a estudar e pesquisar tudo sobre cinema. Lia livros, jornais, notícias e, é claro, assistia a todos os filmes que conseguia. Ajudar na rotina familiar começou a ser um fardo para o menino, trazendo, junto, algumas manifestações por vezes presentes no adolecer. O pai não aceitava certas “rebeldias”, muito menos que ele perdesse seu tempo com sonhos.

Os profissionais do CAPS relataram: “a família já nos procurou duas vezes; em consultas, eles dizem que o menino está muito difícil, que quebra coisas, que se descontrola. O pai chegou a dizer que ele não ajuda em nada e só atrapalha. A mãe não fala muito. O menino é o único filho que por enquanto está com eles e ficou na cidade, a última esperança de um filho que possa ajudar e dar continuidade nos negócios da família.” Eles queriam uma medicação para acalmar os ânimos do menino, assim como acompanhamento terapêutico e escolar. Eles acham que o menino tem algum transtorno.

Garcia (2018), após identificar, em sua cidade natal – Mamanguape, no interior da Paraíba –, uma elevação de 100% na taxa de crianças diagnosticadas com deficiência mental no período de 2010 a 2014, assim como um crescimento de 400% no acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas de 4 a 17 anos, propôs analisar as relações existentes entre o aumento de diagnósticos de deficiência mental em crianças, a patologização da infância e o acesso às políticas sociais, como o BPC.

Assim, apoiada no materialismo-dialético como fundamentação teórica para a análise de processos históricos e políticos, utilizou-se da pesquisa documental e da pesquisa de campo para o desenvolvimento do estudo. Desse modo, Garcia (2018) realizou visitas a instituições que atendiam a população-alvo de sua análise e

realizou entrevistas semiestruturadas com os responsáveis de cinco crianças diagnosticadas com deficiência mental³⁵ e que recebiam o BPC³⁶ ou que estavam em processo de solicitação do benefício.

Essa pesquisadora apresenta uma análise que relaciona a medicalização a “um complexo jogo de forças e interesses que movimentarão o que denominamos de Economia da Diferença”. (GARCIA, 2018, p. 190). Propõe, ainda, o entendimento de uma relação da medicalização e da patologização da infância com a “manutenção dos interesses hegemônicos do sistema capitalista”. (GARCIA, 2018, p. 190).

Para exemplificarmos um pouco o contexto analisado na pesquisa de Garcia (2018), torna-se importante sinalizar alguns dados que configuram os serviços relacionados à área da educação especial naquele município. Em 2010, 94 alunos eram identificados como público-alvo da educação especial; já em 2014, esse número passa para 183 alunos. Desses, 140 alunos são identificados como alunos com deficiência mental.

A princípio, todos frequentam a escola regular mais próxima de suas casas e o serviço oferecido na sala de recursos multifuncional em outra escola, a única do município que possui sala de recursos.

Destaca-se a relação complementar que se constitui entre a escola e o campo da saúde, evidente ao ser considerada a necessidade de encaminhar o aluno que apresenta dificuldade em sua aprendizagem para uma avaliação diagnóstica.

Nesse sentido, Garcia (2018, p. 153), sinaliza que “os processos ligados à inclusão da diversidade ganham o *status* de legitimidade proferida pelo campo da saúde, como é o caso das crianças que recebem o diagnóstico de deficiência mental”. Ou seja, para a autora, a garantia do acesso aos serviços especializados e do atendimento educacional especializado de pessoas com deficiência se insere na lógica dos processos de encaminhamento ao campo da saúde para uma avaliação diagnóstica.

Com base em entrevistas realizadas pela autora com cinco responsáveis de crianças diagnosticadas com deficiência mental, é possível compreender a dinâmica que parece ser mantida naquele contexto. É interessante conhecer uma breve

³⁵ Nomenclatura utilizada pela autora.

³⁶ A escolha das cinco crianças se deu através de um método denominado “bola de neve”. A pesquisadora indicou a recorrência de vários entraves para conseguir realizar entrevistas com crianças que apresentassem o perfil a ser estudado. Desse modo, após conseguir contatar a primeira família entrevistada, essa indicou o contato de outra, e assim subsequentemente.

síntese da trajetória dessas crianças para tentarmos entender melhor os caminhos percorridos por meio de cinco histórias diferentes, que se misturam e configuram uma prática.

Primeiramente, é importante destacar que as cinco responsáveis pelas crianças que fazem parte do campo analítico desse estudo são mulheres: quatro mães e uma avó. Cinco crianças fazem parte dessa história: três meninos e duas meninas.

Bento foi diagnosticado aos seis anos de idade, é beneficiário do BPC e atualmente frequenta a Educação de Jovens e Adultos (EJA). Utiliza quatro medicamentos diferentes: Neuleptil, Haldol, Fluoxetina e Rivotril.

Ruth recebeu o diagnóstico antes dos sete anos, é beneficiária do BPC e utiliza duas medicações que estavam com nomes inelegíveis na receita apresentada pela mãe, segundo a pesquisadora. A mãe, em seu relato, afirma que pega a receita com um médico que nunca viu sua filha. *Ruth* parou de estudar, pois, segundo a mãe, indicaram que a menina nunca aprenderia.

Ana Maria mora com a avó, o avô e um irmão. Moram todos em uma casa própria “em uma rua sem calçamento nem saneamento básico.” Recebeu o diagnóstico com sete anos, é beneficiária do BPC e faz uso da medicação chamada Risperidona.

Jorge mora em um conjunto habitacional construído com saneamento básico e ruas calçadas. No momento da entrevista, toda a sua família sobrevivia com a renda adquirida pelo benefício do BPC. Foi diagnosticado aos dois anos e reavaliado aos sete anos de idade. Faz uso de medicamentos como Neuleptil e Risperidona.

Joaquim mora com seus pais e um irmão. Vivem da renda do trabalho do pai na agricultura, do Bolsa Família e também do BPC. Foi diagnosticado aos quatro anos de idade, durante uma consulta ao psiquiatra de um hospital público de João Pessoa. Além disso, faz uso do medicamento Neuleptil.

Cinco crianças, cinco famílias, cinco enredos que nos parecem apresentar alguns elos em suas histórias e constituições de vida. Essas crianças fazem parte da grande parcela da população brasileira que possui condições precárias de moradia, configurando o que podemos descrever como condições sociais desfavoráveis e marcadas pela carência em diferentes âmbitos. Quatro delas recebem o BPC, e uma está em processo judicial para receber; algumas delas recebem o benefício como principal ou única fonte de renda.

Todas possuem o diagnóstico de deficiência mental, recebido antes dos oito anos de idade. Joaquim foi diagnosticado aos quatro anos em uma visita ao hospital, localizado na capital. Ruth utiliza a mesma medicação há anos, e a família aponta que não houve qualquer retorno da filha para acompanhamento no sistema de saúde. Todas utilizam pelo menos uma medicação ou mais. O Neuleptil, medicamento utilizado por três das cinco crianças, é recomendado como um antipsicótico, indicado para o tratamento de “distúrbios de caráter e do comportamento”. Joaquim faz uso desse remédio desde os quatro anos de idade. Além disso, uma dessas crianças não frequenta mais a escola, outra indica uma situação escolar de defasagem em relação à idade-série, e as outras três frequentam os anos iniciais do ensino fundamental. (GARCIA, 2018).

Garcia (2018) sinaliza o quanto os processos diagnósticos estão associados a fatores e interesses que também se relacionam com as condições sociais e culturais daquele contexto. Nesse sentido, aponta, ainda, que a demanda por um diagnóstico está atrelada à:

[...] necessidade de inclusão na escola, no que diz respeito ao campo educacional e a [sic] busca pelo acesso ao BPC no campo da assistência social. Afinal, tratando-se da garantia de um salário mínimo mensal para pessoa idosa ou com deficiência, por não ter condições de manter financeiramente ou tê-las providas por seu grupo familiar, surge como possibilidade de acréscimo a pouca ou nenhuma renda de muitas famílias. (GARCIA, 2018, p. 173).

Portanto, a autora concluiu que existe uma complexa relação entre os diagnósticos de deficiência mental, os processos de patologização da infância e as políticas sociais, e que estas, de certa forma, acabam movimentando o contexto estudado de forma social, cultural, política e também financeira, possibilitando, a algumas famílias, certo acréscimo na renda, como assinalado na citação anterior, gerando o que a pesquisadora nomeia de “economia da diferença”. Assim, o diagnóstico emerge como um dispositivo que assegura apoio social, demandado pela família, somando-se às demandas de adequação daquela criança ao contexto escolar. (GARCIA, 2018).

Nas narrativas apresentadas na pesquisa de Garcia (2018), fenômenos como os da patologização e o de uso de medicamentos marcam as trajetórias das cinco crianças.

