

DISCUSSÕES ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO ASSOCIADA AO PROCESSO DE INCLUSÃO ESCOLAR: o caso do transtorno opositor desafiante

DISCUSSIONS ABOUT MEDICALIZATION ASSOCIATED WITH THE PROCESS OF INCLUSION IN SCHOOLS: the oppositional defiant disorder's case

Jeferson Camargo Taborda

Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus de Paranaíba

E-mail: j.taborda@hotmail.com

Thiago Donda Rodrigues

Docente do Curso de Licenciatura em Matemática da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba

E-mail: matematicathiago@ig.com.br

Fernanda Malinosky Coelho da Rosa

Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Matemática da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

E-mail: fernanda.malinosky@ufms.br

INTRODUÇÃO

O processo de Integração no cenário educacional brasileiro deixou de ser objetivo das políticas públicas de educação em 1990, quando o Brasil aderiu à proposta de Educação para Todos na Conferência Mundial da UNESCO, em Jomtien, Tailândia. Com esse tratado, o país se comprometeu em proporcionar um sistema educacional que acolhesse a todos, indiscriminadamente, com qualidade e igualdade de condições, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos já preconizava.

Em consonância com as proposições da Conferência de Jomtien, no ano de 1994, o Brasil também assinou também a Declaração de Salamanca que é uma das pedras fundamentais do processo de inclusão de pessoas com

deficiência em ambiente educacional. A partir da assinatura desses e outros acordos, o país se alinha a uma tendência mundial que objetiva promover uma Educação Inclusiva, abandonando os conceitos e práticas do processo de Integração.

Após assumir esse compromisso em âmbito internacional, no Brasil foram publicadas: a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), em 1996, que em seus primeiros artigos prevê um ensino ministrado com base nos princípios de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; e que em seu artigo 59 fica estabelecido que os sistemas de ensino devem assegurar prerrogativas aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, isto é, os currículos, os métodos, os recursos educativos e as organizações específicas devem atender às suas necessidades, bem como os professores devem ter formação adequada para a inclusão desses alunos nas classes comuns (BRASIL, 1996). Há ainda os Planos Nacionais Educação (PNE) decênios 2001-2011 (elaborado em 1996 com a LDB, mas promulgado cinco anos depois) e 2014-2024 (também publicado com atraso) que reforçam a ideia de construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humanidade. Este último possui a Meta 4 que se refere à educação especial inclusiva para a população de 4 a 17 anos de idade com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e que preconiza o fortalecimento dos sistemas educacionais inclusivos em todas as etapas, viabilizando acesso pleno à educação básica obrigatória e gratuita (BRASIL, 2014).

No resumo técnico do Censo escolar, disponibilizado pelo INEP, “verifica-se que o percentual de matrículas de alunos incluídos em classe comum vem aumentando gradativamente ao longo dos anos. Em 2014, o percentual de alunos incluídos era de 87,1%; em 2018, esse percentual passou para 92,1%” (BRASIL, 2019, p. 34). O documento relaciona este aumento à publicação do PNE vigente.

No ano de 2008, é publicada a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva Inclusiva que, além de reforçar a importância do AEE e da formação docente, preconiza que: “Os sistemas de ensino devem organizar as condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e à comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as necessidades educacionais de todos os estudantes.”

(BRASIL, 2008, p.13). Em 2015, foi publicada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, assegurando e promovendo os direitos relacionados à saúde, a não ser discriminado, ao atendimento prioritário, à habilitação e à reabilitação, à educação, entre outros. Cabe ressaltar que citamos só algumas das principais leis brasileiras sobre o assunto, há muitas outras, mas, por não ser nosso foco neste artigo, nos limitaremos à apresentação destas.

Assim, apesar de a Integração e a Inclusão aspirarem a inserção de alunos excluídos na escola comum, os dois processos são muito distintos. Em suma, na *integração* não há mudanças na estrutura escolar a fim de receber esses alunos, restando a eles se adequarem à escola; já no processo de *inclusão* objetiva-se adequar a estrutura escolar aos alunos, respeitando e valorizando suas particularidades.

