
DISCURSOS MEDICALIZANTES NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Problematizações em torno da educação especial

Débora Nascimento de Oliveira*, Elizabete Bassani** & Jair Ronchi Filho***

Resumo: Este artigo é resultado de uma pesquisa de dissertação de mestrado que traz como questão central os discursos medicalizantes nos cotidianos da educação infantil e como a educação especial é capturada por tais discursos. Por medicalização entendemos o processo de transformar artificialmente questões sociais, históricas e políticas em questões de ordem médica. O texto aborda como conceito essencial a noção de discurso para Foucault, trazendo problematizações sobre normalização, subjetivação e relações saber-poder. Para discussão da noção de medicalização trouxemos autores/as que defendem distintas teorizações, como Moysés e Collares, referências em âmbito nacional. Este trabalho constitui-se em um estudo de caso que utiliza os princípios da cartografia como ferramenta e seu plano de pesquisa foi um Centro Municipal de Educação Infantil da Prefeitura Municipal de Vitória. O percurso teórico investigativo resultou em dois movimentos de problematização, o primeiro sobre medicalização dos supostos transtornos / deficiências e o segundo sobre a medicalização da condição da deficiência. A análise desses movimentos demonstra como a medicalização das infâncias ocorre a despeito de haver o consumo de medicamentos, tanto por meio da criação de rótulos, quanto pela representação da ordem médica presente nos encaminhamentos para a educação especial das crianças que fogem à norma.

Palavras-chave: medicalização, educação infantil, educação especial

* Prefeitura Municipal de Vitória, Espírito Santo, Brasil; Prefeitura Municipal de Cariacica, Espírito Santo, Brasil.

** Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Medicalização da Educação (NEPEME) do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

*** Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Medicalização da Educação (NEPEME) do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil; Núcleo de Estudos em Subjetividade e Política (NEPESP) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Brasil.

MEDICALIZING DISCOURS IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION: PROBLEMATIZATIONS AROUND SPECIAL EDUCATION

Abstract: This article is the result of a master's dissertation study that brings medicalizing discourses into the daily lives of early childhood education as a central issue, and how special education is captured by such discourses. By medicalization we mean the process of artificially transforming social, historical and political issues into medical issues. The text addresses the notion of discourse for Foucault as an essential concept, bringing questions about normalization, subjectivation and knowledge/power relations. In order to discuss the notion of medicalization, we brought authors who defend different theories, such as Moysés and Collares, who are Brazilian references. This paper consists of a case study that uses the principles of cartography as a tool, and its research plan was a Municipal Center for Early Childhood Education of the Municipality of Vitória, ES, Brazil. The theoretical investigative path resulted in two problematization movements: the first one on the medicalization of supposed disorders/disabilities, and the second one on the medicalization of the disability condition. The analysis of these movements demonstrates how the medicalization of childhood occurs despite the consumption of medicines, both through the creation of labels, as well as through the medical representation present in the referrals for special education of children who deviate from the standards.

Keywords: medicalization, childhood education, special education

LES DISCOURS MÉDICALISANT DANS L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE: PROBLÉMATISATIONS AUTOUR DE L'ÉDUCATION SPÉCIALE

Résumé: Cet article est le résultat d'une partie d'une recherche de thèse de maîtrise qui a les discours médicalisant dans la routine quotidienne de l'école maternelle, en tant que question centrale, et qui examine comment l'éducation spécialisée est capturée par ces discours. Par médicalisation, nous comprenons le processus de transformation artificielle des problèmes sociaux, historiques et politiques en enjeux médicaux. Le texte aborde comme concept essentiel la notion de discours selon Foucault, apportant des problématiques sur la normalisation, la subjectivité et les relations savoir-pouvoir. Le parcours d'investigation théorique a abouti à deux mouvements de problématique, le premier sur la médicalisation des supposés désordres/déficiences et le second sur la médicalisation de la condition de la déficience. Pour discuter la notion de médicalisation, nous avons amené des auteurs qui défendent différentes théories, comme Moysés et Collares, étant des références nationales sur le sujet. Ce travail est constitué d'une étude de cas qui utilise les principes de la cartographie comme outil et son plan de recherche était un Centre Municipal d'une École Maternelle de la Mairie de la Ville de Vitória, au Brésil. L'analyse de ces mouvements montre comment la médicalisation des enfances se produit malgré la consommation de médicaments, par la création de stigmates, ainsi que par la représentation de l'ordre médical présent dans les référencements en éducation spécialisée des enfants qui échappent à la norme.

