



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO ESPÍRITO SANTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
EDUCAÇÃO

TIAGO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: CARTOGRAFIAS
EM UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL

VITÓRIA
2024



TIAGO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

**PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: CARTOGRAFIAS
EM UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, na linha de pesquisa: Práticas Educativas, Diversidade e Inclusão Escolar

Orientador: Prof. Dr. Jair Ronchi Filho.

VITÓRIA

2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

O48p Oliveira, Tiago Nascimento de, 1981-
Processos de medicalização das infâncias: cartografias em um centro Municipal de educação infantil / Tiago Nascimento de Oliveira. - 2024.
180 f.

Orientador: Jair Ronchi Filho.
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação.

1. Medicalização. 2. Educação Infantil. 3. Educação Especial. I. Ronchi Filho, Jair. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação. III. Título.

CDU: 37



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO**

Ata da sessão da centésima octogésima primeira defesa de dissertação do Programa de Pós-graduação Profissional em Educação (PPGPE), do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, do discente **TIAGO NASCIMENTO DE OLIVEIRA**, candidato ao título de Mestre em Educação, realizada às **09h00min** do dia **trinta e um de outubro de dois mil e vinte e quatro**. O presidente da Banca, Jair Ronchi Filho, apresentou os demais membros da comissão examinadora, constituída pelas Doutoradas Elizabete Bassani e Maria Riziane Costa Prates. Em seguida, cedeu a palavra ao candidato que em trinta minutos apresentou sua dissertação intitulada **“PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: CARTOGRAFIAS EM UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL”**. Terminada a apresentação do aluno, o presidente retomou a palavra e a cedeu aos membros da Comissão Examinadora, um a um, para procederem à arguição. O presidente convidou a Comissão Examinadora a se reunir em separado para deliberação. Ao final, a Comissão Examinadora retornou e o presidente informou aos presentes que a dissertação havia sido APROVADA. O presidente, então, deu por encerrada a sessão da qual se lavra presente ata, que vai assinada pelos membros da banca examinadora.

Vitória, 31 de outubro de 2024.

Prof. Dr. Jair Ronchi Filho

Orientador



Documento assinado digitalmente

JAIR RONCHI FILHO

Data: 06/11/2024 10:52:26-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Elizabete Bassani

Membro Interno (PPGPE/Ufes)

Profa. Dra. Maria Riziane Costa Prates

Membro Externo (Universidade de Vila Velha)



Documento assinado digitalmente

MARIA RIZIANE COSTA PRATES

Data: 01/11/2024 20:24:00-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Universidade Federal do Espírito Santo – Centro de Educação – Programa de Pós-graduação
Profissional em Educação. Avenida Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras, Vitória/ES. CEP:
29075-910. Telefone: (27) 4009-7779. E-mail: pos.ppgmpe@ufes.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ELIZABETE BASSANI - SIAPE 3194469
Departamento de Teorias de Ensino e Práticas Educacionais - DTEPE/CE
Em 04/11/2024 às 20:34

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1025745?tipoArquivo=O>

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida, por Sua graça e bondade. Sou grato por tantas alegrias e pelo cuidado e Seu perfeito amor derramado em minha vida.

À minha esposa, Danúbia, minha companheira e fonte de força, que acreditou em mim e me apoiou incondicionalmente, mesmo quando eu próprio duvidava dessa possibilidade. Te amo!

Aos meus filhos, Benjamin e José, minhas joias preciosas, por compreenderem, ou ao menos aceitarem, as ausências necessárias durante este percurso acadêmico.

Aos meus pais, Belarmindo e Penha, pelo apoio, pelo incentivo e pelas orações constantes que sempre me sustentaram.

Aos meus irmãos, Raquel e Júnior, que celebraram comigo cada conquista e partilham desta vitória.

Aos irmãos da Família Batista Esperança, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando com suas orações e palavras de encorajamento.

Ao meu orientador, Prof. Dr professor Jair Ronchi Filho, pela leveza, paciência e sabedoria com que conduziu suas orientações ao longo de toda essa jornada.

Aos professores e coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Educação (PPGMPE) da UFES, pelas aulas enriquecedoras e reflexões que contribuíram significativamente para minha formação profissional.

Às Prof^ª Dr^ª Elizabete Bassani e Prof.^a Dr^a Maria Riziane Costa Prates, integrantes da banca examinadora, pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos colegas da turma VI – “Maria Inês”, pela troca de vivências, experiências e saberes, que se tornaram um marco na minha caminhada acadêmica e pessoal.

RESUMO

A presente pesquisa, proposta ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Educação da UFES, problematiza os processos de medicalização de crianças público-alvo da educação especial em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) no município da Serra, Espírito Santo. Utilizando uma abordagem qualitativa, o estudo combina estudo de caso e cartografia como metodologias principais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pais, professores e pedagogos, além de observações em campo e análise de documentos relevantes. O referencial teórico baseia-se nos conceitos de biopoder e medicalização, conforme propostos por Michel Foucault, Ivan Illich, com o conceito de colonização médica, e Moysés e Collares, com suas contribuições sobre medicalização. A pesquisa busca compreender como o processo de diagnóstico médico, influenciado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Os resultados indicam que o laudo médico funciona como um mecanismo de controle e regulação dos corpos infantis, reforçando a medicalização de comportamentos que, em outros contextos, poderiam ser considerados normais. A dissertação propõe uma reflexão crítica sobre essas práticas. Como produto acadêmico, foram desenvolvidos um canal no YouTube “Cartografias da Infância: Inclusão e Medicalização” e três e-book: “As Aventuras de Miguel” composto por três histórias voltadas para a discussão dos processos de medicalização na infância e a inclusão das crianças público-alvo da educação especial.

Palavras-chave: Medicalização; Educação Infantil; Educação Especial.

ABSTRACT

This research, proposed to the Professional Graduate Program in Education at UFES, examines the medicalization processes of children who are the target audience of special education in a Municipal Early Childhood Education Center (CMEI) in the municipality of Serra, Espírito Santo, Brazil. Adopting a qualitative approach, the study combines case study and cartography as its primary methodologies. Semi-structured interviews were conducted with parents, teachers, and pedagogues, along with field observations and analysis of relevant documents. The theoretical framework is grounded in the concepts of biopower and medicalization, as proposed by Michel Foucault, Ivan Illich (with the concept of medical colonization), and Moysés and Collares, who contribute insights on medicalization. The research seeks to understand how the medical diagnosis process, influenced by the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5) and the *International Classification of Diseases* (ICD-11), operates. The findings indicate that medical reports function as mechanisms for controlling and regulating children's bodies, reinforcing the medicalization of behaviors that, in other contexts, could be considered normal. The dissertation offers a critical reflection on these practices. As an academic product, a YouTube channel titled "Childhood Cartographies: Inclusion and Medicalization" and three e-books were developed. One of these, *The Adventures of Miguel*, comprises three stories aimed at discussing the medicalization processes in childhood and the inclusion of children who are the target audience of special education.

Keywords: Medicalization; Early Childhood Education; Special Education.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de Alunos PAEE no CMEI Superman (2023)	69
Gráfico 2 – Idade dos alunos no recebimento do laudo médico	102
Gráfico 3 – Distribuição de laudos médicos por idade completa	108
Gráfico 4 – Terapias Indicadas nos Laudos Médicos	126
Gráfico 5 – Crianças com Prescrição Medicamentosa	143

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Laudo da Criança A	116
Imagem 2 – Laudo da Criança B	117
Imagem 3 – Laudo da Criança C	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fala da Professora F	67
Quadro 2 – Fala da professora A e a Diretora	69
Quadro 3 – Fala da Diretora e da Professora F	73
Quadro 4 – Fala da Professora D	78
Quadro 5 – Fala das Professoras D e G e H e a Pedagoga	86
Quadro 6 – Fala da das Professoras F e B e da Diretora	87
Quadro 7 – Fala da Professora I da Educação Especial	90
Quadro 8 – Fala da Diretora	98
Quadro 9 – Fala da Pedagoga	99
Quadro 10 – Fala da Diretora	101
Quadro 11 – Fala da Professora D	103
Quadro 12 – Fala da Professora E	104
Quadro 13 – Fala da Mãe da Camila	109
Quadro 14 – Fala da Diretora	110
Quadro 15 – Fala da Mãe da Clara	111
Quadro 16 – Fala do Pai de Bento	112
Quadro 17 – Fala da Mãe do João	113
Quadro 18 – Fala da Mãe da Camila	122
Quadro 19 – Fala da Mãe do João	123
Quadro 20 – Fala do Pai do Marcelo	124
Quadro 21 – Fala do Pai do Bento	124
Quadro 22 – Fala da Professora C	130
Quadro 23 – Fala da Mãe da Clara	130
Quadro 24 – Fala do Pai do Bento	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sobre consumo de Ritalina	17
Tabela 2 – Distribuição de trabalhos acadêmicos sobre medicalização (1996-2023) ..	26
Tabela 3 – Trabalhos sobre medicalização e educação infantil (2000-2022)	27
Tabela 4 – Trabalhos relacionados ao tema da pesquisa	28
Tabela 5 – Pesquisas selecionadas para a revisão de literatura	29
Tabela 6 – Dados de Matrículas na Educação Infantil do Município da Serra – 2023	65
Tabela 7 – Idade quando diagnosticada	113
Tabela 8 – Terapias: Formulário Educação Especial	128
Tabela 9 – Citações de Leis nos Laudos Médicos	135
Tabela 10 – Diretrizes médicas nos laudos destinados aos profissionais da educação	137
Tabela 11 – Medicamentos prescritos nos laudos médicos	141
Tabela 12 – Nome dos medicamentos e horários que são administrados	142

LISTA DE SIGLAS

ABA – Análise do Comportamento Aplicada
AEE – Atendimento Educacional Especializado
AMED – Assembleia Municipal de Educação
BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFTMEA – Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente
CID-11 – Classificação Internacional de Doenças - 11ª Edição
CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil
CMES – Conselho Municipal de Educação da Serra
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DI – Deficiência Intelectual
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição
EAD – Educação a Distância
EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental
ES – Espírito Santo
FMES – Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade
GEFOR – Gerência de Formação Continuada
GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo
IASSES – Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Mercosul – Mercado Comum do Sul
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAEE – Público-Alvo da Educação Especial
PMES – Plano Municipal de Educação da Serra
PNEEPEI – Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
PPGMPE – Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Educação
PPP – Projeto Político-pedagógico
PR – Paraná
PSE – Programa Saúde na Escola
RME – Redes Municipais de Ensino
RS – Rio Grande do Sul

SEDU – Secretaria Municipal de Educação da Serra

SMED – Secretaria Municipal da Educação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TGD – Transtornos Globais do Desenvolvimento

TOD – Transtorno Desafiador de Oposição

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFD – Unidades Físicas Distribuídas

Ufes – Universidade Federal do Espírito Santo

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNIASSELVI – Centro Universitário Leonardo da Vinci