No entanto, os processos de Integração e Inclusão nunca foram suficientemente distintos no sistema educacional brasileiro, mesmo com a política educacional recomendando a Inclusão. Assim, as resistentes práticas integracionistas ainda se fazem presentes na escola, lançando mão de vários recursos educacionais e terapêuticos, que buscam moldar os indivíduos a partir de um arquétipo de aluno ideal.

Diante do exposto, neste artigo procuramos problematizar a questão da medicalização e a proliferação de laudos no ambiente escolar de forma a caracterizá-los como uma prática inerente ao processo de integração. Para tanto, de início discutiremos como a normalização, a Integração e a medicalização vem historicamente sendo articuladas no processo de escolarização. O trabalho finaliza discutindo um caso bastante específico da medicalização: o Transtorno Opositor Desafiante (TOD).

NORMALIZAÇÃO, INTEGRAÇÃO, MEDICALIZAÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, as pessoas com deficiência, que antes eram atendidas somente em espaços educacionais segregados, sem contato com as instituições de ensino regular, passaram a ser foco de discussões e ações que objetivavam um atendimento educacional mais democrático, buscando assim, colocá-las em contato e inseri-las na escola comum.

Neste sentido, a partir de 1960 a segregação no atendimento escolar à alunos com deficiência começou a ser questionada, “principalmente, em decorrência do movimento em prol da normalização, surgido na Dinamarca, com Bank Mikkelsen (1959), que depois foi melhor sistematizado por Bengt Nirje (1969) e por Wolfensberger (1972), sendo disseminado para todo o mundo.” (MARTINS, 1999, p. 126).

Apesar de o termo “normalização” sugerir a transformação do “anormal” em um indivíduo normal, Martins (1999, p. 135) advoga que

Por ‘normalização’ entende-se não a tentativa de tornar ‘normal’ a pessoa que apresenta deficiência mas o oferecimento à mesma de condições de vida, educação, de trabalho, de lazer, entre outras, tão próximas quanto possíveis daquelas existentes na sociedade para todos os cidadãos.

Nesse sentido, a normalização objetivava a inserção da pessoa com deficiência na sociedade o máximo possível. Para tanto, os sistemas escolares desenvolviam uma variedade de recursos educativos para que esses alunos pudessem ser integrados no sistema regular de ensino, desde o “atendimento em classe comum somente com o professor regente, até o atendimento em classe especial, sob a responsabilidade de um professor especializado”. (MARTINS, 1999, p. 136)

Segundo a autora, não era objetivo da “normalização” a adequação do sistema educacional para o atendimento dos alunos com deficiência, pois a ideia era a imersão do aluno excluído em um ambiente que era considerado normal. Assim, cabia ao aluno se adaptar ao modelo padrão e caso isso não fosse possível, este seria direcionado a outras modalidades de atendimento educacional.

Na realidade, poucos eram os educandos que ficavam em salas regulares, a maioria era encaminhada às classes especiais que - em muitos casos - ficavam como depositária não das crianças que apresentavam deficiências reais, mas daquelas que, embora não apresentassem deficiências, fracassavam no ensino fundamental. Aqueles que apresentavam deficiências reais geralmente eram encaminhados para as escolas especiais e os mais comprometidos, em grande parte, permaneciam em casa sem qualquer atendimento. (MARTINS, 1999, p. 136)

Desta forma, apesar de o conceito original de “normalização” não ter a pretensão de normalizar, o que acabou acontecendo no âmbito escolar foi a preparação, exercício e formação, a partir dos recursos educativos especia-

lizados que as escolas disponibilizavam, para que os alunos com deficiência se aproximassem ao máximo do modelo ideal assumido pela escola e assim pudessem se adaptar ao modelo educacional.