Mots-clés: médicalisation, école maternelle, éducation spécialisée

Problematizações iniciais

A presente pesquisa problematiza os discursos medicalizantes nos cotidianos da educação infantil e como a educação especial é capturada por tais discursos.

Por medicalização entendemos o processo de transformar artificialmente questões sociais, históricas e políticas em questões de ordem médica.

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

No meio educacional, a medicalização materializa-se quando, diante de pessoas que enfrentam “dificuldades” em seus processos de ensino e aprendizagem e modos de se comportar, passamos a tratá-las como doentes (Collares & Moysés, 2015).

A captura da educação especial pelos discursos medicalizantes dá-se quando “o rótulo da deficiência provoca o adoecimento do humano, estigmatizando a pessoa e fazendo que seja vista apenas como um objeto de conhecimento científico” (Raad & Tunes, 2011, p. 16).

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

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

O discurso para Foucault (2008, p. 123) é prática, isto é, “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”.

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

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

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

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

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

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

As disciplinas, a normalização por meio da medicalização social, a emergência de uma série de biopoderes aplicados, ao mesmo tempo, aos indivíduos em sua existência singular e às populações segundo o princípio da economia e da gestão política, e o surgimento de tecnologias do comportamento formam, assim, uma configuração do poder. (Revel, 2011, p. 110)

Silva (1999), ao discorrer sobre as teorias do currículo no pós-estruturalismo, nos ajuda a analisar de forma clara a disseminação de discursos medicalizantes, pois o que é falado sobre

a criança, mais do que sua simples descrição, inventa-a. Assim, surge “a criança com TDAH”, “a criança autista”, “a criança problemática”, “a criança de uma família desestruturada”, entre outras categorias.

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

Desse modo, a constituição da medicalização através do discurso nos auxilia na compreensão do entendimento de medicalização como um processo mais complexo do que o uso de medicamentos, mas, como uma trama que envolve as relações de saber e poder, normalização, criação de rótulos e estigmas, os modos de organização social, cultural e histórica que ensejam tais discursos.

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

A área da educação conta com inúmeras pesquisas com o tema da medicalização há várias décadas. Segundo Moysés e Collares (2018), a medicalização da vida de crianças e adolescentes ocorre por via da “invenção das doenças do não aprender” (p. 157), delegando à medicina o pretenso poder de resolução dos graves e crônicos problemas da educação brasileira.

Considerações teórico-metodológicas

O presente trabalho é uma problematização acerca de como são disseminados discursos medicalizantes em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e, em especial, como esses discursos constroem relações com a educação especial. O CMEI acima citado será identificado como “Renascer”, nome fictício que visa resguardar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Consideramos importante caracterizar o plano de pesquisa: “na direção do método cartográfico, preferimos dizer que é em um plano e não em um campo que a relação se dá” (Passos & Barros, 2010, p. 20), uma vez que, sobre a noção de conhecimento na pós-modernidade, diz-se que esse constitui-se de “construções textuais e

sociais criados por nós em nossos esforços para entender nossas situações” (Lather *apud* Dahlberg, Moss, & Pence, 2003, p. 38). A pesquisa em si desestabiliza a própria noção de campo, já que modula seus limites e configurações. Portanto, como seres que estão a todo tempo criando e sendo criados social e historicamente, necessitamos fazer uma tentativa de conhecimento de uma das realidades que compõe os sujeitos da pesquisa e da pesquisadora. Kastrup (2007, s.n.) nos diz que a cartografia é sempre de um território existencial.

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

O CMEI Renascer está inserido em um contexto social, político e econômico marcado pela violência em suas diversas formas. Há grande carência de equipamentos públicos e existem diversos pequenos comércios como bares, mercearias e pequenas lojas, além de igrejas de várias denominações. A grande maioria das famílias tem baixa escolaridade e alguns vivem em habitações precárias.