Em relação a essa lógica valorizadora da padronização, Abreu (2016) também propõe analisar práticas encontradas no cenário da educação que fortalecem o processo de patologização de crianças. A análise ocorreu em uma escola com um programa de educação de tempo integral. A autora busca mostrar como práticas psiquiátricas e pedagógicas configuram-se juntamente com a emergência das crianças consideradas anormais e do conceito de desenvolvimento.

Além de comentar sobre os processos de escolarização, que se tornaram responsáveis por relacionar o rendimento das crianças à idade cronológica e ao ritmo do desenvolvimento, a autora acredita que naturalizamos práticas que individualizam e culpabilizam as crianças por suas dificuldades; as tentativas de enquadramento são variadas e pulsantes, o uso exacerbado de remédios se tornou “imprescindível”, a popularização de termos como o TDAH e seu respectivo “controlador”, a Ritalina, se expande cada vez mais e mais. Segundo a pesquisadora, estamos patologizando as crianças diariamente por meio de diferentes ações. (ABREU, 2016).

Abreu (2016) também discorre sobre o papel dos manuais diagnósticos, como o DSM, que influenciam práticas diagnósticas em diversos países, tendo o enorme poder de definir o que é considerado “normal”. E, assim como em vários outros locais, nos últimos anos, no contexto brasileiro, há, segundo a pesquisadora, o aumento do índice de estudantes diagnosticados com algum tipo de deficiência, com TDAH ou com autismo, bem como o aumento do uso de medicações, como a Ritalina, por exemplo.

Assim como nas outras pesquisas apresentadas, Abreu (2016) argumenta que o âmbito escolar tem se configurado em um espaço no qual é possível identificar discursos evidenciadores da lógica medicalizante e patologizante da vida. Como fugir dessas amarras? Como nos afastar dessa lógica impregnada no nosso convívio social que tende a avaliar e rotular?

Conversa entre professores:

“Como assim produzimos diagnósticos aqui na escola? Nós só encaminhamos aos especialistas quando identificamos algo errado. Eles que sabem se a criança tem algo ou não. Quem dá o diagnóstico são eles.”

6.4 TRAJETÓRIAS, NARRATIVAS E A LITERATURA ESPECIALIZADA: POSSÍVEIS ELOS CONSTITUINTES DE UMA TEIA

A partir do diálogo proposto envolvendo a revisão da literatura e as narrativas abordadas, tornou-se possível perceber alguns elementos que evidenciam pistas referentes à problematização aqui empreendida. Nesse sentido, podemos encontrar vozes que discursam acerca dos processos patológicos e medicalizantes que envolvem percursos avaliativos diagnósticos e trajetórias escolares.

Desse modo, consideramos fundamental retomar os seguintes temas evocados a partir da literatura especializada e das narrativas apresentadas: a) problematização dos fenômenos que envolvem a medicalização e a patologização; b) discussão a partir de pesquisas que evidenciam diferentes campos teóricos e ações vinculadas à formação especializada; e c) constituição de um fluxo de ideias e de ações que tendem a ser geradoras de processos diagnósticos com possíveis efeitos nas trajetórias escolares.

Ao tratarmos especificamente sobre pesquisas que direcionaram suas análises aos fenômenos de patologização e medicalização, percebe-se uma problematização da crescente e contínua relação desses fenômenos com o contexto escolar. Pesquisas como as de Colombani (2016), Giusti (2016) e Nascimento (2013) refletem sobre queixas que estariam sendo relacionadas a uma suposta não aprendizagem, compreendidas, em grande parte, como uma questão intrínseca ao sujeito, fortalecendo, assim, uma lógica valorizadora da classificação diagnóstica.

Estudos que evidenciam diferentes campos teóricos e ações vinculadas à formação especializada, alicerçados nos referenciais utilizados por seus autores, possibilitaram problematizar diferentes óticas e percepções acerca dos fenômenos estudados. O estudo desenvolvido por Favorito (2011), por exemplo, com base em uma abordagem psicanalítica, questiona a associação de uma “necessidade de controle” à trajetória de crianças e jovens.

Tais reflexões nos direcionam à importância de alterarmos o foco analítico, ampliando um entendimento centrado no indivíduo para outro atento aos contextos de pertencimento. Apesar disso, as pesquisas apresentadas neste capítulo, como as de Giusti (2016), Favorito (2011) e Paula (2015), nos indicam a persistência e a intensificação de uma lógica que visa a associação de questões sociais, educacionais e culturais a uma dimensão intrínseca ao educando. A valorização da

lógica patologizante da vida nos contextos educacionais nos faz refletir que, apesar dos avanços na compreensão social do conceito de deficiência e de normativas que valorizam os processos inclusivos, ainda é possível encontrar uma forte tendência a ideias que reforçam a perspectiva de uma suposta “capacidade intelectual”, considerada como algo inerente ao sujeito e, muitas vezes, desprovido de sua historicidade.

O terceiro eixo evocado a partir das leituras realizadas trata da constituição de um fluxo de ideias e de ações que tendem a ser geradoras de processos diagnósticos com possíveis efeitos nas trajetórias escolares. As pesquisas aqui apresentadas apontaram indícios e elos constitutivos do processo que culmina em encaminhamentos para a avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes.

Os estudos indicam a complexidade dos fenômenos de patologização e medicalização quando tratamos do percurso constituinte da avaliação diagnóstica associada às trajetórias escolares. Podemos inferir que, nesse processo, alguns movimentos e instituições se relacionam entre si, como família, escola e sociedade; da mesma forma, percebe-se um conjunto de ideias concatenadas a uma compreensão equivocada de saúde.

Algumas pesquisas apontam que os encaminhamentos para a avaliação diagnóstica partem ora da família, ora da escola. No entanto, compreendemos que uma suposta origem desses direcionamentos não pode ser facilmente identificada, pois existem ações que misturam expectativas e modos de compreensão dos fenômenos. Trata-se de uma necessidade normatizadora e de classificação que é arcaica, sólida e cultural. Sólida, pois está enraizada no nosso fazer pedagógico, no fazer clínico, assim como no pensamento de familiares ou de pessoas próximas. Cultural, pois, como disse Paulo Amarante, “é a cultura que faz as pessoas demandarem hospitais psiquiátricos, exclusão, limitação”. (FÓRUM DE CIÊNCIA E CULTURA DA UFRJ, 2020).

Na construção de processos diagnósticos, sabemos que muitos elos constituem, de alguma forma, uma lógica que patologiza e gera efeitos em inúmeras trajetórias pessoais.

Nesse sentido, dando continuidade ao debate, há certa recorrência de estudos que apontam o alto índice de encaminhamentos diagnósticos realizados no contexto escolar. Como exemplo disso, destacamos a pesquisa de Garcia (2018), a qual aponta um aumento no contingente numérico de alunos inseridos na categoria

de deficiência mental em um município localizado no interior da Paraíba.

As pesquisas que se dedicaram a investigar como esses processos ocorrem no contexto educacional destacam que os alunos que são direcionados a uma avaliação diagnóstica geralmente são encaminhados com base em sinalizações e apontamentos referentes a uma queixa escolar. Ainda, diversas pesquisas apontam que a instituição escolar acaba desempenhando um papel importante na constituição do encaminhamento para o processo de avaliação diagnóstica.

Silva (2016) destacou que o contingente numérico de alunos inseridos na categoria “deficiência intelectual” teve um aumento expressivo em todo o Brasil, ocupando parte significativa das matrículas gerais do público-alvo da educação especial.

A partir de 2010, no ensino comum brasileiro, os alunos com deficiência intelectual ocupam mais da metade das matrículas gerais do público-alvo, chegando a 60% em 2014. No ensino especializado, o contingente numérico é ainda mais expressivo, pois 86,9% dos alunos são identificados na categoria de deficiência intelectual, segundo o Censo Escolar MEC/INEP. (SILVA, 2016, p. 84)

Ao analisarmos os dados mais recentes disponíveis no *site* do INEP/MEC³⁷, averiguamos que, em 2020, o Brasil possuía um contingente numérico de 1.090.805 alunos matriculados como público-alvo da educação especial em classes comuns de ensino e, destes, 709.683 foram inseridos na categoria “deficiência intelectual”. Ou seja, podemos considerar que 65% das matrículas gerais do público-alvo da educação especial, no ensino comum, são ocupadas por alunos diagnosticados com deficiência intelectual, segundo os dados do Censo Escolar. (BRASIL, 2021b)³⁸.

Entendemos que os dados indicados necessitam ser interpretados com cautela, pois acompanhamos certa associação das queixas escolares e de supostas

³⁷ Os dados foram extraídos do *site* do INEP/MEC na aba “educação básica” em “sinopses estatísticas da educação básica”. Os dados foram acessados através da pasta em Excel disponibilizada contendo todos os dados extraídos da pesquisa realizada para o Censo Escolar do MEC/INEP.