No entanto, não podemos perder de vista que a escola foi constituída ao longo do tempo com o propósito de normalizar os alunos, sejam eles pessoas com deficiência ou não, pois

[...] a escola é uma instituição disciplinar que faz uso de mecanismos que, dentre outras coisas, organizam, ordenam, hierarquizam, classificam, homogeneizam, comparam, analisam, avaliam e excluem, objetivando a normalização e domesticação, e que são viabilizados não só a partir da vigilância e punição, mas também da recompensa. A normalização e domesticação objetivada pela escola cumpre o papel de posicioná-la como um aparelho de estado, que tem o objetivo de defender o modelo de sociedade vigente. (RODRIGUES, 2018, p. 239)

Assim, entendemos com Aranha (2001, p. 16) que:

[...] o conceito da integração, fundamentado na ideologia da normalização, a qual advogava o ‘direito’ e a necessidade das pessoas com deficiência serem ‘trabalhadas’ para se encaminhar o mais proximamente possível para os níveis da normalidade, representada pela normalidade estatística e funcional. Assim, integrar, significava, sim, localizar no sujeito o alvo da mudança, embora para tanto se tomasse como necessário mudanças na comunidade. Estas, na realidade, não tinham o sentido de se reorganizar para favorecer e garantir o acesso do diferente a tudo o que se encontra disponível na comunidade para os diferentes cidadãos, mas sim o de lhes garantir serviços e recursos que pudessem ‘modificá-los’ para que estes pudessem se aproximar do ‘normal’ o mais possível.

Compreendemos então, que o processo de integração escolar se baseia numa atividade sistemática de normalização do indivíduo, onde há a necessidade de eleger um modelo ideal de estudante - o normal - que deve ser perseguido pelos alunos com deficiência, necessidades educacionais especiais¹ etc - os considerados anormais ou fora de um padrão ideal estabelecido socialmente - para que possam fazer parte da escola. Para essa adequação dos “anormais” aos parâmetros de normalidade, são necessários recursos referentes a vários campos do saber, tais como, pedagogia, didática, psicologia, fisioterapia, medicina, dentre outros. Na busca da normalização para a inte-

¹ Cabe esclarecer que fazemos essa diferenciação, pois entendemos que um aluno com necessidades educacionais especiais não tem necessariamente uma deficiência ou pode não ser considerado público-alvo da Educação Especial.

gração, todos esses campos se esforçam para desenvolver saberes que possam contribuir para esse fim.

Diferentemente disso, o processo de Inclusão propõe que a sociedade/escola sofra transformações conceituais e práticas para que possam receber todos, seja qual for sua “particularidade, seja ela de caráter biológico, sensorial, intelectual, social, cultural, econômico, tecnológico e/ou político, possibilitando que essas diferenças sejam celebradas, apoiando a aprendizagem e tratando adequadamente as necessidades individuais.” (ROSA, RODRIGUES, MARCONES, 2018, p. 521)

Nesse sentido, a “Declaração De Salamanca: Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais”, ressalta que:

3. [...] [as escolas inclusivas] deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. [...] deveriam incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados. [...] O desafio que confronta a escola inclusiva é no que diz respeito ao desenvolvimento de uma pedagogia centrada na criança e capaz de bem-sucedidamente educar todas as crianças, incluindo aquelas que possuam desvantagens severa. [...]

4. [...] [a escola inclusiva] assume que as diferenças humanas são normais e que, em consonância com a aprendizagem de ser adaptada às necessidades da criança, ao invés de se adaptar a criança às assunções pré-concebidas a respeito do ritmo e da natureza do processo de aprendizagem. [...]

7. 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 todos através de um currículo apropriado, arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recurso e parceria com as comunidades. (BRASIL, 1994, p. 3-5)

No entanto, ainda que o conceito de integração tenha sido educacionalmente e legalmente superado, resquícios das práticas integracionistas ainda se fazem muito presentes na escola e nas políticas públicas brasileiras, dessa forma, podemos dizer que os processos de Integração e Inclusão, ainda hoje,

se misturam, se confundem e coabitam o mesmo espaço, como podemos ver em Rodrigues (2010) e Rosa (2013; 2017)

Deste modo, não é raro encontrarmos no ambiente escolar discursos, manifestações de crenças e atitudes pautadas na falta de informação ou em pré-conceitos, além de práticas que têm o objetivo de normalizar, tanto no sentido de não respeitar as diferenças, com suas limitações e potencialidades, quanto no sentido de preparar, exercitar e moldar buscando enquadrar os alunos ao padrão. Assim, encontramos, para os alunos com necessidades educacionais especiais, atividades de reforço no contraturno para que eles acompanhem o resto da turma; tentativas de aproximar esses educandos de um rol de conteúdos próximo do que é considerado normal; atividades diferenciadas a serem usadas em aula para que eles acompanhem o resto da turma; e também a proliferação de laudos e a medicação destes alunos para que eles possam se enquadrar no modelo escolar.