Inicialmente, para construção de um diário de campo, procuramos “transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimentos e modos de fazer” (Barros & Kastrup, 2010, p. 70), estando atentos aos discursos de professores e demais profissionais da educação, às falas informais ditas em salas de aula, formações e horas de descontração, além de recados nos murais, práticas, teorias conhecidas e divulgadas nesses espaços; são esses pequenos detalhes que se encontram naturalizados nesse cotidiano e que nos dão pistas sobre esses processos. Os momentos de conversas não se caracterizaram por aspectos de dimensão prescritiva de normas e regras, mas na dimensão processual, por isso, dialogando sobre o manejo cartográfico com Tedesco, Sade e Caliman (2013) quando falam sobre a entrevista na pesquisa cartográfica, vivenciamos esse momento como uma experiência compartilhada do dizer que se tornou fundamental para pensar a direção que queríamos seguir e quais realidades desejávamos potencializar com nossa pesquisa. O trabalho de cartografar esses discursos através de detalhes informais levou-nos a um “toque” (Kastrup, 2007), momento no qual vislumbramos algo que nos exigia atenção: o fato de como a medicalização na educação infantil está entrelaçada com a concepção presente no imaginário sobre a necessidade de uma educação especial.

Essa concepção aparece nas falas das professoras onde, ao observarem em seu/sua aluno/a comportamentos que fogem à norma, está embutido o desejo por um Atendimento Educacional Especializado (AEE), por mais um profissional em sala de aula, por mais apoio da equipe pedagógica e por um “direito da criança”.

No mural de recados da escola é possível observar uma folha que detalha a quantidade de crianças que são assistidas pela professora de educação especial e seus horários de atendimento. O fato que chama a atenção são asteriscos em frente ao nome de algumas das crianças com uma pequena observação em nota de rodapé que diz “em avaliação” ou “suspeita”. Esse fato trouxe algumas problematizações e, através de questionamentos a alguns profissionais, foi descoberto que parte das crianças atendidas não possui uma condição que as caracterize como público-alvo da educação especial como referenciado pela política que orienta a educação especial na perspectiva da educação inclusiva (Brasil, 2015).

Desde 2008, as diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008) indicam que o alvo dessa modalidade de ensino são os/as estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

De acordo com Manzini (2018), a necessidade da definição de uma determinada clientela para um tipo de serviço é importante para que haja aporte financeiro que supra as necessidades dessa população. Porém, já havia em 2006 grande dificuldade na definição das características da população a ser atendida pela educação especial.

Dialogando com Angelucci (2015) analisamos como a definição de um público-alvo para a educação especial é um meio de subordinação das práticas da educação aos saberes e diagnósticos definidos pela saúde, corroborando com a clássica divisão entre sujeitos escolarizáveis e não-escolarizáveis. A autora ainda defende a troca do termo *deficiência* por *diferenças funcionais*, uma vez que, ao realizar um levantamento bibliográfico utilizando a palavra-chave “deficiência” aliada aos sufixos “visual”, “auditiva”, “física”, “mental” e “múltiplas”, as pesquisas acadêmicas voltadas para o tema majoritariamente dissertam sobre formas de avaliação, aprendizagem e escolarização a partir da falta. Chama-se atenção para o fato de poucas pesquisas se debruçarem sobre questões como o trabalho, a cultura e o esporte, dentre outros direitos fundamentais nos processos socializadores. Já o conceito de *diferenças funcionais* traz a noção de valorização dos sujeitos humanos em detrimento do aprisionamento em categorias definidas pela lógica médica.

Plaisance (2015) também faz importantes considerações sobre a permanência das definições do público-alvo da educação especial em âmbito médico e psiquiátrico, realizando uma análise crítica do uso de algumas palavras ou expressões no campo da educação. Segundo o autor, denominações como “anormal”, “retardado”, “débil”, “enfermo”, “inválido”, “incapaz”, entre outras, já foram amplamente utilizadas até o surgimento de debates em torno dos estigmas carregados por elas. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou novas discussões e classificações que procuravam levar em consideração o modo como situações sociais e culturais também produzem deficiências. Porém, mesmo após revisões, as classificações permaneceram marcadas por um modelo médico.