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	JORNADA DA PESQUISA: O PONTO DE PARTIDA	14
1.1	MINHA TRAJETÓRIA: MAPEANDO AS ORIGENS DO CAMINHO	19
1.2	MINHA PESQUISA: DELINEANDO O TERRITÓRIO INVESTIGATIVO	20
2	TRILHAS CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA	26
3.	CARTOGRAFIA TEÓRICA: MAPEANDO TERRITÓRIOS CONCEITUAIS	43
3.1	MAPEANDO O CONCEITO DE BIOPODER	44
3.2	TERRITÓRIOS DA MEDICALIZAÇÃO	48
4	METODOLOGIA: TRAÇANDO AS LINHAS DO PERCURSO	55
5.	DADOS EM FOCO: ANÁLISE E DISCUSSÃO ATRAVÉS DA CARTOGRAFIA	61
5.1	MUNICÍPIO DA SERRA: MAPEANDO A PROPOSTA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL	63
5.1.1	CONTEXTUALIZANDO O CMEI SUPERMAN	67
5.2	ANÁLISE DA RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022	73
5.2.1	MINHAS PROPOSIÇÕES PARA A RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022	78
5.2.2	PROPOSIÇÕES DA REVISÃO DE LITERATURA PARA A RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022	81
5.2.2.1	REDUÇÃO DO NÚMERO DE ALUNOS	81
5.2.2.2	FORMAÇÃO INICIAL EM EDUCAÇÃO ESPECIAL	83
5.3	PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CMEI: DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL	85
5.4	INVESTIGANDO O TRABALHO COLABORATIVO NO CMEI SUPERMAN	88
5.4.1	REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO COLABORATIVO: RELATO DO DIÁRIO DE BORDO	93
5.4.2	DIÁRIO DE BORDO: VIVÊNCIAS DE UM PROFESSOR NO DESAFIO DO TRABALHO COLABORATIVO – A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA E NÃO QUERO SER UM	

“PROFESSOR ARTÍFICE”	95
5.5 INVESTIGANDO O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DAS CRIANÇAS	98
5.5.1 SENTINDO COM UMA MÃE: A EMISSÃO E O IMPACTO DO LAUDO MÉDICO	103
5.5.2 O LAUDO MÉDICO: UM OLHAR CRÍTICO	105
5.5.3 REFLEXÕES DO DIÁRIO DE BORDO: “O LAUDO MÉDICO NÃO FEZ BEM”	120
5.5.4 NARRATIVAS PARENTAIS: VOZES DAS ENTREVISTAS	122
5.5.5 TERAPIAS PRESCRITAS	125
5.5.5.1 PROCESSOS TERAPÊUTICOS EM MOVIMENTO	127
5.5.5.2 REFLEXÃO CARTOGRÁFICA SOBRE O PLANTÃO PEDAGÓGICO: UM RELATO DO DIÁRIO DE BORDO	131
5.5.6 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO COMO ALTERNATIVA	133
5.5.7 LEGISLAÇÕES RELACIONADAS NO LAUDO MÉDICO	134
5.5.8 DIRETRIZES EDUCACIONAIS SUGERIDAS NO LAUDO	136
5.5.9 INVESTIGAÇÃO SOBRE PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS	141
5.8. A ERA DOS MANUAIS	146
5.8.1 DISCUTINDO A EXPANSÃO DOS CRITÉRIOS NO DSM-5	147
5.8.2 O CID-11 COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA	149
5.8.3 INVESTIGANDO OUTRA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA	151
6 PRODUTO ACADÊMICO	154
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O CAMINHO TRAÇADO E AS TRILHAS EMERGENTES	157
8 REFERÊNCIAS	159
9 APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	165
10 APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	168
11 ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA PREFEITURA DA SERRA/ES	177

1 JORNADA DA PESQUISA: O PONTO DE PARTIDA

Antes de adentrarmos na temática da medicalização da infância, é essencial compreendermos o contexto histórico que moldou as práticas e discursos que permeiam essa questão. Ao lançar um olhar para o passado, podemos identificar as raízes de intervenções médicas e psiquiátricas na infância, que se consolidaram no Brasil ao longo do século XX. A atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) nas décadas de 1920 e 1930, por exemplo, oferece um pano de fundo relevante para entender a evolução dessas práticas e como elas influenciaram a maneira como a infância passou a ser vista e tratada no âmbito educacional e social.

Nos anos 20 e 30 do século XX, a Liga Brasileira de Higiene Mental desempenhou um papel central na assistência à infância, influenciando o desenvolvimento da psiquiatria infantil no Brasil. Durante esse período, houve uma expansão das instituições psiquiátricas nos principais centros urbanos do país. A psiquiatria começou a se apresentar como uma forma de higiene mental, projetada como uma moral universal futura, que deveria ser aplicada em todos os aspectos da vida social. Isso levou ao surgimento de um enfoque educacional nas crianças, com o objetivo de moldar o futuro homem higienizado. Essa ideologia justificava a intervenção e o controle sobre os pais, com a higiene mental assumindo o papel de orientar cientificamente as famílias (Brasil, 2005).

Em 1932, a Liga inaugurou a Clínica de Eufrenia, dedicada a atender crianças desde os primeiros meses de vida até os 12 anos de idade. A clínica tinha como objetivo prevenir doenças nervosas na infância e promover a boa formação do psiquismo, por meio da compreensão médico-pedagógica do desenvolvimento mental. A Liga também se envolveu ativamente na divulgação da higiene mental, utilizando-se de artigos, conferências e publicações para criar uma consciência sobre a necessidade de cuidados especializados para crianças, o que também fomentava a criação de um novo mercado voltado para a saúde mental infantil (Brasil, 2005).

Entre os muitos artigos divulgados pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo (GEPHE), encontramos um que é pertinente à nossa pesquisa. Conforme o artigo “Exortação às Mães” publicado nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (1932):

EXHORTAÇÃO ÀS MÃES
Com o título supra a Liga Brasileira de Hygiene Mental tem distribuido um folheto de propaganda que aqui transcrevemos:

MÃE extremosa!
Teus filhos são a reliquia mais preciosa que possues.
São o teu sange e a tua propria vida.

[...]

Desejas ardentemente que os teus filhos sejam fortes, sadios, robustos e bonitos.
Não te esqueces nunca de os alimentar, de mudaras suas roupinhas, de os ninar, de lhes fazer dormir o “somno da innocencia”.

[...]

Os menores disturbios physiologicos te preocupam e te fazem soffrer e perder noites e mais noites...

[...]

O teu filho cresceu, tornou-se homem; a tua filha tambem se tornou mulher.

[...]

Não é de extranhar, portanto, que a loucura e a debilidade mental augmentem, de dia para dia...

[...]

Urge, pois que se estabeleça como norma o exame mental periodico das criancinhas. Pod muitas vezes, haver grande retardamento ou precocidade exagerad na evolução do systema nervoso, e essas irregularidades precisam ser conhecidas desde cedo, afim de que seja possivel corrigil-as, em condições mais favoraveis.

[...]

Innumeras reacções nervosas infantis, que aos olhos dos neuro-hygienistas. se afiguram verdadeiros "signaes de alarma", são encarados por alguns paes como gestos interessantes.

[...]

Si o não comprehenderes, si tiveres duvida, foge de qualquer actuação directa e pede conselhos a quem te possa dar.

E` nas Clinicas Euphrenia que poderás encontrar esses conselhos de que careces. “Euphrenia” significa sciencia da bóa cerebração. Clinica de Euphrenia é, pois, uma clinica onde se procura assegurar a hygidez neuro-pschica, isto é, o bom funcionamento, o equilibrio e o dominio perfeito do systea nervoso.

[...]

Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental: submete-o quanto antes, a um exame especializado, afim de que, amanhã, não te dóa, nem de leve, a consciencia.

[...]

E` esta a exhortação que te faz a Liga Brasileira de Hygiene Mental, que sómente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam tambem todos os filhos deste querido Brasil.

ESTÁS CERTA DE QUE TEU FILHO NÃO POSSUE NENHUMA PREDISPOSIÇÃO NERVOSA?

A criança normal é, geralmente, alegre, sorridente, activa, chora pouco e gosta de brincar.

Si o teu filho é tristonho e apathico, ou excessivamente excitado e brigão, si chora muito e tem ataques de raiva, cuidado coma predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma creatura doente e infeliz.

[...]

Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? E` teimoso, pugnaz, exaltado?

Cuidado com esses prenuncios de constituição nervosa!

Teu filho tem defeito na linguagem, é gago?

Manda-o examinar para saber a sua verdadeira causa.

Teu filho é mentiroso, ou tem o vicio de furtar?

Trata-o, sem demora, si não quizeres possuir um descendente que te envergonhe.

Teu filho tem muitos tics ou cacoetes?

E` um hyperemotivo. Procura evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser um candidato ao suicidio.

Teu filho pouco progride nos estudos?

Antes de culpar o professor. submete-o a um exame psychologico. Conhecerás, então, o seu nivel mental, o seu equilibrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida.

Lê e reflecte: A felicidade do teu filho está, em grande parte nas tuas proprias mãos. (Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, 1932, p. 81-84).

Esses princípios de intervenção precoce e controle sobre o desenvolvimento infantil, estabelecidos pela Liga Brasileira de Higiene Mental no passado, permanecem, de alguma forma, até hoje, especialmente ao considerarmos o conceito de medicalização. Nesse contexto, a medicina, em especial a psiquiatria, aliada a um projeto higienista com uma conduta moral, buscava tratar essas questões como se fossem exclusivamente médicas.

Conforme discutido por Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), o conceito de medicalização, tal como desenvolvido pelo sociólogo Peter Conrad, se tornou amplamente reconhecido. A primeira definição de Conrad caracteriza a medicalização como o ato de definir um comportamento como um problema médico, delegando à profissão médica a responsabilidade de oferecer um tratamento para esse comportamento. Em uma formulação mais recente, Conrad descreve a medicalização como o processo pelo qual problemas que não eram originalmente médicos passam a ser definidos e tratados como questões médicas, frequentemente enquadrados como doenças ou transtornos (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Júnior, 2014).

Bassani (2020) afirma:

Apesar de suas especificidades, Vitória-ES não é um caso isolado de aumento da patologização da infância. Moysés (2011) denuncia que, em 2000, foram vendidas 70 mil caixas de um medicamento para tratar distúrbios de aprendizagem no Brasil e, em 2010, esse número chegou a dois milhões. O Brasil é o segundo maior consumidor de Cloridrato de Metilfenidato (nome comercial: Concerta e Ritalina) e

seu consumo atingiu um crescimento de 775% entre 2003 e 2012 (BARROS, 2014).

De acordo com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, em sua Nota Técnica de 2015, ao considerar o critério de Unidades Físicas Distribuídas (UFD) a cada 1.000 habitantes com idades entre 6 e 15 anos nas capitais, Vitória, a capital do Espírito Santo, figura em terceiro lugar no ranking das cidades que mais consomem “Ritalina”. Embora esses dados sejam de 2015, não foi possível obter informações mais recentes até o momento.