Nesse sentido, entendemos que a medicalização no âmbito escolar é uma das heranças integracionistas. Christofari, Freitas e Batista, (2015, p. 2) explicam que a medicalização na sociedade é a instituição da norma.

A diversidade humana tem sido diariamente produzida por um amplo processo de medicalização, atribuindo aos indivíduos uma série de rótulos e classificações, os inserindo em uma rede de explicações patológicas. Medicalização é um dispositivo que transforma problemas políticos, sociais e culturais em questões pessoais a serem tratadas ou medicadas. Isola-se o indivíduo de um contexto para analisar em detalhe suas particularidades e torná-las patológicas. Produz-se um modo de olhar para o outro como se ele fosse uma simples somatória de características biológicas e comportamentais, ambas tomadas como ponto de partida para a definição da presença de possíveis patologias.

Os autores também explicam que a medicalização não se restringe a prática de administrar um medicamento a alguém, mas algo mais amplo, que abrange “a racionalidade médica como uma força produtora de discursos que funcionam e definem modos de ser e estar no mundo” e ressaltam que o “o ato de medicar é um dos tentáculos da medicalização – talvez o mais visível, ou mesmo o mais possível de contabilizar.” (CHRISTOFARI; FREITAS; BATISTA, 2015, p. 8)

Neste sentido, a medicalização produz modelos ideais de comportamento, de pensamento, de modos de operar, dentre outros, e para que os indi-

víduos se adequem a esses arquétipos, é necessário “um processo amplo de medicalização para tratar, minimizar, aniquilar sentimentos e ações que fazem parte da vida: tristeza, euforia, preguiça, baixa autoestima, desânimo, falta de criatividade, agitação”. (CHRISTOFARI; FREITAS; BATISTA, 2015, p. 8)

No ambiente escolar o processo de medicalização pode ser definido como práticas que indicariam quais alunos estariam aptos a permanecer na escola e a aprender na forma determinada por esta instituição. A medicalização é a produção social de doenças que justificam a suposta não-aprendizagem de uma ampla gama de alunos, os quais não se enquadram no perfil de aluno padrão. (CHRISTOFARI; FREITAS; BATISTA, 2015, p. 4)

Nesse sentido, a medicalização no ambiente escolar, baseado na racionalidade médica, produz um modelo de aluno ideal, que dita como devemos ser, quais são os hábitos saudáveis, como devemos nos comportar, enfim é a

[...] medicalização dos modos de ser e de aprender. É o modo como o sujeito se expressa na escola, se apresenta, fala, se veste, se comporta; é o seu processo de aprendizagem, como constrói relações, o ritmo na resolução das atividades utilizadas pela escola na elaboração dos discursos que apologizam o aluno. Os problemas de caráter pedagógico, político, social e cultural são traduzidos em questões biológicas e médicas. Esse fenômeno, chamado [...] de medicalização dos processos de aprendizagem, refere-se à prática de se tomar um problema que não é médico e dar-lhe uma roupagem, transformá-lo em um problema biológico centrado no indivíduo. É compreender a vida escolar a partir de uma lógica médica, relacionando aquilo que não está adequado às normas escolares (que não se enquadra nas performances escolares consideradas como metas em períodos estipulados) a uma suposta causalidade orgânica. (CHRISTOFARI; FREITAS; BATISTA, 2015, p. 9)

Assim, a medicalização no ambiente escolar é uma forma de eximir o sistema educacional do fracasso escolar e atribuir essa carga individualmente aos alunos que não conseguem ou não querem se adequar à norma. Dessa forma, “o processo de medicalização acalma conflitos. Se o suposto problema está no aluno, ninguém tem culpa da sua doença.” (CHRISTOFARI; FREITAS; BATISTA, 2015, p. 10). Os autores ainda ressaltam que