³⁸ Consideramos a necessidade de atenção para essa discussão acerca do contingente numérico de estudantes inseridos na categoria “deficiência intelectual”, segundo o Censo Escolar. A literatura especializada nos aponta que cerca de 70% dos casos diagnosticados com autismo poderiam ser, também, associados à deficiência intelectual. Reconhecemos que essa sinalização deve ser considerada com cuidado e merece investimento em estudos; no entanto, o que queremos alertar aqui é que, se observarmos esse indicativo, poderíamos inferir que a porcentagem sinalizada, ou seja, 65% dos estudantes considerados público-alvo da educação especial enquadrados na categoria “deficiência intelectual”, poderia ser muito maior se levássemos em conta uma suposta associação com outras tipologias, como o próprio autismo.

dificuldades de aprendizagem a um possível diagnóstico de deficiência intelectual. Como apontam Abreu (2016), Garcia (2018), Santos (2018) e Delpra (2017), o direcionamento realizado pelos professores a uma avaliação diagnóstica tem sido identificado como parte de um complexo percurso que envolverá também outros profissionais, como aqueles que trabalham com saúde mental, a saber, psicólogos, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, entre outros.

As pesquisas apontam, ainda, que parece existir a falsa impressão de que o diagnóstico só se concretiza após uma avaliação realizada por algum profissional da saúde, como médicos ou psicólogos. No entanto, compreendemos que os rótulos dados aos estudantes no contexto escolar podem possuir efeito semelhante em termos práticos no que tange a lógica patologizadora. Ao olhar para o meu aluno como diferente, minha conduta muda, sobretudo quando essa diferença é considerada um indício de anormalidade e de patologia. Com essa dinâmica, reforçamos a lógica padronizadora que poderá gerar muitos efeitos no processo de escolarização desses alunos.

A partir da literatura aqui apresentada, é possível refletir que as práticas estabelecidas nessas relações em nada favorecem um fazer pedagógico que valorize ações associadas a uma observação contextual.

Desse modo, é provável uma simplificação das relações existentes no contexto escolar e, como bem nos sinaliza Vasconcellos (2013, p. 101), a simplificação “obscurece as inter-relações existentes entre todos os fenômenos do universo e é imprescindível ver e lidar com a complexidade do mundo em todos os seus níveis”.

Diante do exposto, sinalizamos que a análise bibliográfica nos possibilita uma maior problematização da temática e indica o quanto a cultura patologizante e medicalizante está presente no nosso cotidiano, principalmente no que diz respeito aos processos de escolarização. Logo, queixas associadas a uma expectativa de comportamento adequado ou a possíveis dificuldades na aprendizagem seguem, em grande medida, sendo compreendidas como questões de cunho patológico, fazendo com que preceitos abordados a partir de ideias higienistas ainda permaneçam em voga, no sentido de delegar a análise das manifestações sociais, que têm origem em dinâmicas de interação contextual, à avaliação diagnóstica.

Para Garrido e Moysés (2015), a visão que atribui à criança a responsabilidade sobre o seu processo pedagógico deve ser problematizada e repensada.

[...] o êxito daquela que aprende é tido comumente como mérito de quem ensina. Aquela que não aprende, entretanto, é vista, há muito, como responsável por seu insucesso, seja em razão de sua origem econômica, cultural ou, mais recentemente, de suas características biológicas. É nessa conjuntura que ganha *status* de verdade a ideia de que alunos que não aprendem na escola têm, em si, um problema. Nas últimas décadas, vem sendo cada vez mais aceita, no Brasil, a ideia de que as dificuldades escolares de uma criança são causadas por problemas de ordem médica. Essa certeza abre espaço para profissionais de saúde, exames, rótulos, diagnósticos, remédios, todos voltados a legitimá-los e a transformar crianças-problema ou anormais. (GUARRIDO; MOYSÉS, 2015, p. 172).

Indo ao encontro dessa afirmação, podemos inferir que, mesmo com o investimento em ações despatologizantes por alguns movimentos e organizações sociais, há ainda certa recorrência da associação das queixas escolares a uma ordem médica. Como já abordado neste estudo, há um entendimento de que possíveis dificuldades na aprendizagem e/ou outras manifestações compreendidas como desviantes seriam intrínsecas ao sujeito e, por esse motivo, necessitariam de uma avaliação clínica e da utilização de mecanismos de “tratamento”, como, por exemplo, o uso de medicamentos.

Compreendemos que é na construção dessas relações que se estabelecem o processo patológico e de medicalização, em que cenas como as expostas anteriormente ganham vida.

A família de Breno expressava sua vontade de que o menino fizesse o uso de algum medicamento “porque ele sonhava demais e precisava dar conta do que a família compreendia como necessário para o seu sustento”. Quanto à Gaia, mesmo ela demonstrando avanços significativos no seu processo de escolarização, alguns professores questionaram se não “existia algum exame que apontasse se ela teria uma falha no cérebro” e, em caso afirmativo, se poderia “ter uma medicação que resolvesse isso”. Também, a partir dessa mesma lógica patologizante e normatizante, foi questionado se Oliver teria condições de estar na escola que frequentava.

Assim, fundamentados em leituras especializadas e nas narrativas aqui apresentadas, destacamos os efeitos que os processos de medicalização e patologização geram na vida das pessoas, principalmente daquelas que estão em fase de escolarização. São vidas e trajetórias marcadas muitas vezes pela ótica da incapacidade. Além disso, estudos dos diferentes eixos analisados referem uma tendência crescente nas avaliações diagnósticas e destacam as influências que manuais diagnósticos (como o DSM) e a indústria farmacêutica exercem na constituição desses processos, o que indica que há uma discursividade que reforça e legitima os fenômenos de patologização e medicalização.

Ribeiro (2015) discute essa problematização ao relatar certa perversidade no discurso daqueles que defendem uma visão organicista, pois, segundo a autora, estes compreendem “a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola como um direito”. Para a autora:

Dizem aqueles que defendem a medicalização do aprender que é um direito da criança ser medicada, ser entendida e ser diagnosticada. Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem, e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. (RIBEIRO, 2015, p. 71).

Essa perspectiva nos mostra uma estratégia adicional de legitimação de uma ação técnica por meio da defesa do ato clínico como algo necessariamente benéfico à criança. As pesquisas aqui apresentadas não discutem de forma abrangente o discurso apresentado por Ribeiro (2015). Contudo, apontam certa discursividade relacionada a uma compreensão associada à saúde, o que coloca em evidência as possíveis consequências oriundas dos fenômenos de patologização. Desse modo, reconhecemos a continuidade de uma ação valorizadora de processos diagnósticos com base na análise comportamental, assim como o avanço de explicações etiológicas para as dificuldades de aprendizagem que se associariam a critérios biológicos. Tais tendências se expressam em procedimentos que identificam a necessidade de avaliação clínica do aluno e a utilização de testes que prometem “medir” suas capacidades, dentre essas, o potencial intelectual do aluno.

Portanto, compreendemos que as pesquisas e narrativas aqui expostas indicam que, ao analisarmos a problemática por meio de uma ótica valorizadora do contexto educacional e dos processos avaliativos com crianças e adolescentes em idade escolar, há ainda o predomínio de uma lógica valorizadora de ações patologizantes e de uma recorrência do encaminhamento de queixas escolares a uma avaliação diagnóstica. Nesse sentido, nos parece que o desafio continua versando sobre uma necessidade de se consolidar outras práticas que favoreçam uma visão contextual acerca dos percursos pessoais e escolares.



“Sabe, professora, tirando o meu pai, o resto da minha família não entende o porquê de eu ainda vir à escola, sendo que eu tenho 18 anos. Por eles, eu poderia estar apenas trabalhando em algum lugar. Porém, eu sei que existe um documento que diz que é direito de todos estar na escola, então é meu direito também.”

Maria, 18 anos, setembro de 2017.

“Olá, professora! Escrevo para avisar que fui aprovada, através do Enem, para o curso de direito em uma universidade aqui da minha cidade.”

Maria, 23 anos, janeiro de 2022.

Sonia Gomes, amarrações, tecidos, rendas e fragmentos diversos sobre gaiola de arame, 250x33x26cm. Autorizado em contato realizado em 21 de abril de 2022

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, buscou-se problematizar como o conceito de deficiência instituiu-se nos últimos 70 anos e quais seus possíveis efeitos nos processos diagnósticos e em dimensões relativas à escolarização. Além disso, considerando esse plano analítico, foram discutidos os efeitos dos processos de patologização e medicalização da vida.

A premissa utilizada neste estudo, ao nos referirmos ao conceito de deficiência, se associa a um entendimento mais contextual da deficiência e de seus possíveis efeitos na construção de políticas públicas e práticas destinadas a sujeitos que, historicamente, são alvos de uma suposta compreensão de anormalidade. O estudo empreendido propõe, também, interrogar oajuizamento realizado em relação ao que é compreendido como “normal” e “patológico”. Nesse sentido, reiteramos que, ao discutirmos as narrativas que foram se instituindo quanto ao conceito de deficiência, propomos uma problematização relacionada a um constructo social que reverbera na compreensão conceitual de outros grupos diagnósticos ou, ainda, de manifestações tidas como “anormais” no contexto escolar.