Tabela 1. Dados sobre consumo de Ritalina

VENDA DE RITALINA® (UFD) POR 1000 Habitantes							
Ranking	Região	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.	UFD/ 1000 Hab.
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
1°	RS capital	15	20,4	29	31,8	36,7	29,5
2°	GO capital	3,9	7,7	9,1	14,2	19,4	16
3°	ES capital	3,8	1,6	2,8	14,8	16,1	14,7
4°	SC capital	4,2	1,9	4,4	13,5	17,9	12,9
5°	MG capital	2,5	10,4	17,2	16,6	19,6	12,5
6°	RS interior	5,7	49,1	76	13,7	15,2	12,4
7°	PR capital	3,8	8,3	15,1	15,7	16,8	11,3

Fonte: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015).

Ao longo da pesquisa, enfrentamos consideráveis desafios na obtenção de dados recentes sobre o uso de Cloridrato de Metilfenidato (nome comercial: Ritalina e Concerta). Diante dessa situação, optou-se por utilizar os dados disponíveis, embora não sejam os mais recentes, para assegurar que a análise e as conclusões da pesquisa estejam fundamentadas em informações concretas e verificáveis. Esses dados, mesmo que não atualizados, oferecem uma perspectiva relevante sobre o padrão de consumo desse medicamento no Brasil.

Como fundamentação teórica para esta pesquisa, optei por adotar a perspectiva do Biopoder, concebida por Michel Foucault. De acordo com Diniz e Oliveira (2023), a partir do século XVIII, o ser humano começou a se reconhecer como detentor de um corpo e, assim, como membro de uma espécie, o que gerou novas preocupações com a preservação da vida. Esse contexto propiciou o surgimento de uma biopolítica voltada para a regulamentação dos processos que afetam as massas, demandando uma tecnologia capaz de garantir a vida da população como um todo. Para alcançar esse objetivo, utiliza-se o “biopoder”, conceito definido por Foucault, que se refere a um dispositivo essencial para o controle das massas. Sobre o conceito de biopoder, Foucault afirma que:

(...) essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas

características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (Foucault, 2008, p. 3)

Esse conceito oferece uma visão inovadora sobre o exercício do poder em relação à vida. Foucault desenvolve sua teoria explorando temas cotidianos, como as relações de poder/saber e as dimensões do sexo. Um de seus conceitos proeminentes é o biopoder, que ele descreve como uma técnica de poder destinada a modelar a vida em uma população específica, visando à produção de corpos economicamente ativos e politicamente dóceis (Bertolini, 2018).

Segundo Andrade, Carvalho, Costa e Rodrigues (2015), o debate sobre a medicalização assume destaque nos anos 60 e 70, e no nosso país, há destaque para a aula proferida por Foucault em 1975 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde o filósofo discutiu os distintos aspectos da Medicina e da medicalização.

O conceito de medicalização é polissêmico para familiarizar o leitor com o conceito de medicalização utilizado nesta pesquisa:

[...] medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como uma doença, transtorno ou problema médico, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento (Andrade; Carvalho; Costa; Rodrigues, 2015).

A utilização do conceito de medicalização é uma peça-chave nesta pesquisa. Nesse sentido, a compreensão do processo de medicalização na sociedade frequentemente envolve uma reconfiguração do objeto de conhecimento médico, uma redefinição das áreas que a ciência médica considera passíveis de intervenção. A partir dessa perspectiva, a esfera médica passou a incorporar questões que, em princípio, não se enquadravam no âmbito médico, mas que transcendem para domínios políticos, sociais e econômicos (Zorzanelli; Cruz, 2018).

O privilégio da infância e a medicalização da família. Ao problema “das crianças” (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade – mortalidade) se acrescenta o da “infância” (isto é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas desta sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta “fase” que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida (Foucault, 1984 p.110)

1.1 MINHA TRAJETÓRIA: MAPEANDO AS ORIGENS DO CAMINHO

Em minha trajetória acadêmica, em 2006, ingressei no curso de graduação em Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Durante meus estudos, tive a oportunidade de cursar disciplinas como Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem I (PEPA I) e Psicologia do Excepcional. Nesse mesmo período, decidi também iniciar, de forma concomitante, o curso de Pedagogia na modalidade semipresencial no Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI), visando complementar meus estudos na área da educação.

No semestre seguinte em meu curso de Psicologia, participei da disciplina de Psicofisiologia, que incluía temáticas sobre farmacologia. Durante essas aulas, tive a oportunidade de explorar a discussão em torno da medicalização da vida e suas implicações, incluindo o discurso da medicalização no contexto escolar, que muitas vezes influencia o processo de aprendizado de alunos que compõem o público-alvo da educação especial. Além disso, foram abordados temas como os processos de diagnóstico relacionados a transtornos contemporâneos como o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno Desafiador de Oposição (TOD).

Foi durante essa fase da minha graduação em Psicologia que me conectei com as questões relacionadas à problematização da medicalização da infância e à temática da educação especial. A partir desse ponto, comecei a questionar a naturalização do discurso da medicalização, que muitas vezes traz consigo uma certa arrogância ao assumir uma supremacia em relação a outros processos terapêuticos. Vale destacar que esses outros processos também podem ser medicalizantes, mesmo que não utilizem medicamentos.

Na minha trajetória profissional, iniciei na docência em 2007, no ensino fundamental II. Em 2017, trabalhei como psicólogo no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, posteriormente, no Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASSES). Em 2020, retornei à educação e decidi me dedicar à Educação Infantil como professor de Educação Especial, com ênfase na área de Deficiência Intelectual, onde estou até o momento.

1.2 MINHA PESQUISA: DELINEANDO O TERRITÓRIO INVESTIGATIVO

Nessa perspectiva, abordamos a medicalização da vida, conforme explorado por Foucault, mesmo no contexto da infância. Assim, a nossa proposta de pesquisa se baseou na análise do processo de medicalização de crianças em tenra idade. A concepção do conceito de medicalização que norteia a presente pesquisa, diz respeito à conversão artificial de questões que abrangem diferentes domínios, sejam eles sociais, históricos ou políticos, em problemas que são tratados sob uma ótica médica (Duarte, 2020).

A escolha da Educação Infantil não é gratuita conforme Foucault sinaliza que o cuidado do saber médico inicia sua ação também, por meio desse processo de medicalização nos bebês ainda no colo por meio desse jogo entre o cuidadoso e aquele que é cuidado.

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. A primeira leva disse respeito aos cuidados ministrados às crianças e, sobretudo, aos bebês. (Foucault, 1984 p.119)

Assim, o campo de nossa pesquisa foi na Educação Infantil para tanto compreendemos a importância de apresentar a Educação Infantil como a primeira etapa da educação básica, abrangendo a creche (0 a 3 anos) e a pré-escola (4 a 5 anos), com o objetivo de promover a formação integral dos bebês e crianças pequenas. Além disso, destacamos outro aspecto relevante dessa etapa: a obrigatoriedade da matrícula aos quatro anos de idade, conforme estabelecido na Lei nº 12.796 de 2013, que fez o ajuste da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) à Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009 (Santos, 2017).

Com o objetivo de aprimorar ainda mais a nossa pesquisa, direcionamos o nosso foco para as crianças que compõem o Público-Alvo da Educação Especial (PAEE). No contexto da educação especial, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) define o PAEE como englobando alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. É fundamental observar que a abrangência da modalidade de educação especial permeia de maneira abrangente desde a educação infantil até a educação superior (Brasil, 2015).

Nossa pesquisa teve como objetivo analisar os processos de medicalização em crianças que fazem parte do público-alvo da educação especial na educação infantil, com foco específico nas matrículas do CMEI “Superman”. A pesquisa considerou as interações entre família, escola e a vida da criança. Importante salientar que o nome do CMEI é fictício, e a escolha deliberada do herói remete à ideia de perfeição derivada de superpoderes, a qual não condiz com a experiência humana real. Ao refletirmos sobre a observação filosófica de Friedrich Nietzsche em *Assim Falou Zaratustra*, é possível perceber como Nietzsche nos lembra da distância entre o ideal de perfeição e a condição humana real, marcada por imperfeições. Nietzsche (2003) afirma que:

Nunca houve um Super-homem Tenho visto a nu todos os homens o maior e o menor. Parecem-se ainda demais uns com os outros: até o maior era demasiado humano. Assim falou Zaratustra. (Nietzsche, p. 87)

No início do ano letivo de 2020, enfrentamos uma surpresa significativa com o surgimento da pandemia do Coronavírus (COVID-19), uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. Como resultado disso, as aulas presenciais foram suspensas e o isolamento social foi implementado.

O inesperado acontecimento impôs um novo cenário global à nossa sociedade, apresentando à educação um desafio completamente novo: a transição para o ensino remoto. No ano seguinte, em julho, iniciamos a fase de retorno gradual dos alunos às atividades presenciais. No final do último trimestre desse ano, o escalonamento dos estudantes foi encerrado e, neste ano, buscando seguir os protocolos de saúde, foi estabelecido o fim do período de isolamento social. Esse período representou um grande desafio para os profissionais do magistério, especialmente na educação infantil e ainda mais na educação especial, considerando a complexidade em seguir os protocolos sanitários estabelecidos.

Durante esse período, meu interesse se voltou para a pesquisa sobre a medicalização na educação infantil. Um dado em particular chamou nossa atenção: a observação de que havia uma proporção maior de crianças com laudos médicos, utilizando medicamentos, na faixa etária da creche (0-3 anos) em comparação com as crianças da pré-escola (4-5 anos). Isso significava que essas crianças já chegavam à creche com diagnósticos prévios e, em muitos casos, esses diagnósticos foram realizados apenas com base na perspectiva médica. Além disso, essas crianças nasceram durante o período de pandemia e cresceram em meio ao isolamento social, o que levanta questões adicionais sobre como foram esses processos de diagnósticos.

Dessa forma, meu problema de pesquisa ganhou ainda mais relevância, ancorado tanto em minha trajetória acadêmica quanto nos desafios e observações do meu cotidiano como professor de educação especial. Essa conexão entre minhas experiências acadêmicas e profissionais se entrelaça com as observações que fiz durante minha graduação e que continuam presentes no contexto da medicalização da infância.

Este estudo teve como objetivo geral problematizar os processos de medicalização em crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial.

Nossa pesquisa se propôs a alcançar três objetivos específicos:

1. Apresentar a proposta de educação especial do município da Serra, conforme estabelecido pela Resolução CMES 203/2022, a proposta do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos público-alvo da educação especial e investigar o trabalho colaborativo entre profissionais nessa unidade.
2. Investigar o processo de diagnóstico médico das crianças, analisando os instrumentos utilizados, os critérios adotados e as práticas envolvidas nesse processo, a fim de compreender como foi realizado e como culminou no laudo médico. Identificar se há prescrição medicamentosa, e as finalidades alegadas, além de verificar se há indicação clínica de outros processos terapêuticos.
3. Discutir a ampliação dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), considerando-os como instrumentos para diagnóstico.