Esse modo de gerir os processos de escolarização tem se infiltrado no pensamento cotidiano, como se fosse a única alternativa para a educação: patologizar aqueles que a escola não consegue alcançar. As doenças da não-aprendizagem criam uma demanda dirigida aos serviços de saúde, às intervenções específicas; nem sempre tais intervenções são propostas com o intuito de potencializar a

capacidade dos alunos, mas, em muitos casos, apenas visam transformar o aluno produzido pelo discurso da anormalidade em um sujeito mais próximo possível da norma. (p. 10)

Neste sentido, entendemos que a medicalização, tanto no seu aspecto mais amplo de racionalizar, a partir da medicina, a vida escolar quanto o ato de medicar com o objetivo de controlar as “anormalidades” individuais, é um processo ligado ao conceito de integração, pois busca a normalização dos indivíduos para que estes possam participar do ambiente comum.

Na busca de estabelecer quem é “normal” e quem é o “anormal” a ser tratado, o que vemos é a proliferação de diagnósticos, produzindo uma nova “categoria” de alunos na escola: *os alunos laudados*. Para Christofari, Freitas e Batista (2015, p. 14):

Transforma-se, desse modo, algo que diz respeito à relação pedagógica em supostos distúrbios, como temos visto atualmente com diagnósticos de dislexia, déficit de atenção e hiperatividade, entre outros. Crianças que em uma dada época eram tidas como levadas, sapecas, introvertidas, agitadas, teimosas, indisciplinadas agora são diagnosticadas com os mais diversos transtornos, déficits, desvios.

Obviamente, nossa crítica não se direciona aos alunos que, em função de doenças, síndromes ou deficiências, necessitam que um profissional da saúde produza um laudo atestando sua condição, para que tenha acesso a atendimentos especializados que são necessários para seu desenvolvimento escolar, mas sim para laudos que estão sendo produzidos levemente, para mascarar as dificuldades do sistema educacional de alcançar a todos os alunos.

No tópico seguinte, com o objetivo de ilustrar e discutir a proliferação de diagnósticos e a medicalização da infância, iremos problematizar o “Transtorno Opositor Desafiante”, que está muito em voga tanto no âmbito da saúde quanto no educacional.

PROBLEMATIZANDO A MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL: A INVENÇÃO DO “TRANSTORNO Opositor DESAFIANTE”

O chamado Transtorno Opositor Desafiante (TOD) faz parte de uma tendência que desde o século XIX só vem crescendo: a medicalização da infância (CAPONI, 2018). Raiva, insubordinação, teimosia, hostilidade e desobediên-

cia a regras são as principais características das crianças que são diagnosticados com o TOD. Esse transtorno faz parte da *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*² (DSM III), publicado pela *American Psychiatric Association* em 1980, e existem outras nomenclaturas, tais como: “Transtorno Desafiador Opositivo”, “Transtorno de Oposição” e “Transtorno Desafiador de Oposição” (AGOSTINI; SANTOS, 2018). No entanto, antes de abordar propriamente o TOD, convém então problematizar algumas das razões desta tendência.

Birman (2005) afirma que dois grandes fatores foram fundamentais para a consolidação das perspectivas medicalizantes: o primeiro refere-se ao discurso calçado nos argumentos biologicistas, provenientes do século XIX, onde por meio de uma lógica causa-efeito, seriam suficientes não só para sanar os problemas da saúde, como também as questões sociais e econômicas. Estatísticas, indicadores e relatórios serão as principais ferramentas destes argumentos que, claramente, seguem vieses positivistas. O outro grande fator foram os inúmeros surtos epidêmicos que permitiam práticas higienistas por meio do esquadriçamento urbano e social, acrescentando ainda mais popularidade à eficiência médica (BIRMAN, 2005). Entender a popularização dos discursos médicos é, portanto, fundamental para entender os processos de medicalização da infância.

Segundo Foucault (1979), somente com a articulação da crescente necessidade de força de trabalho mediante a Revolução Industrial e conseqüente mortandade causada pelas pestes, a vida humana, e especificamente a criança, torna-se efetivamente valiosa. Pouco a pouco vai emergindo o privilégio da infância, pois passam a ser compreendidas como trabalhadores em potencial. Neste processo, a família torna-se a principal responsável (se não econômica no princípio, mas essencialmente no campo moral) pelo cuidado à sua saúde a fim de garantir futuros e produtivos adultos (FOUCAULT, 1979).