Portanto, alguns questionamentos nortearam o desenvolvimento do presente estudo, como: quais são os sentidos associados ao conceito de deficiência? E quais são os efeitos dos processos de patologização na constituição da infância e da vida, considerando os contextos social, educacional e político?

Para buscar essas respostas, deu-se ênfase a uma perspectiva teórico-metodológica que se associa à pesquisa de cunho qualitativo e de caráter documental e bibliográfico, com base na perspectiva sistêmica. Assim, investiu-se na possibilidade de construção de um diálogo que sugere uma compreensão de mundo alicerçada na constituição de práticas sociais e no reconhecimento da complexidade dos fenômenos estudados.

Para a construção metodológica, três dimensões foram estruturadas a fim de contemplar os objetivos traçados para esta pesquisa: uma análise referente à constituição do conceito de deficiência e seus possíveis efeitos nos processos de escolarização e em diretrizes brasileiras e orientações oficiais; uma revisão analítica da literatura especializada relativa à temática da pesquisa, identificando regularidades, tendências e lacunas; e um investimento em histórias evocadas como narrativas, com destaque para episódios oriundos de experiências profissionais da

pesquisadora na sua condição de professora da área da educação especial.

Para a problematização de fenômenos tão complexos, esses caminhos investigativos investiram em uma busca sobre a historicidade de elementos que constituem o conceito de deficiência a partir do surgimento da pedagogia científica, das ideias higienistas e da instituição dos serviços de atenção em saúde mental e em educação especial, assim como na compreensão dos efeitos atinentes ao contexto político, à dimensão social e à constituição da infância.

Além do exposto, recorremos a problematizações acerca da organização de manuais internacionais de classificação e suas possíveis influências no contexto brasileiro e do papel da indústria farmacêutica em processos medicalizantes e patologizantes.

Por fim, buscamos propor um diálogo entre as narrativas trazidas pela pesquisadora e o levantamento bibliográfico realizado a partir de produções nacionais, no intuito de favorecer a compreensão sobre o que tem sido produzido cientificamente com relação à temática estudada.

Observamos que há uma mentalidade predominante relacionada ao conceito de deficiência que permeia nossas políticas e práticas educacionais. Podemos identificar que queixas associadas a uma expectativa de comportamento adequado ou a possíveis dificuldades na aprendizagem seguem, em grande medida, sendo compreendidas como questões de cunho patológico.

Romper com as amarras dessa lógica tem exigido grande investimento na defesa de uma perspectiva que se diferencie de uma lógica simplificadora, individualista e organicista, investindo em diretrizes mais holísticas e inclusivas. Nesse sentido, destacamos que, apesar de reconhecer as tentativas recentes que priorizam uma compreensão mais social e inclusiva da deficiência, como se deu a partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, ainda há o predomínio de um entendimento da deficiência como fenômeno intrínseco ao sujeito, reforçando a perspectiva de uma suposta “capacidade intelectual” considerada, muitas vezes, desprovida de sua historicidade. O predomínio dessa compreensão se relaciona ao debate emergente sobre o capacitismo, ao deslocar a ideia de que as supostas limitações estariam associadas a uma idealização de falta, e não à condição humana, ocasionando uma perversa apreensão da deficiência. (DINIZ; BARBOSA, 2010).

Compreendemos que essa mentalidade gera efeitos nos processos de escolarização e favorece a constituição de dinâmicas patologizantes e medicalizantes da vida. Esses efeitos se manifestam de diferentes maneiras no ambiente social e educacional.

Estudos como os de Silveira (2015), Abreu (2016), Santos (2018) e Delpra (2017) indicam a recorrência de iniciativas e de procedimentos que mostram que essa lógica associada à tendência de medicalização se manifesta de forma predominante quando se trata do acompanhamento e da indicação de práticas associadas às crianças em idade escolar. A escola emerge, assim, como uma instituição por meio da qual a vida infantil ganha codificação e passa a ser reconhecida com base no destaque de manifestações que se diferenciam da suposta normalidade.

Há uma organização de ações que recorre a uma lógica fortemente presente em manuais internacionais de classificação, no sentido de produzir uma “leitura de sintomas” que se traduzem no aumento dos quadros diagnósticos. Tais fenômenos se associam aos efeitos do crescente investimento da indústria farmacêutica e do uso de medicamentos, como os psicotrópicos. Nesse sentido, podemos identificar que os manuais internacionais de classificação e a indústria farmacêutica, ao valorizarem uma perspectiva difusa e recorrente de ênfase nos sintomas e nas manifestações comportamentais, contribuem para a manutenção dessa mentalidade associada à deficiência e ao que se compreende como normalidade e anormalidade nas manifestações humanas.

Frances (2016), Whitaker (2017) e Moysés e Collares (2021) nos apontam os possíveis riscos da influência dos manuais diagnósticos associados à indústria farmacêutica, argumentando que a medicalização de crianças em idade escolar alimenta a crença de que as designadas dificuldades de aprendizagem seriam características individuais do aluno, o que movimenta um grande mercado de ações e de serviços.

Apesar de existir uma ampla crítica, na literatura especializada, acerca dos riscos de simplificação dos processos diagnósticos, temos assistido a um aumento numérico das crianças que são alvo desses procedimentos e a uma tendência de manutenção das práticas avaliativas, considerando, inclusive, a ênfase em instrumentos padronizados que se baseiam predominantemente em manifestações comportamentais, além da insistente manutenção do domínio da palavra definidora

por parte de algumas categorias profissionais. Esse domínio tem sido expresso, em geral, pelo espaço da ação clínica e pelos perfis de trabalhadores que a representam. Essa tendência pode ser identificada como um aspecto que reafirma a importância da análise crítica que coloca em evidência os riscos aos quais são expostas crianças em idade escolar.

Ao nos referirmos ao processo de avaliação, a partir das leituras realizadas e da perspectiva anunciada por Gregory Bateson, observamos que o “mapa” que idealizamos sobre um determinado contexto pode demarcar possibilidades e indicar perspectivas, mas, também, delimitar nossa ação pedagógica. Esse “mapa”, aqui compreendido como as formas a partir das quais representamos o outro, a criança, o aluno, será sempre uma síntese reduzida e parcial de nossa percepção de um fenômeno. Se o mapa é uma representação que depende de nosso “ser observador” e de um contexto, então ele jamais será capaz de considerar todas as dimensões implicadas na constituição desse contexto. A representação que tenho de meu aluno, de sua forma de ser e estar no mundo, será sempre decorrente de uma visão constituída a partir de um olhar, portanto uma leitura singular, que expressa um dos tantos modos de entender o fenômeno observado.

O reconhecimento dessas múltiplas leituras não é incompatível com a possibilidade de reflexões que possam gerar sínteses descritivas que estariam a serviço da busca contínua de compreensão sobre essas dinâmicas complexas. Porém, pode-se evitar a simplificação, favorecendo o confronto entre os diferentes pontos de vista dos atores sociais envolvidos e, sobretudo, afastando veredictos que aprisionam o sujeito em rótulos definidores de ações tendencialmente corretivas e modificadoras, vinculadas à busca de suposta adequação social.

Como nos apontam Silva e Angelucci (2018) em relação aos serviços em educação pensados para esses alunos:

As interrelações entre fracasso escolar, Educação Especial e a medicalização da Educação sugerem a necessidade de ampla discussão e constante reflexão sobre as construções teóricas e práticas, visando à articulação de propostas educacionais que avancem na garantia do direito à Educação para todas/os, sem exceções ou condicionantes. (SILVA E ANGELUCCI, 2018, p. 294).

Partimos do entendimento de que o direito à educação de qualidade, como sinalizado em nossa Constituição Federal de 1988, deve valorizar as singularidades

e as necessidades de nossos alunos sem reforçar a lógica normatizadora da vida. Nesse sentido, compreendemos, assim como sinalizado pelas autoras, a importância de problematizarmos “as construções teóricas e práticas” desenvolvidas nos serviços destinados aos nossos estudantes.

Para tanto, reconhecemos a necessidade de uma:

[...] reconfiguração das relações entre os campos da Saúde e da Educação, permitindo a construção de práticas coletivas que discutam as problemáticas escolares a partir do diálogo e não sobre determinação da Saúde pela Educação. Isso implica, também, esforço da Educação para produzir formas de compreender as/os estudantes e seus processos ensino-aprendizagem fora do eixo patologia/normalidade, afirmando radicalmente a diversidade humana como princípio, meio e fim do trabalho educativo. (SILVA; ANGELUCCI, 2018, p. 294).

A pesquisa realizada ao longo do presente estudo permite problematizar os engendramentos referidos pelas autoras no sentido de avançarmos na compreensão dos fenômenos que associam infância, deficiência, escolarização e patologização.