A justificativa desta pesquisa teve por base a necessidade de compreender e analisar os processos de diagnóstico, medicalização e inclusão das crianças do público-alvo da educação especial no contexto do CMEI Superman. Por meio da produção de pistas e entrevistas, nossa intenção era identificar as práticas, discursos e vivências relacionadas a esses processos, visando ampliar o conhecimento e estimular reflexões críticas sobre o assunto.

Para investigar a extensão dos estudos relacionados ao tema da medicalização na infância, foi conduzida uma análise na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Inicialmente, um levantamento abordou apenas o descritor “medicalização”, resultando em um

total de 731 trabalhos acadêmicos, compreendendo 249 teses e 482 dissertações. Esse volume considerável de trabalhos ressalta a relevância do tema e a significativa quantidade de pesquisas dedicadas a ele.

Para aprimorar a precisão da pesquisa, um segundo levantamento incorporou outro descritor: “Educação Infantil”, utilizando o operador booleano “AND”. Nessa etapa, a pesquisa combinou “Medicalização” AND “Educação Infantil”, resultando em 44 trabalhos acadêmicos, dos quais 13 eram teses e 31 eram dissertações.

Em uma última busca, foi adicionado o descritor “Educação Especial”, aprofundando ainda mais a abordagem. O levantamento final empregou os seguintes descritores e operadores booleanos: “Medicalização” AND “Educação Infantil” AND “Educação Especial”, resultando em 15 trabalhos acadêmicos, sendo 3 teses e 12 dissertações.

Essa análise abrangente de pesquisas revela a notável importância e relevância do tema da medicalização na infância, ao mesmo tempo que destaca como essa temática tem sido amplamente investigada e explorada nos estudos acadêmicos.

Caro leitor, no capítulo 2, intitulado Trilhas Conceituais: Revisão da Literatura, recorreremos a outra base de dados para a revisão da literatura. Nessa etapa, utilizamos o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como fonte.

O tema da medicalização tem sido objeto de estudo por diversos pesquisadores em diferentes programas de pesquisa. Cabe destacar o Programa de Pós-Graduação Profissional em Educação no Centro de Educação da Universidade Federal do Estado do Espírito Santo (PPGPE), que completou cinco anos neste ano e já testemunhou a defesa de cinco dissertações abordando a questão da medicalização. Dessas, duas ocorreram em 2022, e uma por ano no período de 2019 a 2021, indicando um aumento nas defesas de dissertações nesse programa neste ano nesse campo de estudo.

É relevante também apontar que outros pesquisadores têm se dedicado a investigar esse tema. Entre as pesquisas desenvolvidas no PPGPE, destaco duas dissertações. A primeira, intitulada “Discursos Medicalizantes na Educação Infantil: Problematizações em Torno da Educação

Especial”, aborda os discursos medicalizantes presentes no cotidiano da educação infantil e como a educação especial é influenciada por esses discursos (Oliveira, 2020). A segunda pesquisa, intitulada “Crianças que não Aprendem na Escola: Problematizando Processos de Medicalização e Patologização das Infâncias”, explora os processos de medicalização da educação diante da patologização da infância e das diferenças, investigando como essas dinâmicas se manifestam no cotidiano pesquisado (Duarte, 2020).

Na condução desta pesquisa, foi decidido empregar duas abordagens metodológicas: o estudo de caso e a cartografia. O estudo de caso, de acordo com André (2005), caracteriza-se por uma análise aprofundada de um fenômeno educacional, destacando sua singularidade. Além disso, adotamos uma abordagem de cartografia, à medida que utilizamos suas pistas, considerando a natureza processual do nosso estudo, no qual também desempenhamos um papel ativo na produção de dados (Duarte, 2020).

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, combinando as metodologias de estudo de caso e cartografia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pais, professores, pedagogos e a diretora do CMEI, explorando a perspectiva cartográfica para compreender as experiências e subjetividades dos participantes, bem como os fenômenos complexos relacionados à medicalização. A pesquisa contribuirá para a produção de conhecimento na área, proporcionando uma visão aprofundada dos fenômenos estudados e subsidiando reflexões e proposições no campo educacional.

Os resultados obtidos por meio das entrevistas foram analisados para alcançar os objetivos propostos, expondo o processo de diagnóstico, medicalização e inclusão das crianças público-alvo da educação especial no CMEI. A pesquisa visa atentar para a relação entre práticas de medicalização, diagnóstico médico, prescrição medicamentosa e outros processos terapêuticos, considerando a influência do DSM-5 e a CID-11 e seus efeitos no cotidiano das crianças. Ao adotar a abordagem cartográfica, busca-se compreender de forma sensível e processual os fenômenos estudados, promovendo uma participação ativa do pesquisador no contexto investigado.

Ao delimitar o universo da pesquisa ao processo de medicalização das infâncias no contexto da Educação Infantil, com ênfase nas crianças diagnosticadas e inseridas no público-alvo da Educação Especial, houve insights sobre os desafios e possibilidades desse processo, bem como

contribuiu para reflexões e aprimoramentos nas práticas educacionais relacionadas a essa temática.

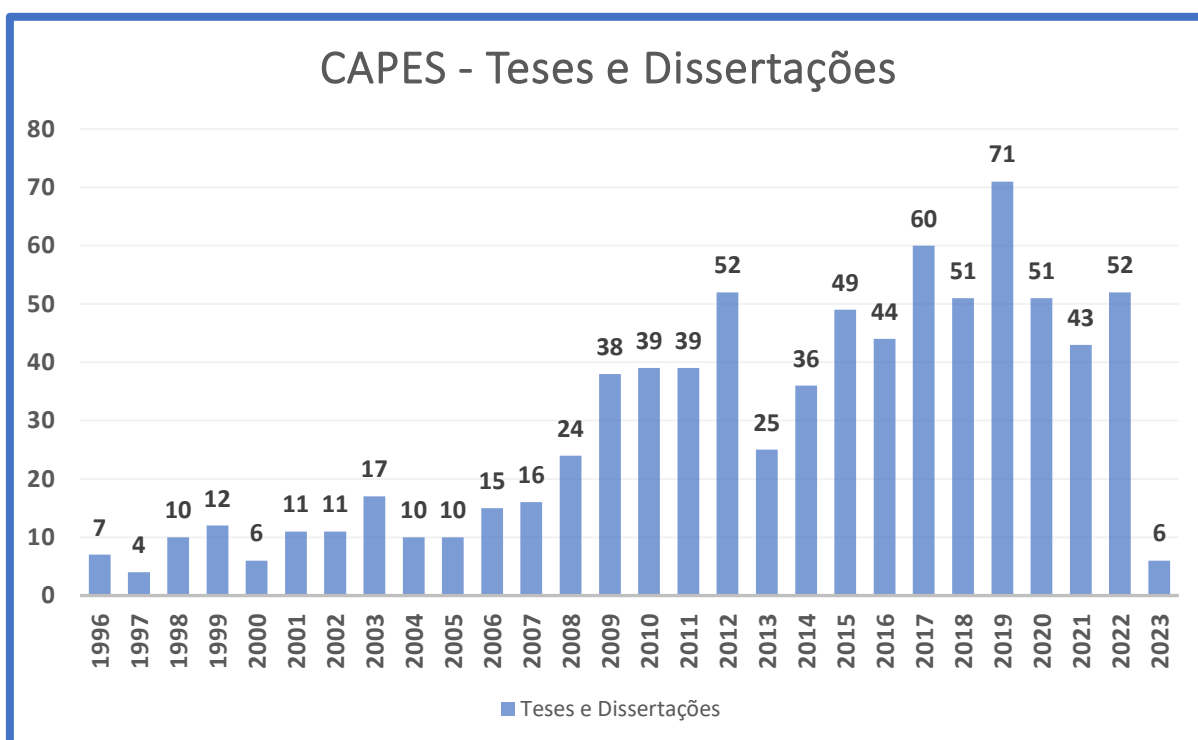
No geral, este estudo contribuiu para a compreensão dos processos de medicalização na educação infantil, destacando a importância da participação dos envolvidos. A pesquisa contribuiu para ampliar o conhecimento existente na área e ofereceu subsídios para reflexões críticas e práticas mais inclusivas e humanizadas. Os resultados foram socializados com os participantes, a comunidade científica e poderão ser apresentados em eventos científicos.

2 TRILHAS CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentaremos uma revisão de literatura, que é uma parte essencial da dissertação, pois sinalizamos o andamento da discussão do tema apresentado ao leitor, abordando avanços e identificando aspectos ainda pouco explorados. Nossa pesquisa tratou do tema Processos de Medicalização das Infâncias na Educação Infantil. O objetivo da revisão da literatura é fundamentar a pesquisa em um contexto acadêmico e identificar as questões não abordadas ou pouco abordadas sobre o tema em questão. O levantamento foi realizado no mês de julho de 2023, podendo, dessa maneira, ser acrescentado outros trabalhos na base de dados selecionada posterior a essa data de corte do levantamento realizado.

Para tanto, foi selecionada a base de Dados do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Na primeira busca, foi utilizado o descritor “Medicalização” e foram encontrados 809 trabalhos acadêmicos relacionados à medicalização, distribuídos da seguinte forma: 211 para Doutorado, 546 para Mestrado, 48 para Mestrado Profissional e 4 para Profissionalizante, no período de 1996 a 2023.

Tabela 2: Distribuição de trabalhos acadêmicos sobre medicalização (1996-2023).

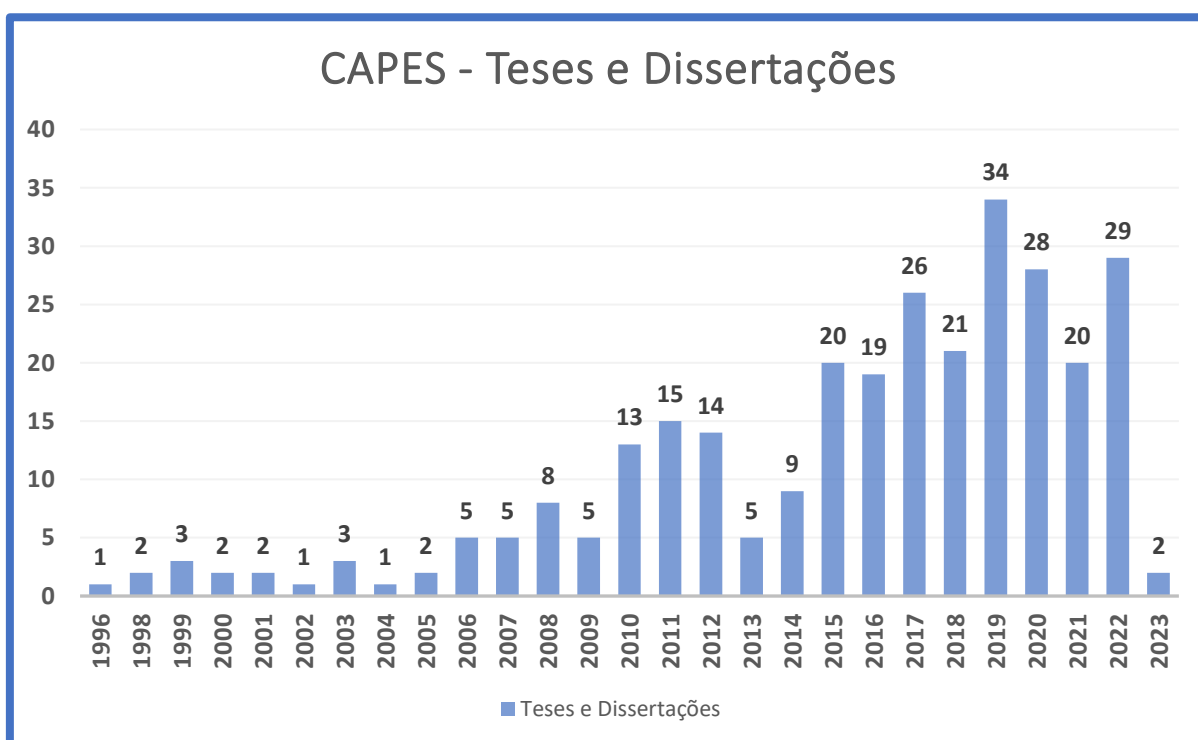


Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Nesta primeira busca, chama atenção a quantidade de trabalhos acadêmicos encontrados, totalizando 834 que tratam do assunto da medicalização. Observa-se, conforme o Tabela 2, que a discussão sobre a Medicalização teve um aumento significativo a partir do ano de 2008. Isso sinaliza a expansão da pesquisa desse tema e evidencia a sua importância e relevância social.