Ainda segundo o autor, com a emergência de novos objetivos e saberes no século XVIII, as instituições hospitalares pareciam não conseguir acompanhar as transformações sociais e apresentavam inúmeros problemas – de ordem administrativa, financeira e de higiene – ao passo de se começar a questionar a necessidade de sua existência. Proveniente da necessidade de substituir ou pelo menos modificar a figura dos hospitais, é a família quem

² Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria.

torna-se responsável pelo crescimento saudável dos corpos, visto que na hospitalização a domicílio os cuidados serão individuais e principalmente não custosos ao Estado (FOUCAULT, 1979).

Se de início o hospital era a principal instituição assistencial aos pobres e à doença, agora sua função passa a ser de apoio, uma vez que a família medicalizada-medicalizante passava a ser “[...] constituída como primeira instância da saúde, à rede extensa e contínua do pessoal médico e ao controle administrativo da população” (FOUCAULT, 1979, p. 205).

O retângulo pais-filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde. Em todo o caso, desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do ‘cuidadoso’ e do ‘cuidado’, constituem algumas das leis morais essenciais da família. E, desde esta época, a família se tornou o agente mais constante da medicalização. A partir da segunda metade do século XVIII ela foi alvo de um grande empreendimento de aculturação médica (FOUCAULT, 1979, p. 199-200).

Como estratégia de controle social, os discursos medicalizantes tornam-se um campo de justificativas e códigos morais que passam a agir no nível da vida cotidiana da população, o qual não tem como foco propriamente a cura, mas fundamentalmente a organização do tecido social a partir de regras de conduta e regras arquitetônicas/administrativas (FOUCAULT, 1979).

Dito de outro modo: não é apenas a criança o objeto da medicalização, apesar de recair sobre esta o ônus do tratamento, mas, sobretudo, é sobre a família que os diagnósticos do TOD irão agir com fins lucrativos e de controle populacional. Além das inúmeras instituições que se beneficiam com a proliferação de novos diagnósticos, tais como o TOD, um exército de profissionais será conclamado a agir como juizes da “boa saúde”: pedagogos, psicólogos, psiquiatras, professores...

A principal tecnologia na produção de “verdades diagnósticas” é o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, o DSM. Lançado na década de 50, este manual vem ancorado numa nova estratégia de tornar universal e técnico o discurso sobre a saúde, o foco passa a ser o campo somático, convertendo grande parte destes saberes em discursos anatômicos e neurofisiológicos (MARTINS, 2008). Os corpos-saúde passam assim, a ser meticulosamente esquadrinhados com seu foco nas “anormalidades”.

Martins (2008) aponta que a psiquiatria biológica, na busca de retomar o campo dominado pelas abordagens humanistas, restringe o “falar sobre”, ou seja, despe todo o histórico do paciente deixando apenas um corpo a ser observado. Com este corpo-saúde, um “neo-biologismo” passa a ser ancorado nas disciplinas neurofisiológicas:

[...] retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em um problema técnico. A submissão à regulação faz com que a população recorra sem cessar a consumos (de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental etc.) cuja produção é monopolizada pela instituição médica (MARTINS, 2008, p. 333).

Apesar do predomínio da medicina sobre as questões de saúde, é muito comum que outros campos também sejam articulados e se beneficiem da produção de verdades diagnósticas. Não é por acaso que o TOD, proveniente do campo da medicina tenha uma clara relação também com o campo jurídico. Mas, longe de ser natural, a articulação entre estes campos de saber distintos evidencia as relações de poder-saber presentes na constituição de diagnósticos.

Contudo, quais poderiam ser as proveniências desta irresistível articulação? Uma possibilidade para essa pergunta se encontra nas pesquisas realizadas por Foucault (2001), ao analisar a emergência da Psiquiatria e sua relação com a Medicina Legal. Ele evidencia que a criação da categoria dos instintos foi crucial para a consolidação deste campo dentro do sistema jurídico. O autor conclui que, pelo fato dos instintos se localizarem numa posição onde somente os psiquiatras poderiam detectar, este elemento deu as condições para capturar todos aqueles casos que ainda escapavam da esfera do jurídico e do psiquiátrico: os inimputáveis poderiam agora ser punidos (FOUCAULT, 2001). Assim, como a invenção dos instintos foi a forma de garantir a eficiência dos discursos médico-legais, a invenção do TOD não teria também interesses a cumprir?