Sabemos que a lógica patologizante e a produção diagnóstica são resultados da ação de diversos atores sociais que passam a compartilhar lentes definidoras dos fenômenos investigados. Os estudos apresentados, em especial no capítulo que se dedica ao levantamento bibliográfico, indicam a complexidade dos fenômenos estudados quando tratamos do percurso constituinte da avaliação diagnóstica associada às trajetórias escolares. Giusti (2016), Nascimento (2013) e Paula (2015) questionam-se a respeito de uma série de demandas que estão sendo apresentadas a partir de queixas escolares e indicam que estas estão sendo capturadas pela ótica dos transtornos, deslocando uma responsabilidade política e educativa para o campo das soluções medicalizantes e biologizantes. Podemos inferir que, nesse processo, alguns movimentos e instituições se relacionam entre si, como família, escola e sociedade, e percebe-se um conjunto de ideias vinculadas à mentalidade aqui exposta, associada ao conceito de deficiência.

Desse modo, algumas pesquisas, ao abordarem os encaminhamentos à avaliação diagnóstica, indicam que os supostos motivos desse processo se associam a queixas escolares, partindo, em grande medida, ora da família, ora da escola.

A partir do exposto, ao finalizarmos esta pesquisa, sentimos a necessidade de retomar a seguinte pergunta: como a escola produz deficiência? Ou, ainda, como a escola participa dessa complexa rede de produção? De que modo ela participa desse processo?

Sabemos que, na produção diagnóstica, os processos medicalizantes se constituem a partir de uma rede complexa de instituições, de ações variadas e de uma mentalidade difusa e preponderante. Mas nos voltamos à escola por identificarmos que, historicamente, essa instituição tem atuado como uma potente instância de seleção dos supostamente “aptos”, como foi exposto ao longo da presente pesquisa. De maneira semelhante, estudos como os de Jannuzzi (1985, 1992), Patto (1997), Bridi e Baptista (2012) e Garrido e Moysés (2015) mostram que é no contexto escolar que são produzidos os elevados índices de encaminhamentos para uma avaliação diagnóstica clínica, com discursos que indicam, predominantemente, queixas associadas aos processos de escolarização.

Reconhecemos que a escola participa desse processo ao recorrer à mentalidade que tende a compreender a deficiência como intrínseca ao sujeito ao vincular-se a uma cultura normalizante, construída ao longo dos séculos, e a uma cientificidade que reproduz e conduz a uma ideia normatizante dos modos de ser e estar no mundo e no contexto escolar.

A partir de pesquisas como as de Ribeiro (2015), Favorito (2011) e Christofari (2014), percebemos que a escola participa dessa complexa rede de produção ao negligenciar indícios de uma participação social, de mudanças, de sinais que poderiam ser atribuídos como efeitos de uma aprendizagem potente e voltada para a construção de possibilidades pedagógicas, acolhendo a pluralidade encontrada em processos de aprendizagem e de escolarização. No entanto, ao descuidar-se das manifestações que constituem a infância, a simplificação atribuída ao processo de avaliação diagnóstica tem, em grande medida, se associado a uma compreensão de deficiência relacionada à condição de incapacidade.

Ao problematizarmos alguns elos constituintes dessa rede, torna-se fundamental reiterarmos, ainda, a existência de uma mentalidade construída que tem favorecido uma lógica estigmatizante das manifestações humanas. Essa mentalidade foi sendo forjada ao longo dos anos a partir de engendramentos sociais, entre eles, a preponderância associada aos saberes do campo da saúde, de ideias higienistas, e de movimentos que culminaram na constituição de dispositivos

orientadores da gestão dos processos de identificação daquilo que passa a ser considerado anormal, como os manuais diagnósticos.

Ao analisarmos, por exemplo, a constituição desses manuais, podemos observar que esse retrocesso se expressa também no deslocamento, a partir do DSM-III, de uma compreensão que entende os fenômenos psíquicos como manifestações humanas para uma compreensão identificada como biomedicalizante, predominante na psiquiatria contemporânea.

Aos discutirmos os possíveis efeitos dos processos diagnósticos e de fenômenos como os da patologização da infância, tentamos indicar que estes produzem filtros e canais de entrada para determinados apoios em políticas públicas, serviços e recursos. Por exemplo: ao problematizar o aumento no contingente numérico de alunos inseridos na categoria de deficiência mental em um município localizado no interior da Paraíba e compará-lo ao crescimento no acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), Garcia (2018) sinaliza o quanto os processos diagnósticos estão associados a fatores e interesses que também se relacionam com as condições sociais e culturais de determinados grupos. Afirma, então, que a demanda pelo diagnóstico se torna emergente quando há a necessidade de acesso aos serviços e ocorre uma escassez de recursos, o que se mostra no campo educacional e na busca pelo acesso ao BPC, por exemplo.

Desse modo, segundo Biancha Angelucci, “os processos de medicalização fundam modos de existência, organizam políticas públicas e, com isso, nesse processo ideológico, deslocam o debate” que deveria se associar à ampla democratização do acesso à educação, à saúde e às políticas públicas, priorizando, assim, a necessidade de se estabelecer critérios e modos de classificação. (DESPATOLOGIZA, 2021)³⁹.

Diante do exposto, recorreremos novamente às palavras de Mia Couto para tentar exemplificar a complexidade dos temas abordados ao longo deste estudo, mas também para destacar a importância dessa discussão no sentido de tentarmos subverter a ótica que tende a valorizar a lógica normatizante da vida.

³⁹: **Despatologizar a vida.**

YouTube, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZMaxpvrKPI4&t=6438s>

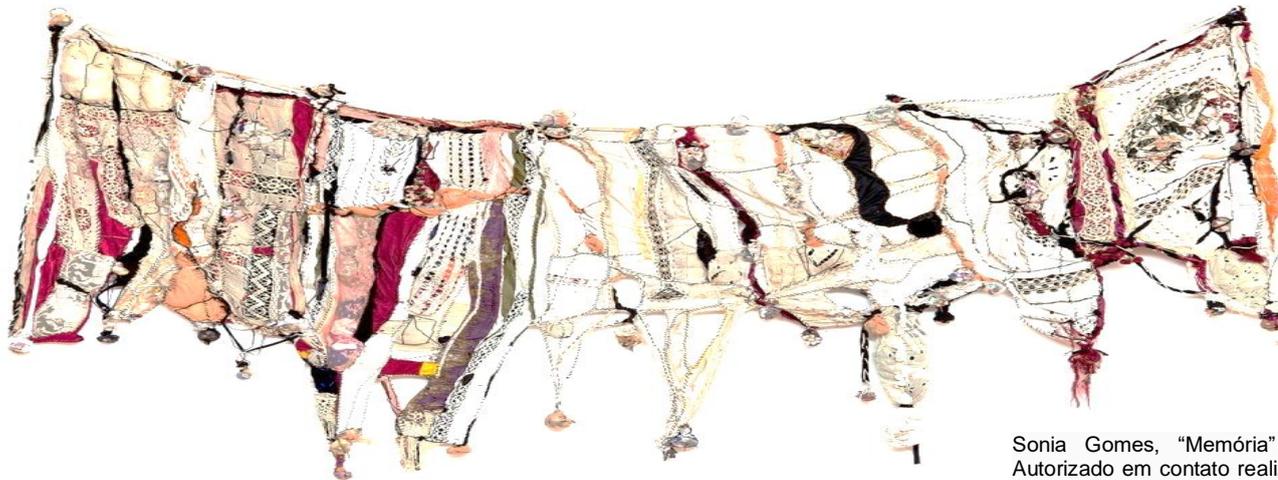
Quanto menos entendemos, mais julgamos. A cilada maior é acreditarmos que as armadilhas que pensávamos exteriores residem profundamente dentro de nós. Quebrar as armadilhas do mundo, é antes de mais, quebrar o mundo de armadilhas em que se converteu o nosso próprio olhar.⁴⁰

Ao finalizar este estudo, percebemos que muito falamos sobre a necessidade de uma suposta “atenção” a processos, singularidades, manifestações e construções sociais, individuais ou coletivas. Reconhecemos que esse tipo de atenção parte da nossa busca de contribuir com o entendimento e a contextualização dos “mapas” construídos pelos atores sociais implicados nos processos de escolarização.

Compreendemos que o “mapa” será sempre uma síntese reduzida e parcial de nossa percepção de um fenômeno, o que tende a oferecer a ilusão de que esse fenômeno se confundiria com algo externo a nós. Nosso grande desafio continua versando sobre a necessidade de construir modos de compreensão de forma mais contextualizada, ou seja, estratégias que favoreçam uma visão ampliada acerca dos percursos pessoais e escolares, dissociados da fragmentação e da simplificação que tendem a fortalecer os processos de patologização.