No segundo levantamento, utilizou-se os descritores “Medicalização” e “Educação Infantil”, adicionando o operador booleano “AND”. A busca resultou em 295 trabalhos acadêmicos, distribuídos da seguinte forma: 66 para Doutorado, 197 para Mestrado e 24 para Mestrado Profissional, além de 8 para Profissionalizante.

Tabela 3. Trabalhos sobre medicalização e educação infantil (2000-2022).



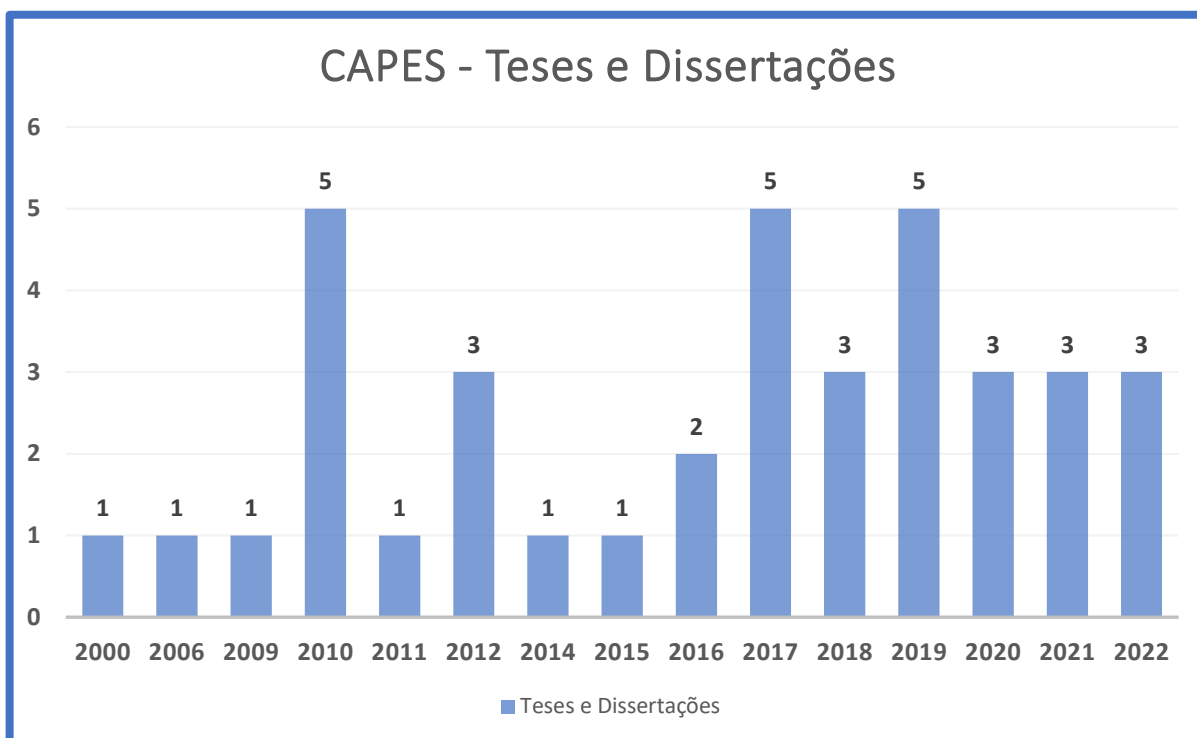
Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Com o objetivo de estabelecer uma conexão mais próxima entre o problema de pesquisa e a revisão de literatura, nesta segunda busca na base de dados, foi adicionado um novo descritor: “Educação Infantil”. Essa inserção alinhou, assim, a pesquisa com a revisão de literatura. No entanto, a quantidade de trabalhos ainda é expressiva, ultrapassando a capacidade de análise para o escopo do trabalho proposto. Dessa forma, torna-se necessário refinar a busca.

No terceiro levantamento, utilizou-se os descritores “Medicalização”, “Educação Infantil” e “Educação Especial” com o operador booleano “AND”. Foram encontrados 38 trabalhos

acadêmicos, sendo 2 para Doutorado, 33 para Mestrado e 3 para Mestrado Profissional, no período de 2000 a 2022.

Tabela 4 – Trabalhos relacionados ao tema da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Com a terceira busca, utilizando-se dos três descritores, podemos identificar os trabalhos relacionados à nossa pesquisa, que aborda o tema da medicalização das infâncias em centro municipal de educação infantil, com foco nas crianças do público-alvo da educação especial. No entanto, o quantitativo de 38 trabalhos ainda excede a capacidade e a finalidade do nosso trabalho. Portanto, estabelecemos critérios de exclusão para refinamento da seleção.

O primeiro critério de exclusão foi o corte temporal de janeiro de 2008 a julho de 2023. A escolha do ano de 2008 considerou o lançamento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008), e o ano de julho de 2023 correspondeu à data da busca de dados. Com esse corte, apenas 2 trabalhos foram retirados.

O segundo critério de exclusão envolveu trabalhos que não estavam disponíveis e continham a frase: “Trabalho anterior à Plataforma Sucupira”. A Plataforma Sucupira é fruto da parceria da CAPES com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e foi desenvolvida em maio de 2012, com o propósito de coletar informações dos programas de pós-graduação em

tempo real e estabelecer procedimentos de avaliação com transparência para toda a comunidade acadêmica (Brasil, 2014). Dessa forma, o corte temporal passou a ser de maio de 2012 até julho de 2023. Com esse critério, 10 trabalhos foram retirados.

O terceiro critério de exclusão envolveu a retirada de 5 trabalhos que não possuíam divulgação autorizada, conforme informação na base de dados da CAPES. O quarto critério foi análise dos títulos e resumo, desta forma trabalhos que tinham no título: Saúde mental infantil na atenção primária à saúde, relações étnicas e raciais, saúde emocional infantil, dança como uma possibilidade, psicofármaco, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), concepções de professores alfabetizadores e anos iniciais. Foram retirados 11 trabalhos cujos títulos e resumos se distanciavam do objetivo da pesquisa desenvolvida.

Neste trabalho, a revisão de literatura será embasada em 10 trabalhos acadêmicos selecionados. A tabela a seguir apresenta os títulos, autores, ano de publicação, Instituição de Ensino Superior (IES) e palavras-chave relacionadas a cada pesquisa:

Tabela 5. Pesquisas selecionadas para a revisão de literatura.

TÍTULO	AUTOR	ANO / IES	PALAVRAS-CHAVE
Escolarização em diagnóstico: crianças em concreto	MENDOZA, Ana Maria Tejada	2014 / Universidade de São Paulo (USP)	Psicologia escolar; Medicalização; Educação infantil; Relação escola-família Sociedade; Teoria Histórico Cultural.
Conhecimentos, concepções e práticas de professores de educação especial: o modelo médico-psicológico ainda vigora?	CAMIZÃO, Amanda Costa	2016 / Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Educação especial; Educação Infantil; Modelo médico-psicológico; Medicalização da educação.
Análise das práticas do atendimento educacional especializado para a educação infantil nas redes municipais de ensino (RME) de quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul: Caxias do Sul, Porto Alegre, Santa Maria e Uruguaiana	SANTOS, Joseane Frassoni dos	2017 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Educação Infantil; Educação Especial; Atendimento Educacional; Especializado; Inclusão Escolar; Rio Grande do Sul.

O diagnóstico e o uso de medicamento controlado em crianças da educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental: uma análise de um município do interior do Paraná	NIERO, Barbara Cristina	2017 / Universidade Estadual de Maringá (UEM)	TDAH; Medicalização; Ensino Fundamental; Psicologia Histórico-Cultura.
Discursos medicalizantes na educação infantil: problematizações em torno da educação especial	OLIVEIRA, Debora Nascimento de	2019 / Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Medicalização; Educação infantil; Educação especial.
Medicalização infantil: uma proposta de reflexão	FERREIRA, Daniela Natividade da Silva	2019 / Fundação Oswaldo Aranha (UniFOA)	Medicalização; Educação; Oficinas Pedagógicas.
A influência da inflação diagnóstica no discurso da escola sobre o comportamento infantil	MONTEVERDE, Eudes Alexandre	2019 / Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Infância; Educação Infantil; Comportamento Infantil; Medicalização do Comportamento.
Os direitos à saúde e à educação de meninos e meninas à luz da teoria da proteção integral: uma análise sobre a medicalização infantil e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com base no programa saúde na escola em Santa Maria RS	BOTTON, Leticia Thomasi Jahnke	2019 / Universidade de Santa Cruz do Sul	Direito da Criança e do adolescente; Medicalização Infantil; Metilfenidato; TDA
A educação infantil pré-escolar no município de Toledo – PR em tempos de medicalização da infância: reflexões à luz da psicologia histórico-cultural	SCHNORENBERGER, Patricia Fabiane	2021 / Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)	Educação Infantil; Desenvolvimento Humano; Pandemia Covid-19; Psicologia Histórico-Cultural; Medicalização.
Medicalização e patologização da/na primeira infância: conversas sobre práticas pedagógicas não medicalizantes	OLIVEIRA, Adriana Cristina Gomes	2022 / Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Medicalização; Patologização; Educação Infantil; Práticas Pedagógicas.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Mendoza (2014) apresenta como objetivo da sua dissertação reconstruir a trajetória da produção de diagnósticos comportamentais na infância, no encontro entre escola e família durante os primeiros anos de escolarização. Assim como em nosso trabalho, a pesquisa utiliza a

metodologia do estudo de caso para aprofundar a questão do processo de diagnóstico, o que também nos interessa. Sua discussão transita pelo caminho da indicação da escola para o saber médico e suas implicações. Baseada nas autoras Moysés e Collares, ela traz uma análise do crescimento exponencial dos diagnósticos de transtornos, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Por meio do aporte teórico de Foucault, Mendoza (2014) aponta essa entrada do saber médico no ambiente escolar, que faz com que a sala de aula esteja submetida ao “olhar cuidadosamente” e “classificador”. Além disso, outro ponto que dialoga com nossa pesquisa é a problematização realizada pela pesquisadora sobre as implicações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Ela elenca a discussão a partir do DSM-III, que ampliou a classificação e os desdobramentos na sociedade.