Plaisance (2015) ainda utiliza a história da criação do conceito *necessidade educativa especial* ou *necessidade educativa relacional* para explicitar tentativas de fuga das definições médico-psi. A expressão surgiu a partir do Relatório Warnock, de 1978, na Grã-Bretanha, objetivando abandonar as classificações de origem clínica e proporcionar dispositivos pedagógicos extras para crianças que apresentassem necessidades “particulares”, provocando desse modo mudanças na legislação britânica. Porém, a autora do relatório de 1978 retomou criticamente o trabalho alguns anos depois, denunciando a ilusão dessa mudança. Com base no fato, o autor relata que, para alguns pesquisadores, “necessidade especial se tornou uma ‘supercategoria’ que ‘agrupa’ os indivíduos e os estigmatiza” (Plaisance, 2015, p. 235). O mesmo trabalho cita o exemplo da Política de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva lançada no Brasil em 2008 como ambígua, uma vez que a delimitação de um público-alvo segue uma determinação ditada por diagnósticos médicos e psiquiátricos, nega as particularidades e singularidades das crianças e abre margem para a psicopatologização da infância.

Podemos observar que as políticas de educação especial estão cercadas de passagens que merecem extensos debates, em especial sobre a delimitação de um público-alvo e a presença da ordem médica em sua constituição. Desse modo, embora delimitando um público-alvo, a política brasileira também lança a nota técnica n.º 4 da Diretoria de Políticas de Educação Especial (DPEE) da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) do Ministério da Educação (MEC), que esclarece:

Neste liame não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas/habilidades/superdotação, uma vez que o AEE caracteriza-se pelo atendimento pedagógico e não clínico. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do plano de AEE, se for necessário, o professor de AEE, poderá articular-se com profissionais da saúde, tornando o laudo médico, neste caso, um documento anexo ao plano de AEE. Por isso, não se trata de documento obrigatório, mas, complementar, quando a escola julgar necessário. O importante é que o direito das pessoas com deficiência à educação não pode ser cerceado pela exigência do laudo médico.

Diante de tudo o que foi evidenciado, seria elementar considerarmos o encaminhamento de um grupo de crianças para o atendimento da educação especial como parte do processo de inclusão, uma vez que o diagnóstico clínico não é um parecer obrigatório para acesso a essa modalidade. Porém, a problematização se encontra no fato de que a seleção desses/as alunos/as partiu de uma concepção de um determinado padrão de normalidade, levando-nos ao questionamento: qual padrão de normalidade determinou que um grupo de alunos/as fosse selecionado para o AEE? E ainda sobre os/as alunos/as cuja condição os/as caracteriza como público-alvo da educação especial segundo os padrões legislativos, como é feita essa inclusão?

Iniciou-se, a partir desse momento, a fase de “pouso” e “reconhecimento atento” (Passos et al., 2010), momento onde houve uma parada e então o início de uma atitude investigativa e

acompanhamento de um processo. Um momento de invenção e descoberta ao mesmo tempo. O “pouso” nesse instante deu-se em especial porque no momento das observações já contávamos com inúmeras problematizações oriundas dos debates do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Medicalização da Educação (NEPEME). Este núcleo faz parte do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e é composto por estudantes e profissionais de áreas distintas, promovendo estudos sobre os processos medicalizantes.

Os discursos que ecoam nas escolas sobre a normalidade/anormalidade, as dificuldades de definição sobre o público-alvo da educação especial, o modelo clínico presente na educação, e a carência de formações continuadas que construam uma visão crítica sobre a temática corroboram com a naturalização de algumas práticas baseadas no senso comum, como a exemplo, a que os/as professores/as popularmente chamam de “olhar clínico”, como se a experiência docente habilitasse os sujeitos para a definição de “criança anormal”. Por esses motivos, a inúmeras leituras críticas ocorridas antes de habitar o plano de pesquisa foram essenciais para o “pouso”, para o desejo de questionar/problematizar o “olhar clínico”.

Na fase de “reconhecimento atento”, iniciámos conversas com alguns/mas profissionais especificamente sobre as noções de inclusão e educação especial. Em diálogos com as professoras de educação especial dos turnos matutino e vespertino foi feito um levantamento de quantas crianças recebem o atendimento atualmente e os motivos que as levaram a serem indicadas para o AEE. Somando-se os dois turnos, 13 crianças são atendidas, sendo que sete dessas crianças foram indicadas pelas professoras regentes de turma por apresentarem algum tipo de comportamento considerado transgressor à norma, não contando sequer com algum parecer clínico. E, mais do que questionar se esses comportamentos se encontram nas atribuições da educação especial, objetivamos problematizar as formas de subjetivação criadas através dos discursos proferidos sobre essas crianças. Desse modo, concordamos com a exposição de Rolnik (2006) sobre a prática política do cartógrafo, quando diz que esta prática está “alçada na micropolítica e tem a ver com o poder em sua dimensão de técnicas de subjetivação” (p. 70). Assim, realizámos o “reconhecimento atento” do microcontexto das salas de aula e as relações de saber-poder e subjetivações constituídas naqueles espaços.