Mia Couto indica uma ideia associada à “porosidade das fronteiras”, que nos auxilia a refletir sobre os fenômenos estudados e se relaciona com o questionamento abordado por Bateson (1986) ao se interrogar sobre nosso modo de estabelecer distinções: “existirá uma linha ou limite do qual poderemos dizer que ‘dentro’ daquela linha ou fronteira estou ‘eu’ e ‘do lado de fora’ está o meio ambiente ou uma outra pessoa?” (BATESON, 1986, p. 139). Diante de um movimento cotidiano que recorre continuamente à simplificação dos processos e dos fenômenos, inverter essa lógica talvez seja lançar um convite para ousarmos derrubar muros – ou, tomando emprestadas novamente as palavras de Mia Couto, para construirmos “paredes [mais] vivas e permeáveis”.

⁴⁰ COUTO, Mia. As armadilhas de dentro. In: COUTO, Mia. **E se Obama fosse africano?** Ensaios. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2011.



Sonia Gomes, "Memória" (2004).
Autorizado em contato realizado em
21 de abril de 2022.

8 EPISÓDIO FINAL: ENTRE JANELAS

As memórias narradas ao longo deste trabalho, assim como a obra "Memória", de Sonia Gomes, apresentam várias texturas, cores, formas. São histórias vivas que perpassaram o meu horizonte.

São Marias, Júlias, Cassias, Filipes, Lucas, Joãos, Arthures, Guilhermes e muitos outros que me ensinaram sobre processos de escolarização e de ser e estar no mundo. Ensinaram sobre potência, sobre o acreditar. Crianças e adolescentes que fizeram eco a uma menina "não" perdida em minha memória.

Uma menina "tímida, porém questionadora", que olhava pelas e entre janelas. Perdia-se (diziam os professores) pelas janelas da sala de aula. Ou, talvez, pelas janelas da alma, daquele espaço em forma quase sempre retangular, mas que expõe muitas possibilidades para refletir, pensar, questionar, construir, mesmo que apenas em seus pensamentos.

A menina questionadora apresentava certa dificuldade na aprendizagem. Chamavam a mãe e o pai, e apontavam que ela era ótima, mas perdia-se em seus pensamentos. Talvez fosse um déficit de atenção? Eles (professores) questionavam. Não teve um ano em que não ficou em recuperação na escola. O que aumentava sua angústia, pois sabia que ela não tinha outra opção a não ser estudar, cursar uma faculdade.

Por ironia do destino, escolheu ser professora. Compartilhar e acompanhar outros processos de aprendizagens, outras histórias, outras "janelas". E aprendeu a acreditar em potências, em potencialidades e processos.

Talvez, para a construção de processos despatologizantes, seja necessário também que se olhe entre e/ou a partir das "janelas". Não no sentido demarcado em seu formato, mas no sentido mais amplo, metafórico, do explorar, das possibilidades que se encontram ao olhar essas janelas. Das potencialidades ali vistas, revistas e construídas. Despatologizando processos e manifestações, abrimos possibilidades talvez ainda não conhecidas, a serem construídas, mas que indicam diferentes contornos ou "não contornos", diferentes mapas ou "não mapas", a desbravar territórios em processo de constituir-se, viver, construir.

Como diria Mia Couto⁴¹:

"Se eu fosse casa escolhia ser janela.

Porque a janela é da casa o que não é, o vazio onde ela sonha ser mundo."

⁴¹ COUTO, Mia. **Na berma de nenhuma estrada: e outros contos**. Editora Companhia das Letras, 2015.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Lorena Dias de. **Existências relâmpagos**: medicalização em tempo integral. 2016. 155 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Centro de Ciências e Naturais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Gustavo Kohler Riedel. **Academia Nacional de Medicina**, 2020. Disponível em: <http://www.anm.org.br/gustavo-kohler-riedel/>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5)**. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento *et al.* Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli (coord.) *et al.* Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. São Paulo, SP: Atlas 1997.
- ARANHA, Maria Salete Fábio. **Projeto Escola Viva**: garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola: necessidades educacionais especiais dos alunos. Brasília: Ministério da Educação, 2005. v. 1.
- ARAUJO, Wilma Fernandes de. **Discurso e medicalização**: o significado do TDAH para pais e mães de alunos do Ensino Fundamental. 2017. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 1986.
- ASSIS, Machado. **O alienista**. São Paulo, SP: FTD, 2008.
- BAPTISTA, Claudio Roberto. Ação pedagógica e educação especial: a sala de recursos como prioridade na oferta de serviços especializados. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 17, n. spe1, p. 59–76, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/B4mkmTPHqg8HQYsLYxb6tXb/abstract/?lang=pt>
- BAPTISTA, Claudio Roberto; MEIRELLES, Melina Chassot Benincasa. Políticas de inclusão escolar no Brasil e suas diretrizes. **Studium Educationis**, n. 3, p. 77–86, 2015. Disponível em: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/studium/article/download/2214/2022/8107>
- BAPTISTA, Claudio Roberto. Política pública, Educação Especial e escolarização no Brasil. **Educação E Pesquisa**, São Paulo, v. 45, e217423, 2019.
- BARBARINI, Tatiana de Andrade. **O controle da infância**: caminhos da medicalização. 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- BARRETO, Lima. **Diário do hospício & o cemitério dos vivos**. São Paulo, SP:

Companhia das Letras, 2017.

BASTOS, Helivalda Pedroza. **Saúde e educação**: reflexões sobre o processo de medicalização. 2013. 208 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BATESON, Gregory. **Mente e natureza**: a unidade necessária. Tradução de Claudia Gerpe. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves, 1986.

BATESON, Gregory. **Pasos hacia una ecología de la mente**. Planeta/Carlos Lohle, Buenos Aires, 1972.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *In*: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica**. Arte e política. São Paulo, SP: Brasiliense, 1985. p. 197-221.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8TnXC5YqFkbGmzHSGCZTqb/?lang=pt>

BEZERRA, Marília dos Santos. **Dificuldade de aprendizagem e subjetividade**: para além das representações hegemônicas do aprender. 2014. 158 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

BRASIL. Lei nº 5.692, de 12 de agosto de 1971. Fixa diretrizes e bases para o

ensino de 1a e 2a graus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção I, p. 6377, 1971. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial da União**, 2009b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. **Diário Oficial da União**, 2001c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Acesso à informação. Dados abertos. Sinopses estatísticas. Educação Básica. Síntese estatística da Educação Básica 2019. *In: gov.br*, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-basica>

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Glossário da educação especial**: Censo Escolar 2021a. Brasília, DF: MEC/INEP, 2021. Disponível em: https://download.inep.gov.br/pesquisas_estatisticas_indicadores_educacionais/censo_escolar/orientacoes/matricula_inicial/glossario_da_educacao_especial_censo_escolar_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF: MEC/SECADI, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf

BRIDI, Fabiane Romano de Souza; BAPTISTA, Claudio Roberto. Deficiência mental e pesquisa: atualidades e modos de conhecer. *In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL*, 9., 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul, RS: UCS, 2012. Disponível em: <https://silo.tips/download/deficiencia-mental-e-pesquisa-atualidades-e-modos-de-conhecer>

BRIDI, Fabiane Romano de Sousa. Medicalização, medicamentação e escola: conexões iniciais (Prefácio). *In: CECCIM*, Ricardo Burg; FREITAS Cláudia Rodrigues de. **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a educação tem com isso? Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 53-64.

BUENO, João Geraldo Silveira. **Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente**. São Paulo, SP: educ, 1993.

CAIADO, K. R. M.; BAPTISTA, C. R.; JESUS, D. M., Deficiência mental e deficiência intelectual em debate: primeiros apontamentos. In: CAIADO, K. R. M.; BAPTISTA, C. R.; JESUS, D. M. (Org.). **Deficiência mental e deficiência intelectual em debate**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2017.

CAMBI, Franco. **História da pedagogia**. Tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo, SP: UNESP, 1999.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2017.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**. São Paulo, SP: Cultrix, 1996.

CAPRA, Fritjof. LUISI, Pier Luigi. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. Tradução Mayra Teruya Eichemberg, Newton Roberval Eichemberg. São Paulo, SP: Cultrix, 2014.

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso. A deficiência intelectual como produção social: reflexões a partir da abordagem histórico-cultural. In: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 37., 2015, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, SC: UFSC, 2015.

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso. **Deficiência mental como produção social: uma discussão a partir de histórias de vida de adultos com síndrome de Down**. 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

CENTOFANTI, Rogério. Os laboratórios de psicologia nas escolas normais de São paulo: o despertar da psicometria. **Psicologia da Educação**, n. 22, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752006000100003

CENTOFANTI, Rogério. Ugo Pizzoli. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 71-88, 2002. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7708>

CENTOFANTI, Rogério; TOMASINI, Maristela Bleggi. **O livro dos cem anos do Laboratório de Psicologia Experimental da Escola Normal Secundária de São Paulo (1914-2014)**. São Paulo: [s.ed.], 2014.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in)visível?** 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa

de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** São Paulo, SP: Cortez, 1996.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima et al (Org). **VI Encontro Despatologiza - Práticas despatologizantes: quando se pensa a relação Saúde Educação.** Unicamp – Campinas, SP.