Diferente do nosso objetivo, mas de modo bem instigante, Mendoza (2014) traz o debate sobre o neoliberalismo, educação e produção de diagnósticos. Desta maneira, ela apresenta as repercussões neoliberais na educação, como a hiper-valorização da competência, a concorrência e o sucesso individual a qualquer custo (incluindo o uso de medicação). Comportamentos fora do padrão, considerados disruptivos, são cada vez mais encarados como falhas pessoais, dando lugar à configuração dos diagnósticos (Mendoza, 2014).

Camizão (2016) traz em sua dissertação contribuições pertinentes às discussões sobre a medicalização da educação, o que se alinha com nosso interesse em problematizar esse tema. No primeiro capítulo, a pesquisadora aborda a medicalização da educação, problematizando a construção social do diagnóstico. Em nosso trabalho, também pretendemos discutir essa problemática; no entanto, diferentemente da pesquisadora, optamos pelo aporte teórico de Foucault, ao invés da perspectiva histórico-cultural e do olhar social do sujeito com deficiência utilizados por ela.

A metodologia utilizada para desenvolver sua pesquisa é qualitativa, adotando o tipo de estudo de caso, semelhante à nossa pesquisa. No entanto, diferentemente da abordagem de Camizão (2016), utilizaremos a cartografia em conjunto com o estudo de caso. Consideramos positivo o aprofundamento e a representatividade do levantamento de dados, uma vez que a pesquisa de campo foi conduzida em sete Centros Municipais de Educação Infantil de um dos municípios

da Região Metropolitana. Os sujeitos da pesquisa foram dez professores de Educação Especial que atuam com crianças que apresentam deficiência intelectual (Camizão, 2016).

Em nossa pesquisa, também planejamos entrevistar professores para compreender o trabalho da Educação Especial na Educação Infantil na unidade de ensino que será nosso campo de pesquisa. Com isso, nos aproximamos da abordagem de Camizão (2016). A pesquisadora objetivava analisar conhecimentos, concepções e práticas dos professores de educação especial que atuam no atendimento educacional especializado, no âmbito da instituição de educação infantil, voltado à criança com deficiência intelectual, em relação à vigência do modelo médico-psicológico.

Uma informação relevante apresentada por Camizão (2016) é que o município onde sua pesquisa foi realizada tem investido consideravelmente em formação para os professores de educação especial. Entretanto, a pesquisadora aponta que essa formação tem privilegiado a presença de profissionais da área da saúde.

Santos (2017) propôs em sua pesquisa analisar as práticas do Atendimento Educacional Especializado na educação infantil nas Redes Municipais de Ensino (RME) de quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul: Caxias do Sul, Porto Alegre, Santa Maria e Uruguaiana. Assim como em nosso trabalho, essa pesquisa também tinha como público-alvo a Educação Especial na Educação Infantil. A pesquisadora desenvolveu sua investigação com base em quatro questões, e aqui destacamos duas que também se conectam com nossas inquietações: Como vem sendo organizado o atendimento educacional especializado na educação infantil nos quatro municípios investigados? Como e onde está ocorrendo o atendimento educacional especializado aos bebês e crianças pequenas, considerando a obrigatoriedade da educação aos quatro anos de idade? (Santos, 2017).

Essas duas questões auxiliam em nossa reflexão, visto que se aproximam de um dos nossos objetivos específicos da pesquisa, no qual apresentaremos a proposta da educação especial no município da Serra, o Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos PAEE e investigaremos o trabalho colaborativo entre os profissionais envolvidos nessa abordagem.

Um conceito desenvolvido por Santos (2017) que se aproxima de nossa pesquisa é o de “Infâncias” como acontecimento, entendendo a criança em sua imanência, na possibilidade de

surpresa e encantamento. A pesquisadora sinaliza que, ao trazer para o debate o conceito de infâncias na sua pluralidade, seu objetivo é apresentar elementos que atravessaram a constituição desse conceito em um espaço-tempo, a fim de compreender a sua atual designação e, assim, por meio da análise do passado, refletir sobre o saber-fazer ao atuar com as crianças (Kullmann Jr., 2015 apud Santos, 2017, p. 27).

A pesquisa de Santos (2017) se distancia do propósito da nossa, mas traz uma contribuição ao assunto da educação especial ao indagar sobre a formação dos profissionais para atender ao público-alvo da Educação Especial na etapa da Educação Infantil, abordando a relação entre Educação Infantil e Educação Especial. A pesquisadora aponta a fragilidade que esse entrelaçamento pode acarretar na qualidade de ensino, o que requer maior atenção tanto no aspecto pedagógico como na formação dos profissionais que atendem a essas crianças (Santos, 2017).

Niero (2017) apresenta em sua dissertação uma investigação acerca dos diagnósticos e do uso de medicamentos controlados em crianças que frequentam a Educação Infantil e as séries iniciais do Ensino Fundamental em uma cidade do Paraná. Essa abordagem sobre a relação entre diagnósticos, medicalização e Educação Infantil é relevante, pois se relaciona diretamente com o fenômeno da medicalização, que é o foco de nossa pesquisa.

Os resultados da pesquisa apontaram que o diagnóstico mais frequente foi o de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo que o medicamento mais prescrito na Educação Infantil foi a Risperidona, e no Ensino Fundamental o Metilfenidato. A pesquisadora destaca que a Risperidona é um antipsicótico que foi incluído na rede pública de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014, indicado para auxiliar na diminuição de crises de ingestão, agressividade e sintomas comuns em pacientes com o diagnóstico de autismo (Brasil, 2014 apud Niero, 2017, p. 63).

Niero (2017) também aborda o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), enfatizando que seus critérios para o diagnóstico do TDAH são amplos e que, desde sua criação nos Estados Unidos no século 19, busca regulamentar os sintomas para a realização de diagnósticos psiquiátricos. Embora seja destinado à comunidade médica, o DSM-IV é frequentemente citado na mídia para legitimar reportagens sobre transtornos de aprendizagem ou distúrbios psiquiátricos (Guarido, 2009 apud Niero, 2017, p. 38). A autora também menciona

que o DSM-IV é tido como a “bíblia da psiquiatria” e que sua versão IV sempre vem mais encorpada (Sanvito, 2012, p. 4, apud Niero, 2017, p. 38).

É importante notar que, embora a versão atual na época da publicação fosse o DSM-V, lançada em maio de 2013, a pesquisa utilizou o DSM-IV. Essa discussão sobre a ampliação dos critérios do DSM é pertinente para nossa pesquisa, uma vez que também temos como objetivo secundário discutir e analisar os efeitos desses critérios no cotidiano das crianças matriculadas no CMEI, considerando sua influência na medicalização, na identificação de transtornos e nas práticas pedagógicas adotadas. Vale ressaltar que nossa pesquisa também discutirá a CID-11, documento norteador no Brasil para a classificação diagnóstica.

A dissertação de Oliveira (2019) intitulada “Discursos medicalizantes na educação infantil: problematizações em torno da educação especial” aborda de forma central os discursos medicalizantes presentes no cotidiano da educação infantil e como a educação especial é influenciada por esses discursos.

Este estudo apresenta várias semelhanças com a nossa pesquisa, especialmente quando a autora explora temas como medicalização. Além disso, Oliveira também faz uso de autores que utilizamos como Foucault, Illich, Moysés e Collares. A metodologia cartográfica também é uma abordagem compartilhada entre as duas pesquisas, assim como a conexão entre educação infantil, medicalização e educação especial.

Um aspecto particularmente interessante no trabalho de Oliveira (2019) é o levantamento e análise dos discursos medicalizantes na educação, realizados por meio da investigação da revista de educação do estado do Espírito Santo (1934-1937). Isso demonstra uma abordagem meticulosa na exploração histórica desses discursos e sua influência ao longo do tempo.

Oliveira (2019) apresenta exemplos concretos dessa análise, como na edição nº 25, onde é abordada uma matéria intitulada “A orientação profissional dos retardados”. Essa matéria oferece insights sobre a concepção de educação voltada para pessoas com deficiência:

E questão relativamente recente, na França, a orientação profissional dos anormais, tendo despertado a máxima atenção dos biólogos, médicos, educadores, técnicos da indústria e do comércio e também especialistas do mercado do trabalho, que há vinte anos vem estudando o assunto, afim de que a educação do debil tenda ao ensino profissional. Por essa forma, elle podera tornar-se um indivíduo util,

classificado na sociedade e susceptível de ganhar a sua própria vida e talvez de uma família (Revista de Educação, 1936, p.124 apud Oliveira, 2019 p. 51).

Outro exemplo ocorre no trabalho de Oliveira (2019), onde ela destaca a edição nº 14 de 1935. Nessa edição, uma matéria aborda a luta pela criação de “granjas-escolares”, um tipo de escola rural que tinha como objetivo principal oferecer atividades predominantemente laborais em detrimento de uma abordagem educacional tradicional. Esse exemplo ilustra de maneira contundente o pensamento da época sobre a relação entre saúde e educação.

Também nos aproximamos quando discutimos sobre a infância. Oliveira (2019) apresenta a noção de infância como:

Existe uma outra infância, que habita outra temporalidade, outras linhas, a infância minoritária. Essa é a infância como experiência, como acontecimento, como ruptura da história, como revolução, como resistência e como criação. É a infância que interrompe a história, que se encontra num devir minoritário, numa linha de fuga, num detalhe; a infância que resiste aos movimentos concêntricos, arborizados, totalizantes: “a criança autista”, “o aluno nota dez”, “o menino violento”. É a infância com intensidade, um situar-se intensivo no mundo; um sair sempre do “seu” lugar e se situar em outros lugares, desconhecidos, inesperados. (Kohan, 2004, n.p. apud Oliveira, 2019)

Vale ressaltar que tomamos direção diferentes quando Oliveira (2019) dedica sua pesquisa à formação docente. Além disso, também encontramos como pistas relevantes ao olharmos para as crianças matriculadas na creche (0-3 anos), que já foram incorporadas no processo de medicalização.

Ferreira (2019), em sua dissertação intitulada “Medicalização infantil: proposta de reflexão”, aborda a medicalização infantil como um processo que vem sendo adotado por famílias e até mesmo pelas escolas em situações determinadas, servindo como um meio para comportamentos comportamentais de crianças e na educação de adolescentes.