O Transtorno Opositor Desafiante aparecerá identificado pelo código 313.81 no DSM-5 e por F91.3 no CID-9. Sua principal característica é justamente a clara conotação jurídica que possui, pois caso não seja prevenido precocemente, o discurso é que a criança poderá se tornar um adulto com comportamentos violentos ou criminosos (CAPONI, 2018).

Taborda (2011) apresenta uma das proveniências do TOD: foi em 2005, quando o *Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale* (INSERM),

apresentou um relatório explorando um novo transtorno de conduta aproximando duas questões distintas: a hereditariedade e a delinquência. O que o INSERM faz é atualizar o diagnóstico de Transtornos de Conduta, já contido no DSM-IV, ampliando o espectro de sintomas e de tratamentos. A equipe de experts do INSERM – formada por profissionais da Psicologia, Psiquiatria, Epidemiologia, Genética e Etologia – buscam justificar a necessidade do oferecimento de seus serviços à saúde pública e a redução dos custos referentes aos problemas de criminalidade com a promessa de que este transtorno é passível de tratamento ainda na gravidez!

A equipe de especialistas recomenda a utilizar os atuais exames de saúde e as revisões sistemáticas na primeira infância, infância e adolescência para detectar sinais precoces dos Transtornos de Conduta e identificar os fatores de risco familiar ou ambiental muito cedo, mesmo quando na gravidez. (RELATÓRIO INSERM, 2005, p. 7 apud TABORDA, 2011, p. 89).

Qual a sua frequência e seus sintomas? Quais as formas de prevenção e a terapêutica necessária? Estes são alguns dos questionamentos que seu relatório procura suscitar:

Durante o desenvolvimento da criança, estes sintomas são expressos em casa, na escola ou fora, especialmente pela idade da criança e do adolescente. Eles devem ser diferenciado de condução normal. Assim, eventos como ataques físicos, mentiras ou roubo de objetos, relativamente comum em crianças pequenas, tornam-se ‘anormal’ se forem freqüentes e persistirem para além da idade de 4 anos. (RELATÓRIO INSERM, 2005, p. 2 apud TABORDA, 2011, p. 89).

Não por acaso, o DSM-5 irá consolidar este discurso de que todo e qualquer transtorno precisa ser diagnosticado nos primeiros anos de vida. Uma tendência bastante conveniente para a indústria farmacêutica e para o saber psiquiátrico. Se no DSM-IV TOD e transtornos de conduta não poderiam coexistir, no DSM-5 eles não apenas coexistem, como passam a ocupar um lugar privilegiado no discurso psiquiátrico (CAPONI, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é difícil perceber que os discursos medicalizantes supracitados vão além do campo da saúde e facilmente se acomodam em práticas integracionistas na escola. A proliferação de *alunos laudados* será um dos efeitos desta arti-

culação entre o saber psiquiátrico e o integracionista. Parafraseando Deleuze, aos profissionais que atuam na educação especial não basta temer ou esperar, mas estarem atentos e resistirem aos discursos medicalizantes.

Em relação à Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, faz-se necessário que a comunidade escolar e a sociedade se desprendam das ideias de normalização e comece a olhar para as diferenças que estão presentes nas relações humanas. Que a diversidade e a heterogeneidade sejam reconhecidas no ambiente educacional. Há a necessidade de refletir sobre crenças e concepções pautadas em práticas integracionistas ou segregacionistas, que haja a compreensão que TODOS têm capacidade de aprender.

Resumo: Este artigo tem por objetivo discutir a medicalização e a proliferação de laudos no âmbito da Inclusão escolar. Para tanto, é apresentado brevemente os processos de Integração e Inclusão, conforme recomendados pelas políticas públicas brasileiras, além da compreensão que se tem desses processos e dos reflexos que conceitos equivocados têm na prática escolar. Em seguida, o conceito de medicalização é apresentado juntamente com uma discussão histórica, relacionando-a aos processos de escolarização. Por fim, a medicação é problematizada na Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva ao trazer à baila o caso do Transtorno Opositor Desafiante (TOD) que faz parte de uma tendência que cresce a medicalização da infância. Diante do exposto, o artigo traz uma reflexão e, ao mesmo tempo, um alerta para os profissionais da Educação em relação às cautelas quanto a classificação dos alunos e o crescimento da procura por laudos, o que beneficia a indústria farmacêutica e o saber psiquiátrico, mas não a Educação Inclusiva como um todo.