COLOMBANI, Fabiola. **Medicalização escolar e o processo normatizador da coação adulta: a era da palmatória quíomica em uma sociedade hiperativa.** 2016. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida: medicalização da educação.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf

CORREIA, Luís de Miranda. **A escola contemporânea ea inclusão de alunos com NEE: considerações para uma educação com sucesso.** Porto: Porto, 2008.

DALÍ, Salvador. **Crisalida.** 1958. Aquarela, colagem em papel e carvão, 74,9x99cm. Disponível em: <https://www.christies.com/lot/lot-salvador-dali-1904-1989-crysalis-3863327/?from=salesummary&intObjectID=3863327&lid=1>

DECHICHI, Claudia. **Transformando o ambiente da sala de aula em um contexto promotor do desenvolvimento do aluno deficiente mental.** 2001. 107 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

DELEVATI, Aline de Castro. **A política nacional de educação especial na perspectiva da Educação inclusiva (2007-2018): desafios para a constituição de Sistemas educacionais inclusivos no Brasil.** Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós- Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DELPRA, Suziane Ferreira de Castro. **O ensinar, o aprender e o não aprender nos anos iniciais do ensino fundamental: um estudo das significações de professores, pedagogos, alunos e seus responsáveis.** 2017. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação Centro de Educação, Comunicação e Artes, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

DESPATOLOGIZA. **Despatologizar a loucura, com Ana Pitta, Ana Paula Guljor e Paulo Amarante.** YouTube, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p0vBWMONjCE>

DESPATOLOGIZA. **Despatologizar a vida.** YouTube, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZMaxpvrKPI4&t=6438s>

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo, SP: Brasiliense, 2007.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia. Pessoas com deficiência e direitos humanos no Brasil. *In*: VENTURINI, Gustavo. (Ed.). **Direitos humanos**: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010. p. 201-18.

DOLENCYSKO, André Luis. **O direito à educação para pessoas com transtornos mentais**: articulação entre as políticas nacionais de educação especial e inclusiva e a saúde. 2018. 118 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. **A medicalização da infância**: uma leitura psicanalítica. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

Favorito, Mario Orlando. Mal-estar na escola: tensões entre o singular e o coletivo. 314 f. ; 30 cm Tese (doutorado) –Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

FIGUEIREDO, G. R. **A evolução do hospício no Brasil**. 1996. 238 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

FIRBIDA, Fabíola Batista Gomes. **A formação do psicólogo e a medicalização das dificuldades de aprendizagem**. 2017. 42 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2017.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza, CE: UEC, 2002.

FÓRUM DE CIÊNCIA E CULTURA DA UFRJ. **Cultura, loucura e saúde mental**. *In*: YouTube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=F0WuT3-AOfw&t=3118s>

FRABBONI, Franco. A escola infantil entre a cultura da infância e a ciência pedagógica e didática. *In*: ZABALZA, Miguel A. **Qualidade em educação infantil**. Porto Alegre, RS: Artmed, 1998. p. 63-92.

FRANCES, Allen. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. Entrevista concedida a Milagros Pérez Oliva. **El País**, 2014. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html

FRANCES, Allen. Allen Frances: um alerta a médicos e pais sobre o déficit de atenção. Entrevista concedida a Heloisa Villela. *In*: **VIOMUNDO**, 2011. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/allen-frances-um-alerta-a-medicos-e->

pais-sobre-o-deficit-de-atencao.html

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro, RJ: Versal Editores, 2016.

FREITAS, Cláudio Rodrigues de. **Corpos que não param**: criança, “TDAH” e escola. 2011. 195 f. Tese (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2017.

JANNUZZI, Gilberta de Martino; CAIADO, Kátia Regina Moreno. **APAE**: 1954-2011. Campinas: Autores Associados, 2013.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar esquecer escrever**. São Paulo, SP: Editora 34, 2006.

GARCIA, Renata Monteiro. **Medicalização da infância e políticas sociais**: processos de submissão e resistência na produção da economia da diferença. 2018. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

GARRIDO, J.; MOYSÉS, M. A. A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais e doença de indivíduos. 2. ed. São Paulo, SP: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, 2015. p. 172.

GIUSTI, Karina Gomes. **A medicalização da infância**: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar. 2016. 220 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

GUARIDO, Renata Lauretti. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

JANNUZZI, Gilberto. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. São Paulo, SP: Cortez, 1985.

JANNUZZI, Gilberto. Políticas sociais públicas de educação especial. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 9, p. 8-10, 1992.

KLEIN, Thais; LIMA, Rossano Cabral. Mais além dos transtornos do

neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. **Movimento**, v. 7, n. 5, p. 106-132, 2020. Disponível em:
<https://periodicos.uff.br/revistamovimento/article/view/42885>

LAPS - MEMÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA. Entrevista com Paulo Amarante. **YouTube**, 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=5tHKT5fg_Sk

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo, SP: UNESP, 2010.

MAANEN, John van. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, p. 520-6, 1979. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ212334>

MAIOR, Izabel Maria Madeira. A política de inclusão da pessoa com deficiência como questão de direitos humanos. **Revista Científica de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1, p. 105-131, 2018. Disponível em:
<https://revistadh.mdh.gov.br/index.php/RCDH/article/view/21?fbclid=IwAR3OyAMxXiLdDQluiRiazQXpuRWPAX6joCPJdd4NQDXv8GjjMcq5XQCcsZc>

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n. 1, p. 115-37, 2000. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/abstract/?lang=pt>

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução de José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte, MG: UFMG, 1998.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. Tradução de Jonas Pereira dos Santos. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995.

MEIRELLES, Melina Chassot Benincasa. **Educação especial e educação infantil**: uma análise de serviços de apoio especializado no município de Porto Alegre. 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MENDES, Enicéia Gonçalves. **Deficiência mental**: a construção científica de um conceito e a realidade educacional. 1995. 387 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MESQUITA, Raquel Cabral de. **A implicação do educador diante do TDAH**: repetição do discurso médico ou construção educacional? 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

METILFENIDATO. *In*: **Wikipédia, a enciclopédia livre**, s.d. Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Metilfenidato>

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO MATO GROSSO DO SUL. ONU lembra 10 anos de convenção dos direitos das pessoas com deficiência. **MPMS**, 2016. Disponível em: <https://www.mpms.mp.br/noticias/2016/05/onu-lembra-10-anos-de-conveno-dos-direitos-das-pessoas-com-deficincia>

MONARCHA, Carlos Roberto da Silva. A semiologia do escolar construída pelo dr. Ugo Pizzoli (Itália-Brasil). *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 6., 2011, Vitória. **Anais...** Vitória: SBHE, 2011.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível**: crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. *In*: VIÉGAS, Lygia de Sousa *et al.* (Orgs.). **Medicalização da educação e da sociedade**. Ciência ou mito? Salvador, BA: EDUFBA, 2014. p. 21-46.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Diferenças, desigualdades e direitos: raízes da medicalização/patologização da vida e na escola. *In*: CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS Cláudia Rodrigues de. **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a educação tem com isso? Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 53-64.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. *In*: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu, MG: ANPEd, 2008.

MUTARELLI, Andreia. **Estratégias de resistência à medicalização**: a experiência francesa. 2017. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

NASCIMENTO, Ana Paula Rodrigues do. **Da “queixa” ao fracasso escolar**: um estudo sobre a predominância do encaminhamento de meninos aos serviços de psicologia. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

OLIVEIRA, Anié Coutinho de. **Identificação precoce de sinais de risco de autismo**: o risco do risco. 2017. 157 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração de Salamanca**: sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Salamanca: UNESCO, 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF**: um manual

prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde**. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>

PAULA, Igor Juliano de. **Remédio se aprende na escola**: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental. 2015. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

PAULA, Ivina Paiva de. **Diálogos sobre patologização na formação em Psicologia**: uma experiência. Dissertação – Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. 155 f. Universidade de Brasília, 2018.

PATTO, Maria Helena Souza. **Introdução à psicologia escolar**. Casa do Psicólogo, 1997.

PESSOTTI, Isaias. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. Rio de Janeiro, RJ: ABPEE, 2012.

PETERSEN, Andrea. **On edge**: a journey through anxiety. Nova York, EUA: Random House, 2018.

PINHEIRO, Maria de Lourdes. Práticas de psicologia experimental e pedagogia científica na Escola Normal Secundária de São Carlos: a concepção do educador paulista João Toledo. **Revista HISTEDBR On-line**, v. 13, n. 53, p. 173-82, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8640199>

PISTÓIA, Lenise Henz Caçula. **Gregory Bateson e a educação**: possíveis entrelaçamentos. 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PIZZOLI, Ugo. Psicologia pedagógica. **Revista de Ensino**, anno XIII, n. 3, 1914.