No que diz respeito aos pontos que se conectam com nossa pesquisa, o estudo da medicalização é destacado. A medicalização surge em um contexto social com o propósito de higienizar a sociedade. Como citado por Foucault (1984), “Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros” (Foucault, 1984, p. 88, apud Ferreira, 2019, p. 30). Outro conceito que também utilizamos é o de Biopoder. Dessa maneira, surge uma ferramenta tecnológica, que Foucault denomina como “Biopoder”, fundamental para o controle das massas (Ferreira, 2019). A autora explora o conceito de infância, desenvolvendo-o e justificando a

necessidade do conhecimento histórico sobre o tema, a fim de compreender o papel da criança na sociedade atual e os aspectos que o envolvimento diante da temática abordada.

Enquanto conduzimos nossa pesquisa em um CMEI público, Ferreira (2019) conduziu a sua no Ensino Fundamental de uma escola particular no município de Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro. A metodologia adotada por Ferreira (2019) inclui a definição de pesquisa bibliográfica, que é baseada em material já elaborado, principalmente composto de livros e artigos científicos. A autora ainda explicou que a pesquisa qualitativa não visa à representatividade numérica, mas sim ao aprofundamento da compreensão de um grupo social ou organização. Além disso, cinquenta e três responsáveis participaram, respondendo o questionário.

O produto acadêmico desenvolvido pela pesquisadora foi bastante interessante, baseando-se na teoria de Paulo Freire e envolvendo oficinas. No total, foram realizadas cinco oficinas: “Teatro de Vara”, “Jogo Interativo (Batata Quente)”, “Bingo Textual”, “Musicalização” e “Dramatização: Invertendo Papéis”. Essa fase da pesquisa se refere à aplicação do produto para avaliar sua funcionalidade na prática. Durante a aplicação das oficinas, foi registrada a observação do comportamento dos participantes, bem como suas falas. Além disso, todos os momentos foram documentados por meio de fotografias. A análise resultante da observação da aplicação do produto e das fotos registradas foi criada no presente texto, demonstrando a eficácia do produto (Ferreira, 2019, p. 38).

Monteverde (2019), em sua dissertação intitulada “A influência da infância diagnóstica no discurso da escola sobre o comportamento infantil”, assim como em nosso estudo, demonstra interesse no conceito de infância como uma construção histórica e social. O autor realiza uma descrição histórica que abrange desde os tempos gregos e romanos até a Idade Média, destacando-se como a infância sobreviveu à industrialização na Inglaterra. Dessa maneira, a infância atravessa os séculos XIX e XX e chega ao Novo Mundo com duas concepções: a lockiana, também conhecida como protestante, e a rousseuniana, também conhecida como romântica (Monteverde, 2019).

O novo sentimento em relação à infância, que surge entre moralistas e educadores no século XVII, influenciou toda a educação até o século XX. Esse sentimento é confirmado por Ariès.

[...] Esses moralistas haviam-se tornados sensíveis ao fenômeno outrora negligenciado da infância, mas recusavam-se a considerar as crianças como brinquedos encantadores, pois viam nelas frágeis criaturas de Deus que era preciso ao mesmo tempo preservar e disciplinar. Esse sentimento, por sua vez, passou para a vida familiar (Ariès 2017, p. 105 apud Monteverde, 2019, p.23).

Também relacionamos uma semelhança entre o estudo de Monteverde (2019) e a nossa pesquisa, pois ambos foram conduzidos em um único CMEI como cenário de investigação, utilização de entrevistas semiestruturadas como abordagem metodológica.

O trabalho de Monteverde (2019) oferece uma valiosa contribuição ao realizar um levantamento histórico do DSM, oferecendo apontamentos críticos para cada versão do manual. Desde a sua primeira edição, o DSM-I, em 1952, o diagnóstico de transtornos mentais na infância vem crescendo de forma assustadora até o DMS IV (Monteverde, 2019).

No entanto, é importante mencionar que nossos estudos seguem metodologias diferentes. Monteverde (2019) justifica sua escolha devido à complexidade do campo de pesquisa, optando por utilizar uma abordagem exploratória, nossa pesquisa adota a cartografia e o estudo de caso como métodos de investigação. Além disso, nossa pesquisa tem um foco específico na compreensão da educação especial, um aspecto que não foi exatamente abordado no estudo de Monteverde.

Botton (2019) se destaca no conjunto de trabalhos acadêmicos como a única tese de doutorado, e sua pesquisa está inserida no âmbito do direito, abordando a relação entre saúde e ambiente escolar. Intitulada “Os direitos à saúde e à educação de meninos e meninas: uma análise sobre a medicalização infantil e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade com base no Programa Saúde na Escola em Santa Maria RS”, uma tese de exame de forma abrangente a intersecção entre saúde e educação, especialmente em relação à medicalização e ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Essa abordagem legal oferece um panorama detalhado das perspectivas legais e políticas relacionadas à medicalização no ambiente escolar, confiante de maneira significativa para o entendimento do tema.

Botton (2019), em seu estudo, embasou-se de maneira doutrinária e jurídica nos direitos à saúde e à educação de crianças e adolescentes, em consonância com a Teoria da Proteção Integral, tomando como marcos jurídicos a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. A metodologia empregada na pesquisa foi moldada através do procedimento

analítico em conjunto com o estatístico, através da tabulação dos dados coletados. No âmbito metodológico, de cunho bibliográfico, as técnicas de pesquisa foram fundamentadas em fontes primárias e secundárias, culminando, por fim, em uma pesquisa de campo quantitativo exploratória, com o objetivo de mapear a situação das crianças e da medicalização infantil, por meio do ponto de vista de professores e médicos ligados à rede municipal de educação e saúde do Município de Santa Maria (Botton, 2019, pág. 9).

Na análise do texto, não identificamos referências a autores relevantes da área, como Foucault, Illich, Moysés e Collares, deixando de lado a menção do conceito de medicalização. Entretanto, é possível inferir que essas influências estão presentes de forma implícita:

Além do tratamento farmacológico adequadamente indicado e receitado, há que se falar no fenômeno social da medicalização infantil. Em razão de comportamentos agitados e/ou desatentos, algumas crianças são encaminhadas para médicos especializados em neuropsiquiatria ou neuropsiquiatria, para que investiguem a suspeita do TDAH.

A criança possui um conjunto de atitudes próprio da fase, podendo dizer que consiste em uma conduta mais ativa e enérgica e, por vezes, os comportamentos mais salientes não estão sendo tolerados como normalidade. Tais elementos, sendo acompanhados de notas baixas, são quase o atestado confirmador do TDAH aos olhos de grande parte de pais e professores.

Desta maneira, os médicos são procurados, a partir do relato de pais e professores que, dependendo de como é descrito, acabam por induzir o uso do medicamento. Como o TDAH é um transtorno que possui uma linha muito tênue com o comportamento infantil, sabe-se que a investigação é fundamental, tanto em razão do impacto que o uso da droga possui no Sistema Nervoso Central, o SNC, como pelos pontos negativos da falta de um tratamento adequado quando o TDAH está realmente presente (Botton, 2019, pág. 9).

O trabalho de Botton (2019) adota uma perspectiva centrada no estudo realizado no município de Santa Maria, onde se concentra no exame da interação entre as Políticas Públicas de Saúde e de Educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), promovido pelo Governo Federal. O foco desta abordagem foi a investigação da realidade, a partir da visão de professores e médicos, no que diz respeito ao TDAH e à medicalização infantil. O objetivo central foi assegurar e resguardar os direitos à saúde e à educação das crianças e adolescentes, alinhando-se com os princípios da Teoria da Proteção Integral. A pesquisa foi conduzida por meio de controles aplicados a ambas as categorias profissionais, com uma ênfase nos professores até o 5º ano do ensino fundamental (Botton, 2019).

Apontamos como um ponto de convergência entre nosso trabalho e a pesquisa de Botton (2019) a discussão sobre os critérios do DSM-5, ela especificamente no contexto dos critérios para o TDAH. A autora ressalta a importância de observar que nem todos os casos de TDAH demandam a necessidade de medicalização. A medicalização é considerada fundamental somente quando o grau do transtorno é acentuado, e a criança necessita de um suporte maior para realizar suas atividades desenvolvidas, minimizando as consequências do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Conforme o grau e o tipo de TDAH apresentado, o médico indicará o tratamento e o acompanhamento mais adequado para a criança (Botton, 2019).

Schnorenberger (2021), em seu estudo, alinha-se de maneira semelhante ao nosso, focalizando a etapa da Educação Infantil (Pré-escolar). Uma pesquisa realizada por Schnorenberger identificou e analisou as relações concretas e históricas que envolvem o fenômeno da medicação no município de Toledo, Paraná. Além disso, investigou a interação desse fenômeno com as práticas vivenciadas para o desenvolvimento pleno das crianças na idade pré-escolar dentro das salas de aula da Educação Infantil.

O estudo de Schnorenberger (2021) teve como objetivo central compreender os encaminhamentos realizados por professores e psicopedagogos da rede municipal de educação de Toledo - PR para o campo da saúde. Especificamente, buscou-se investigar se há um apressamento do desenvolvimento psíquico das crianças, impulsionado por uma mentalidade de progresso tecnológico. Além disso, também considerou a preocupação desses profissionais de educação em relação à antecipação das aprendizagens do Ensino Fundamental durante a Educação Infantil, levando à possibilidade de biologizar o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Em termos metodológicos, a pesquisa adotou uma abordagem que inclui a revisão bibliográfica, com a análise de periódicos científicos previamente publicados. Além disso, envolveu a análise documental para coletar dados presentes nas fichas dos alunos da Pré-Escola que foram encaminhados para as áreas de saúde por esses profissionais da educação. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os professores que participam na Educação Infantil (Schnorenberger, 2021, p. 6).

No âmbito de nossos próprios objetivos, a pesquisa de Schnorenberger (2021) revela uma conexão significativa. A abordagem do conceito de medicalização, a discussão sobre o aumento

do uso de medicamentos como Ritalina e Concerta, assim como a problematização dos critérios do DSM-5, todos esses aspectos são paralelos relevantes com o foco e os objetivos de nossa própria investigação.

De acordo com Meira (2012), compreende-se como medicalização —o processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. Desse modo, fenômenos de origem social e política são convertidos em questões biológicas, próprias de cada indivíduo (Meira, 2012, p. 136 apud Schnorenberger, 2021, p. 25).

As nossas pesquisas não apresentam diálogo quando Schnorenberger (2021) explora o “Serviço de Psicopedagogia” sendo este definido como:

A definição de normas de serviço também se reafirma e cabe ao professor psicopedagogo a realização de diagnóstico e a intervenção junto ao aluno, mediante a utilização de instrumentos, métodos e técnicas próprias, com a finalidade de conhecer e de compreender como o educando aprende. A coordenação do serviço de psicopedagogia é centralizada na Secretaria Municipal da Educação - SMED formada por professores psicopedagogos e a ela cabe apoiar os professores do serviço na realização de trabalhos em espaços institucionais, na supervisão, organização, orientação, coordenação e na efetivação dos cursos de capacitação na área de atuação dos psicopedagogos.