Palavras-chave: Integração. Normalização. Educação Especial.

Abstract: This article aims to discuss the medicalization and proliferation of reports in the context of inclusion in schools. For that, it is briefly presented the Integration and Inclusion processes, as recommended by the Brazilian public policies, besides the understanding that has these processes and the reflexes that misconceptions have in school practice. Then, the concept of medicalization is presented with a historical discussion, relating it to the processes of schooling. Finally, medication is problematized in Special Education from the perspective of Inclusive Education by bringing to the forefront the case of the Oppositional Defiant Disorder, which is part of a trend towards increasing medicalization of childhood. After exposing this, the article brings a reflection and, at the same time, an alert for the professionals of the Education in relation to the cautions regarding the classification of the students and the growth of the search by reports, which benefits the pharmaceutical industry and the psychiatric knowledge, but not Inclusive Education as a whole.

Keywords: Integration. Normalization. Special Education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINI, Vera Lucia Miranda Lima; SANTOS, Wenner Daniele Venâncio dos. Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. *Psicologia.pt*, Porto, p.1-30, fev. 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1175.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

- ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, Brasília, ano XI, n. 21, p. 160-173, mar. 2001.
- BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 11-16, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: MEC/SEF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 15 mai. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC, 2008.
- BRASIL. *Plano Nacional de Educação 2014-2024*: Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.
- BRASIL. Casa Civil. *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). Brasília, 2015b.
- BRASIL. *Resumo Técnico: Censo da Educação Básica 2018* [recurso eletrônico]. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2019. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2018.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.
- CAPONI, Sandra Noemi. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 298-310, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200298&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2019.
- CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, dez. 2015.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martin Fontes, 2001.
- MARTINS, Lúcia de Araújo Ramos. A diferença/deficiência sob uma ótica histórica. *Revista Educação em Questão*, Natal, v. 8/9, n. 2/1, p. 126-141, 1999.
- MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 331-339, dez. 2008.
- RELATÓRIO DE IMPRENSA DO INSERM. Disponível em: www.inserm.fr/fr/presse/dossiers_presse/att00000407/DPTroubledesconduites.pdf. Acesso em: 10 out. 2011.
- RODRIGUES, Thiago Donda. *A Etnomatemática no contexto do Ensino Inclusivo*. Curitiba: CRV, 2010.
- RODRIGUES, Thiago Donda. Mecanismos do Poder Disciplinar na Escola: alguns apontamentos. *Revista Perspectivas da Educação Matemática*, Campo Grande, v. 11, n. 26, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pedmat/article/view/6618>.
- ROSA, Fernanda Malinsky Coelho da. *Professores de matemática e a educação inclusiva: análises de memórias de formação*. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação Matemática) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Unesp, Rio Claro, 2013.

ROSA, Fernanda Malinosky Coelho da. *História de vida de alunos com deficiência visual e de suas mães: um estudo em educação matemática inclusiva*. 2017. Tese (Doutorado em Educação Matemática) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Unesp, Rio Claro, 2017.

ROSA, Fernanda Malinosky Coelho da; RODRIGUES, Thiago Donda; MARCONES, Renato. Pluralidade de concepções relacionadas à inclusão-exclusão e seus reflexos na pesquisa em Educação Matemática. *Revista Perspectivas da Educação Matemática*, Campo Grande, v. 11, n. 27, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pedmat/article/view/7710>.

TABORDA, Jeferson Camargo. *Genealogia-cartográfica: ditos e escritos sobre famílias-cuidado*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

UNESCO. *Declaração mundial sobre Educação para todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*. Jomtien: UNESCO, 1990.

UNESCO. *Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre necessidades Educativas Especiais*. Salamanca: UNESCO, 1994.

Recebido em Maio de 2019

Aprovado em Julho 2019