De posse desses dados que fazem parte da análise sobre os discursos medicalizantes na educação infantil, houve a divisão entre dois movimentos que auxiliarão no trajeto de problematização: *a medicalização dos supostos transtornos/deficiências e a medicalização da condição da deficiência*. No primeiro plano ou movimento de problematização encontram-se sete crianças apontadas pelas professoras regentes de suas turmas para o AEE, em especial por questões comportamentais ou o que as professoras consideram como uma “dificuldade de aprendizagem”. O segundo movimento de problematização conta com seis crianças que, de acordo com os indicativos da legislação, podem ser consideradas como público-alvo da educação especial. A seguir exemplificaremos alguns dos discursos proferidos sobre algumas dessas crianças.

Construções discursivas sobre a medicalização dos supostos transtornos/deficiências

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

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

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

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

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

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

Nessa situação, a professora exerce um poder que se estabelece de forma assimétrica em relação ao aluno, subjetivando-o em relação a um padrão estabelecido. Ela o acompanha de modo mais direto, e nela acabam perso-

nificando-se vários discursos que compõem todo um modo de pensar, de entender, de ver e fazer educação que privilegia algumas coisas que o menino não estava apresentando de modo satisfatório. Como as práticas educativas, são práticas discursivas e estas 'também são práticas sociais organizadas e constituídas em relações de desigualdades de poder e de controle' (Larrosa, 1994, p. 71), a professora agiu dentro de seus parâmetros, seguindo os sentidos nela produzidos pelos discursos educacionais, aplicando uma metodologia coerente com a visão de educação normalizadora.

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

Já outra criança, de acordo com a professora, apresentava “dificuldade de aprendizagem”, sem que fosse esclarecida qual seria a noção de dificuldade de aprendizagem na qual essa afirmação se baseia. O que é a dificuldade de aprendizagem?

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

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

Os casos expostos, além de outros problematizados neste espaço escolar, são exemplos de como são criados os diagnósticos de TDAH/TOD, autismo, ou outros distúrbios, sem que haja critérios plausíveis para tais afirmações. Sobre o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e

também aqui podemos incluir o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Caponi (2016, p. 36) fala sobre os diagnósticos “ubuescos”:

Em “Os anormais”, Foucault analisa os discursos jurídicos com pretensão de verdade como sendo discursos “ubuescos” (Foucault, 1999, p. 125). Isto é, discursos com pretensão de verdade, que podem parecer grotescos, que podem fazer rir, mas que de fato têm consequências trágicas. Pois é a partir desses discursos que se legitimam estratégias de poder que podem determinar, direta ou indiretamente, decisões sobre normalidade e patologia, sobre terapêuticas farmacológicas, enfim, decisões sobre a vida e o futuro de crianças classificadas nessa categoria.

A autora faz uma análise sobre as fragilidades e ambiguidades dos sintomas desses supostos transtornos. Para o diagnóstico do TOD é necessário que exista pelo menos quatro dentre oito sintomas que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) apresenta divididos em três grupos (APA, 2013, p. 462):

Humor raivoso/irritável:

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

Comportamento questionador/desafiante:

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

Índole vingativa:

- (8) Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

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

O DSM também acrescenta fatores que devem ser considerados para a análise desses comportamentos, como, por exemplo, os fatores ambientais (Caponi, 2016, p. 39), que são: “(1) Nível socioeconômico baixo; (2) História parental de psicopatologia; (3) Criminalidade parental; (4) Características de cuidado parental: hostilidade, pouco carinho, pouca supervisão, regras e disciplinas inconsistentes.”

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

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

As formações continuadas voltadas para resoluções imediatas dos problemas educacionais contribuem para a medicalização/patologização da educação na medida em que trazem em seu bojo, por exemplo, como identificar características da criança autista, ou da criança com TDAH, entre outras, sem que haja aprofundamento teórico sobre o tema. Esses cursos trazem pequenas receitas de ferramentas auxiliares de práticas pedagógicas que poderão ser de grande valia em determinado momento, porém, não apresentam uma visão abrangente dos desafios enfrentados nos cotidianos escolares.