PLAISANCE, Éric. **O Especial na Educação**: significados e usos. **Educação & Realidade**, v. 44, 2019.

PRADO, Eduardo Fraga de Almeida. **A clínica psicanalítica winnicottiana diante da medicalização da infância**: possíveis conflitos e impasses. 2017. 363 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

RALPHS, Camille. Anxiety's tunnel of silk. *In*: **TLS**, 2018. Disponível em: <https://www.the-tls.co.uk/articles/tunnel-of-silk-anxiety/>

RIBEIRO, Maria Izabel Souza. **A medicalização na escola**: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

2015. 268 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RICHTER, Barbara Rocha. **Hiperatividade ou indisciplina: o TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola.** 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RIZZO, Gilda. **Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento.** Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2000.

ROCHA, Ana Maria; CAVALCANTI, Ana Elizabeth. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. *In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JUNIOR, Benilton; COSTA, Jurandir Freire. (Orgs.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.* Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2014. p. 233–252.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, f. 506–514, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ndTy5YqQ6wC958FwyK6Xj6v/?format=pdf&lang=pt>

SANTOS, Hitalla Fernandes dos. **Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda de um CAPSi.** 2018. 111 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus 2018.

SANTOS, Vivian; ELIAS, Nassim Chamel. Caracterização das matrículas dos alunos com transtorno do espectro do autismo por regiões brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 24, p. 465-482, 2018.

SCHMIDT, Maria Auxiliadora Moreira dos Santos. **Infância: sol do mundo.** A primeira Conferência Nacional de Educação e a construção da infância brasileira. 1997. 231 f. Tese (Doutorado em Educação) – Departamento de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

SCHMITZ, Rudyaine da Silva. **Produção diagnóstica no contexto escolar: um olhar para a medicalização na educação.** 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2021.

SIEMS-MARCONDES, Maria Edith Romano. Estudantes com deficiência no ensino superior: trajetórias escolares, acesso e acessibilidade. **Inclusão Social**, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4083>

SILVA, Carla Maciel da. **Deficiência intelectual no Brasil: uma análise relativa a um conceito e aos processos de escolarização.** 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

SILVA, Carla Maciel da; BAPTISTA, Claudio Roberto. Patologização e medicalização da vida: a infância e os processos de escolarização. *In: CECCIM, Ricardo Burg;*

FREITAS Cláudia Rodrigues de. **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a educação tem com isso? Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 53-64.

SILVA, Claudia Lopes da. **Concepção histórico-cultural do cérebro na obra de Vigotski**. 2012. 274 f. Tese (Doutrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, Kelly Cristina dos Santos; ANGELUCCI, Carla Bianchi. A lógica medicalizante nas políticas públicas de educação. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 62, p. 683-96, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/29132>

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2009. p. 31-42.

SILVEIRA, Tácito Carderelli da. **Da infância inventada à infância medicalizada**: considerações psicanalíticas. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SINPSI TV. Nau dos insensatos 3: medicalização e patologização da educação. **YouTube**, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aA9lwCHSYE8&t=355s>

SOUSA, Gabriela Maria Brabo. **Avaliação inicial do aluno com deficiência mental na perspectiva inclusiva**. 2007. 195 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação permanente. *In*: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu, MG: ANPED, 2008.

TEZZARI, Mauren Lúcia. **Educação especial e ação docente**: da medicina à educação. 2009. 240 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

THEES, Vanessa. CID-11: veja o que muda na nova classificação internacional de doenças. **PEBMED**, 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/oms-lanca-a-cid-11-veja-o-que-muda-na-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 10ª. ed. Campinas, SP: Papirus, 2013.

VASQUES, Carla Karnoppi. **Alice na biblioteca mágica**: uma leitura sobre o diagnóstico e a escolarização de crianças com autismo e psicose infantil. 2008. 219 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 489-95, 2004.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/?lang=pt>

VELTRONE, A. A.; MENDES, E. G. Impacto da mudança de nomenclatura de deficiência mental para deficiência intelectual. **Revista Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 3, n. 2, jul./ dez. 2012.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JUNIOR, Benilton; COSTA, Jurandir Freire. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2014.

ANEXO A – QUADRO REFERENTE ÀS TESES E DISSERTAÇÕES INVESTIGADAS

Título	Autor	Instituição	Ano	Nível	Orientador
"O que não tem remédio, remediado está": medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação.	Guarido, Renata Lauretti	USP	2008	Mestrado	Voltolini, Rinaldo
A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?	Mesquita, Raquel Cabral de	UFMG	2009	Mestrado	Campos, Regina Helena de Freitas
A VIGILÂNCIA PUNITIVA: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância.	Luengo, Fabiola Colombani	UNESP	2009	Mestrado	Constantino, Elizabeth Piemonte
O controle da infância: caminhos da medicalização	Barbarini, Tatiana Andrade	UNICAMP	2011	Mestrado	Moraes, Maria Lygia Quartim de
Hiperatividade ou Indisciplina? O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola	Richter, Bárbara Rocha	UFRGS	2012	Mestrado	Santos, Luís Henrique Sacchi dos
Da 'queixa' ao fracasso escolar: um estudo sobre a predominância do encaminhamento de meninos aos serviços de psicologia	Nascimento, Ana Paula Rodrigues do	UFG	2013	Mestrado	Roure, Susie Amâncio Gonçalves de

Título	Autor	Instituição	Ano	Nível	Orientador
Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental	Paula, Igor Juliano de	FIOCRUZ	2015	Mestrado	Castiel, Luis David, Matta, Gustavo Corrêa
Existências relâmpagos: medicalização em tempo integral	Abreu, Lorena Dias de	UFES	2016	Mestrado	Louzada, Ana Paula Figueiredo
A medicalização da infância: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar	Giusti, Karina Gomes	UFSC	2016	Mestrado	Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de
O ensinar, o aprender e o não aprender nos anos iniciais do ensino fundamental: um estudo das significações de professores, pedagogos, alunos e seus responsáveis	Delpra, Suziane Ferreira de Castro	Universidade de Estadual de Londrina	2017	Mestrado	Toscano, Carlos
Discurso e medicalização: O significado do TDAH para pais e mães de alunos do Ensino Fundamental	Araujo, Wilma Fernandes de	UEPB	2017	Mestrado	Oliveira Filho, Pedro de
Diálogos sobre patologização na formação em Psicologia: uma experiência	Paula, Ivina Paiva de	Universidade de Brasília	2018	Mestrado	Pedroza, Regina Lúcia Sucupira

Título	Autor	Instituição	Ano	Nível	Orientador
Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda de um CAPSi	Santos, Hítalla Fernandes dos	UFAM	2018	Mestrado	Oliveira, Adriana Rosmaninho Caldeira de
Mal-estar na escola: tensões entre o singular e o coletivo	Favorito, Mario Orlando	PUC-RIO	2011	Doutorado	Peixoto Jr, Carlos Augusto
Concepção histórico-cultural do cérebro na obra de Vigotski	Silva, Claudia Lopes da	USP	2012	Doutorado	Moraes, Teresa Cristina Rebolho Rego de
Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização	Bastos, Helivalda Pedroza	USP	2013	Doutorado	Fernandes, Maria Inês Assumpção
Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in)visível?	Christofari, Ana Carolina	UFRGS	2014	Doutorado	Baptista, Cláudio Roberto
Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas	Silveira, Tácito Carderelli da	USP	2015	Doutorado	Lajonquière, Leandro de
A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Ribeiro, Maria Izabel Souza	UFBA	2015	Doutorado	Viégas, Lygia de Sousa Co-orientador: Nunes, Rosa Soares

Título	Autor	Instituição	Ano	Nível	Orientador
<u>Medicalização escolar e o processo normatizador da coação adulta: a era da palmatória química em uma sociedade hiperativa</u>	Colombani, Fabiola	UNESP	2016	Doutorado	Martins, Raul Aragão
<u>Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa</u>	Mutarelli, Andreia	USP	2017	Doutorado	Souza, Marilene Proença Rebello de
<u>A clínica psicanalítica winnicottiana diante da medicalização da infância: possíveis conflitos e impasses</u>	Prado, Eduardo Fraga de Almeida	PUC-SP	2017	Doutorado	Naffah Neto, Alfredo
<u>A formação do psicólogo e a medicalização das dificuldades de aprendizagem</u>	Firbida, Fabíola Batista Gomes	UNESP	2017	Doutorado	Vasconcelos, Mário Sérgio
<u>Medicalização da infância e políticas sociais: processos de submissão e resistência na produção da economia da diferença</u>	Garcia, Renata Monteiro	UFRN	2018	Doutorado	Paiva, Ilana Lemos de