Esses casos nos trazem inúmeras problematizações que nos auxiliam a pensar os processos medicalizantes, sobre a forma como os comportamentos e os processos subjetivantes têm sido transformados em sintomas de uma doença, síndrome ou deficiência. Ser introvertido ou extrovertido, correr na sala, não ter interesse em determinada atividade, sofrer por questões extraescolares, professar uma determinada religião, ser parte de uma família considerada fora dos padrões, pertencer a uma comunidade onde impera a violência, viver em condições indignas, todas essas questões são transformadas em questões de ordem médica que culminam com o encaminhamento da criança para os serviços de saúde ou para o atendimento da educação especial no espaço escolar. E, na maioria das vezes, para o atendimento de uma educação especial também baseada no saber clínico e na busca por uma cura. Esses processos são o que temos denominado neste trabalho como processos medicalizantes uma vez que, mesmo sem o uso de medicamentos, essas crianças têm suas vidas transformadas em objeto a ser analisado através do que a escola costuma chamar de “olhar clínico” do/a professor/a. Diante de todo o exposto é importante que repensemos as noções de inclusão, educação especial e qual é o papel do professor de educação especial em todo esse engendramento.

Construções discursivas sobre a medicalização da condição da deficiência

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

Esse plano foi pensado a partir da percepção que alguns discursos trazem em seu bojo as certezas de que a condição da deficiência está sempre atrelada aos saberes clínicos, sendo secun-

dários os conhecimentos pedagógicos, ou então estão encobertos por mitos que objetivam fazer crer que determinada forma de se comportar faz parte dos sintomas da deficiência, sendo considerada sinônimo de doença. Desse modo, apresentaremos os discursos proferidos sobre essas crianças no espaço escolar.

Conhecemos a história de uma menina com uma síndrome rara, a síndrome de Digeorge, uma anomalia genética. Em questionamentos feitos à professora de educação especial percebeu-se pouco conhecimento sobre as características da síndrome e grande esperança depositada em uma cirurgia à qual a menina seria submetida em breve. Havia a expectativa de que, a partir de correções cirúrgicas, a criança obtivesse um salto em seu desenvolvimento: “entende-se aí a saúde como perfeição, pois a ideia implícita é a de que somente um corpo saudável teria condições de aprender” (Santos, 2009, p. 83). Não estamos defendendo aqui que os serviços médicos são desnecessários ou que, ao contrário, o conhecimento das características sindrômicas é extremamente necessário, porém, especificamente nesse caso, esses saberes proporcionariam a visão da síndrome como uma condição que não poderia ser curada, mas sim, como uma forma de ser e estar no mundo que traz a necessidade de problematizações da constituição do espaço escolar. A cirurgia é apenas um meio de proporcionar qualidade de vida para a criança, porém, a aprendizagem não deveria subordinar-se a esse fato, mas sim, é necessário o planejamento de práticas pedagógicas que favorecem o desenvolvimento escolar a partir da condição da criança, estado que não pode ser curado. Nesse caso, a educação especial é vista como parte de uma cura, atrelando-se mais uma vez à ordem médica.

Angelucci (2014, p. 120) nos alerta para o fato de como nas publicações científicas sobre a educação especial ainda prevalece o olhar sobre “a deficiência com expressão da anormalidade, que ora deve ser curada ou minimizada, ora deve ser tolerada, mediante domínio de dispositivos interacionais”. Assim sendo, ao analisarmos a história da menina com síndrome de Digeorge, podemos pensar: o modelo médico ainda prevalece na educação especial? A forma como a educação especial é constituída nas escolas aceita as diferenças ou busca a normalização?

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

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

Já a medicalização ocorre quando a sua presença na escola é considerada desnecessária, quando se tem a impressão que os serviços médicos são a sua única necessidade e que todos

os aspectos de sua vida só dizem respeito à clínica. Uma funcionária da escola questiona se a inclusão/educação especial realmente efetiva-se na escola, sendo que a referida criança estava em uma turma onde as outras crianças já fazem a escrita do nome e ela nem sequer fala. Ao ouvir esse discurso, outra funcionária responde que há sim um processo de inclusão em curso, pois antes a criança nem sequer sorria e agora demonstra alegria através do sorriso.

Diante de tais situações expostas, quais escolhas podemos fazer? Os pesquisadores da temática medicalização da educação e da vida vêm trazendo inúmeros debates e exemplos de práticas não medicalizantes. O Grupo de Trabalho Educação e Saúde do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015) publicou a cartilha “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”, com interessantes dicas de práticas que podem ser utilizadas por profissionais distintos.

Chaves e Caliman (2017) trazem a experiência da criação do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) do município de Vitória. A história da construção do GAM tem início no Canadá como estratégia de busca de maior protagonismo dos usuários de saúde mental em relação ao tratamento terapêutico, visando a diminuição do uso de psicotrópicos, constituindo-se da formação de um espaço onde os/as pacientes tinham oportunidade de problematizar e debater os motivos e necessidades que os/as levaram ao consumo dos medicamentos. O GAM ganhou uma versão brasileira voltada para o público adulto, e uma versão pioneira para o público infanto-juvenil e seus familiares.

Angelucci (2015) apresenta uma proposta de trabalho que prioriza as narrativas dos/as estudantes durante o percurso formativo como uma proposta de cuidado com quem sofre, resistindo a uma história única e demonstrando como as diferentes manifestações humanas não são erros passíveis de serem corrigidos e homogeneizados.

O NEPEME da UFES traz importantes contribuições para a construção de práticas desmedicalizantes em educação e saúde ao proporcionar formação inicial e continuada para profissionais dessas áreas, incluindo processos formativos construídos em parceria com Secretaria Municipal de Educação de Vitória, realizando palestras e rodas de conversa com equipes pedagógicas e professores/as da educação infantil e do ensino fundamental.

Como resultado da pesquisa de mestrado profissional em educação da qual foi extraído esse texto, surgiu uma publicação com a dupla função de constituir-se de uma literatura infantil e ao mesmo tempo de material para a formação continuada de professores/as. O livro foi intitulado de “E Agora, Tem Remédio?” (De Oliveira & Ronchi Filho, 2019) e problematiza de um modo lúdico os processos de medicalização da educação, trazendo ao final um apêndice com informações sobre medicalização, indicações de literaturas e *links* para os/as que desejam se aprofundar na temática.

Considerações Finais

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

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

Nosso percurso cartográfico acompanhou um momento, parte de uma trajetória que já estava em curso muito antes da realização de nossa pesquisa e que deverá seguir novos caminhos. O pouso neste movimento nos permitiu acompanhar e analisar os discursos proferidos no espaço de um CMEI da PMV a respeito de crianças, das quais foram construídas supostas verdades sobre seus modos de ser. As escutas das falas ditas em momentos de informalidade constituíram nosso material de pesquisa. Foi por intermédio desses ditos que analisamos como, para além do uso de medicamentos, a medicalização nos cotidianos da educação infantil é materializada pelas concepções de infância e normal/anormal dos/as profissionais da educação. Sendo que essa análise vai de encontro com o conceito de medicalização, que significa a transformação de questões sociais, econômicas, culturais e políticas em questões de ordem médica, não se restringindo somente ao uso/abuso do medicamento. No caso específico do CMEI analisado, a ordem médica é representada pelo desejo de um encaminhamento para o atendimento da modalidade da educação especial.

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

cação especial, com o pretexto de uma luta pelo direito da criança, o sentido da educação especial em uma perspectiva inclusiva é distorcido.

Embora os discursos se façam presentes nos cotidianos da educação, ainda nos restam escolhas como as apresentadas por variadas publicações de pesquisadores/as citados/as em nosso estudo e que se dedicam à divulgação de práticas não medicalizantes, com foco no cuidado com os sofrimentos constituídos socialmente e na existência e resistência de infâncias plurais.

Correspondência:

Email: deborano@hotmail.com

Referências bibliográficas

- Angelucci, Carla (2014). Medicalização das diferenças funcionais: Continuismos nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. *Nuances: Estudos Sobre Educação*, 25(1), 116-134. Retirado de <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2745>
- Angelucci, Carla (2015). *A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial*. Florianópolis: UFSC. Retirado de <https://anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf>
- Arnold, Delci K. (2007). Dificuldade de aprendizagem em tempo de escola para todos. In Maura C. Lopes & Maria C. Dal'igna (Eds.), *In/Exclusão nas tramas da escola* (pp. 90-114). Canoas: Editora da Ullbra.
- Associação Americana de Psiquiatria – APA. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Washington D. C.: APA.
- Barros, Maria Elizabeth B., & Kastrup, Virginia (2010). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In Eduardo Passos, Virginia Kastrup, & Líliliana Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76-91). Porto Alegre: Sulina.
- Brasil, Grupo de Trabalho da Política Nacional de Educação Especial (2008). *Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília: MEC. Retirado de <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>
- Brasil (2015). *Orientações para implementação da política de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília: DPEE/SECADI/MEC. Retirado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&Itemid=30192.
- Caponi, Sandra (2016). Vigiar e medicar: O DSM e os transtornos ubuescos na infância. In Sandra Caponi, Maria Fernanda Vásquez-Valencia, & Marta Verdi (Eds.), *Vigiar e medicar: Estratégias de medicalização da infância* (pp. 29-45). São Paulo: Editora LiberArs.
- Chaves, Felipe A. M., & Caliman, Luciana V. (2017). Entre saúde mental e a escola: A gestão autônoma da medicação. *Revista Polis e Psique*, 7(3), 136-160. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300009

- Collares, Cecília A. L., & Moysés, Maria Aparecida A. (2015). *Preconceitos no cotidiano escolar: Ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.
- Dahlberg, Gunilla, Moss, Peter, & Pence, Alan (2003). *Qualidade na educação da primeira infância: Perspectivas pós-modernas*. Porto Alegre: Artmed.
- De Oliveira, Débora N., & Ronchi Filho, Jair (2019). *E agora, tem remédio?*. Vitória: Sodré.
- Foucault, Michel (2008). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel (2014). *A ordem do discurso: Aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Edições Loyola.
- Garrido, Juliana P., & Moysés, Maria Aparecida A. (2015). Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 171-183). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gil, Antônio C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5.ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Grupo de Trabalho Educação e Saúde do Fórum Sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. (2015). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*[Cartilha]. Reimpressão da 1.ª edição revista, Conselho Federal de Psicologia. Retirado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf
- Kastrup, Virginia (2007). *A cartografia como método*. Comunicação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo em Vitória/ES.
- Larrosa, Jorge (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
- Manzini, José Eduardo (2018). Política de educação especial: Considerações sobre público-alvo, formação de professores e financiamento. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, 22(2), 810-824. Retirado de <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/11914>
- Moysés, Maria Aparecida A., & Collares, Cecília A. L. (2018). Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In Paulo Amarante, Ana Maria Pitta, & Walter Oliveira (Orgs.), *Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e política* (pp. 151-161). São Paulo: Zagodoni Editora.
- Passos, Eduardo, & Barros, Regina B. (2010). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In Eduardo Passos, Virginia Kastrup, & Liliana Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76-91). Porto Alegre: Sulina.
- Passos, Eduardo, Kastrup, Virginia, & Escóssia, Liliana (Eds.). (2010). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Plaisance, Eric (2015). Da educação especial à educação inclusiva: Esclarecendo as palavras para definir as práticas. *Educação*, 38(2), 231-238. doi:10.15448/1981-2582.2015.2.20049
- Raad, Ingrid F., & Tunes, Elizabeth (2011). Deficiência como iatrogênese. In Albertina Martinez & Maria Carmen Tacca (Eds.), *Possibilidades de aprendizagem: Ações pedagógicas para alunos com dificuldades e deficiência* (pp. 15-45). Campinas: Editora Átomo & Alínea.
- Ramos do Ó, Jorge (2007). O governo do aluno na modernidade. *Revista Educação*, 3, 36-45.
- Revel, Judith (2011). *Dicionário Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Rolnik, Sueli (2006). *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: UFRGS.
- Roos, Ana Paula (2007). Olhares sobre as diferenças nas salas de aula. In Maura C. Lopes & Maria Cláudia Dal'ligna (Orgs.), *In/exclusão nas tramas da escola* (pp. 66-87). Canoas: Editora Uilbra.
- Santos, Iolanda M. (2009). Um corpo mais que perfeito. In Maura C. Lopes & Morgana Hattge (Eds.), *Inclusão escolar: Conjunto de práticas que governam* (pp. 69-88). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Silva, Tomaz Tadeu (1999). *Documentos de identidade: Uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Tedesco, Silvia H., Sade, Christian, & Caliman, Luciana V. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: A experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(2), 299-322. doi:10.1590/S1984-02922013000200006
- Veiga-Neto, Alfredo (2003). *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica.