O professor psicopedagogo é o profissional pedagogo, que assume esta função, não tendo cargo específico nem concurso próprio, e deve receber assessoria constante da equipe de coordenação psicopedagógica da SMED, com objetivo de fortalecer a sua formação continuada, e auxiliar na identificação, na compreensão e na análise das questões que são levantadas na escola, sobre os comportamentos dos alunos, durante o processo (Schnorenberger, 2021, p. 68).

Nos chama atenção a discussão sobre o DSM-5 quando Schnorenberger (2021) nos convida a considerar outros olhares da psiquiatria fora do âmbito americano, como no caso da psiquiatria francesa:

Portanto, é primordial, a necessidade de repensarmos o próprio conceito de diagnóstico; tomamos como exemplo positivo a avaliação realizada na França, com base na Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA), traçamos o comparativo que enquanto a psiquiatria norte-americana, tendo o DSM como preceito, conceitua o TDAH como um distúrbio biológico, psiquiatras franceses conceituam-no como um distúrbio psicossocial. Dessa forma, a abordagem norte-americana encoraja tratamentos biológicos (tais como psicoestimulantes), ao passo que, com excelência, a abordagem francesa indica tratamentos psicossociais (como a psicoterapia, educação parental e formação de professores) (Schnorenberger, 2021, p. 95).

Ainda nesse sentido, corrobora a nota de rodapé do trabalho de Schnorenberger (2021) ao apresentar a CFTMEA:

A Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente - CFTEMEA foi desenvolvido em 1983 por psiquiatras infantis franceses em contraposição direta ao sistema DSM. A psiquiatria francesa percebia os critérios de diagnóstico do DSM como excessivamente reducionistas e inapropriados ao contexto francês (Valle, 2013 apud Lucena, 2016, p. 73 apud Schnorenberger, 2021, p. 95).

A pesquisa de Oliveira (2022) emerge em meio à complexidade da Pandemia da Covid-19, onde os desafios cotidianos e a adaptação às rigorosas medidas de biossegurança foram se tornando uma constante. Da mesma forma que nossa investigação, o cerne de seu estudo se volta para a Educação Infantil. Alicerçado em um referencial teórico que engloba vozes respeitadas como Moysés, Collares e Illich, entre outros, a autora também confronta a influência do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) que, ao acentuar perspectivas biológicas, contribui para a patologização da infância, promovendo a precocidade na identificação de “transtornos” com base em comportamentos infantis (Oliveira, 2022).

Aprofundando a análise, Oliveira (2022) se dedica a escrutinar os processos intrincados de medicalização e patologização no âmbito escolar, direcionando seu olhar investigativo para compreender a gênese dos diagnósticos e laudos médicos dentro de um contexto específico: um Centro Municipal de Educação Infantil. Seu objetivo é desenvolver a maneira como esses diagnósticos interagem com as práticas pedagógicas, identificando os pontos de convergência e divergência que moldam essa relação complexa.

Algo muito interessante no trabalho de Oliveira (2022) é a abordagem da discussão sobre a medicalização no Mercosul:

O debate acerca da medicalização da educação e da vida tem crescido em contexto mundial no campo da primeira infância. Em se tratando de Mercosul, abarca o Brasil, Argentina, Uruguai e Chile por meio de reuniões das Altas Autoridades em Direitos Humanos na busca pela implementação de ações relativas à iniciativa denominada de “Ninõsur”, que consiste em atenção por parte dos Estados e da sociedade em geral para o tema da medicalização indiscriminada de crianças e adolescentes em diversos âmbitos (Oliveira, 2020, p. 14).

À medida que percorremos as nuances desses estudos acadêmicos, um mosaico complexo de perspectivas sobre a medicalização infantil e seu impacto na educação emerge, revelando interconexões surpreendentes e questionamentos essenciais. Assim, que traçamos esses paralelos, emerge um quadro enriquecedor de perspectivas interligadas, compartilhando pontos de contato e dissonância, enquanto avançamos na compreensão da complexa relação entre medicalização, educação e desenvolvimento infantil. Essas contribuições enriquecem nossa

própria jornada, instigando-nos a explorar ainda mais as implicações desses temas em nosso contexto e a considerar a pluralidade de vozes que moldam o cenário da medicalização na educação infantil.

3 CARTOGRAFIA TEÓRICA: MAPEANDO TERRITÓRIOS CONCEITUAIS

Caro leitor, neste capítulo, apresentaremos o embasamento teórico que sustenta o desenvolvimento de nossa dissertação. Seguindo a perspectiva de Lakatos e Marconi (2017), a teoria de base no trabalho de dissertação transcende a mera descrição dos fatos levantados empiricamente; ao contrário, busca problematizar os dados obtidos. Portanto, torna-se imperativo estabelecer uma dinâmica sólida entre a pesquisa e o arcabouço teórico, selecionando um modelo que sirva de alicerce à compreensão crítica dos dados e fatos colhidos. Cada projeto de pesquisa deve incorporar as premissas ou pressupostos teóricos que nortearão a abordagem do pesquisador (Lakatos e Marconi, 2017). Além disso, essa abordagem não se restringe a um mero relatório, mas sim busca aprofundar-se no desenvolvimento de uma compreensão enriquecedora e problematizadora dos resultados.

Em nosso estudo intitulado “Processos de Medicalização das Infâncias: Cartografias em um Centro Municipal de Educação Infantil”, o conceito de biopoder, desenvolvido por Foucault, desempenha um papel crucial na análise das dinâmicas presentes nos processos de medicalização das crianças que são público-alvo da educação especial nesse contexto específico. Ao explorarmos as origens do conceito de biopoder, estabelecemos uma conexão direta com nossa investigação sobre a medicalização das infâncias, considerando as implicações sociais envolvidas. Além disso, as práticas diagnósticas serão problematizadas à luz do conceito de medicalização.

Nossa pesquisa examina como as práticas de medicalização se manifestam no ambiente do CMEI. A comparação entre o poder disciplinar, que se concentra no controle dos corpos individuais, e o biopoder, que abrange a gestão da vida coletiva, oferece uma compreensão aprofundada de como esses conceitos influenciam os processos de diagnóstico, tratamento e intervenção direcionados às crianças PAEE. Enquanto as disciplinas buscam moldar indivíduos produtivos e dóceis, a biopolítica visa alcançar o equilíbrio populacional e sua regulação, enfatizando o controle e a normatização das populações (Castro, 2009, p. 60).

Assim, a análise do conceito de biopoder de Foucault em nosso estudo proporciona uma compreensão mais profunda dos processos de medicalização que ocorrem nas infâncias no âmbito educacional investigado. Ao mapear as intersecções entre o biopoder e os processos de

medicalização, almejamos oferecer perspectivas sobre as implicações, motivações e consequências dessas práticas para as crianças que são PAEE.

Foucault define o biopoder como uma forma de poder que tem como alvo a população e busca gerenciar a vida dos indivíduos em suas dimensões físicas, psicológicas e sociais. Trata-se de uma tecnologia política que visa regular e controlar os corpos e as condutas, moldando a vida em conformidade com normas e padrões preestabelecidos. Nesse sentido, a medicalização da infância pode ser entendida como uma estratégia de biopoder, que transforma questões sociais e educacionais em problemas individuais a serem tratados por meio de intervenções medicamentosas.

3.1 MAPEANDO O CONCEITO DE BIOPODER

Um conceito fundamental que atravessará o cerne de nosso trabalho é o de biopoder, cunhado por Michel Foucault, um filósofo francês que viveu entre 1926 e 1984. Foucault destacou-se por suas análises profundas sobre o poder e desenvolveu uma abordagem cronológica própria para compreender essa complexa questão. Em contraposição à ideia de um poder de essência fixa, ele argumentou que o poder se reinventa de maneira constante ao longo da história, de acordo com as necessidades.

Seguindo a pista dado por Edgardo Castro em “Vocabulário de Foucault” (2009), podemos identificar algumas fontes-chave para compreender o conceito de biopoder proposto por Michel Foucault. Entre essas fontes, destacam-se o último capítulo de “A vontade de saber” e o curso proferido em 17 de março de 1976, intitulado “Em defesa da Sociedade”. Esses textos são considerados fundamentais para a compreensão do biopoder (Castro, 2009, p. 57).

No ensaio “Em Defesa da Sociedade: Aula de 17 de Março de 1976”, Foucault explora um vasto território de ideias que giram em torno da evolução do poder ao longo da história. O prólogo do texto apresenta um prelúdio intrigante para a análise subsequente. Ao abordar a transição do poder de soberania para o poder sobre a vida, Foucault mergulha nas nuances do controle e da regulação social. A dinâmica entre “fazer viver e deixar morrer” emerge como uma questão central, onde o controle estatal passa a se manifestar não apenas sobre indivíduos, mas também sobre a própria vida em sociedade (Foucault, 2005, p. 284).

Através de uma abordagem que parte do “homem-corpo” para o “homem-espécie”, Foucault explora como o conceito de biopoder surge, destacando a emergência do controle estatal sobre os aspectos reprodutivos e populacionais. Esse poder abrangente encontra sua expressão em várias áreas de aplicação, desde a regulação da população até a gestão da morte. Foucault traça conexões complexas entre a disciplina, a regulamentação e temas como a sexualidade e a norma social, fornecendo uma análise profunda das estruturas que moldam a sociedade (Foucault, p. 284, 2005).

O biopoder, entrelaçado com questões de racismo, também é explorado à medida que Foucault revela como o poder estatal se manifesta em diferentes aspectos da vida cotidiana, inclusive no surgimento e perpetuação do racismo. Dessa forma, Foucault conduz os leitores através de uma jornada que explora as múltiplas facetas do poder e suas interações intrincadas com a sociedade e os indivíduos (Foucault, p. 284, 2005).

Por muito tempo, um dos privilégios característicos do poder soberano fora o direito de vida e morte. Sem dúvida, ele derivava formalmente da velha *patria potestas* que concedia ao pai de família romano o direito de “dispor” da vida de seus filhos e de seus escravos; podia retirar-lhes a vida, já que a tinha “dado”. O direito de vida e morte, como é formulado nos teóricos clássicos, é uma fórmula bem atenuada desse poder (Foucault, p. 127, 1988).

Um dos tipos de poder identificados por Foucault é o poder soberano, que foi predominante da Idade Média até o Renascimento. Nas sociedades absolutistas pré-democráticas, o soberano exercia um poder absoluto sobre seus súditos, tendo o poder de vida e morte sobre eles. A estratégia de punição pública, dolorosa e exemplar era comum nesse período.

Conforme observado por Foucault (2005), nos séculos XVII e XVIII, emergiram técnicas de poder que tinham sua essência focalizada no corpo, mais precisamente, no corpo individual. Outra forma de poder destacada por Foucault é o poder disciplinar, que se originou entre os séculos XVII e XVIII, também reconhecido como a era “clássica”. Este modelo de poder adquiriu predominância nas sociedades democráticas modernas. A disciplina representa uma tecnologia de poder que se concentra na individualização e no exercício de controle sobre os corpos dos indivíduos, operando por meio de instituições como escolas, quartéis, prisões e conventos.

Foucault apresenta uma cronologia na qual o poder, a partir do século XVII, passou a se organizar em torno da vida, assumindo duas formas principais. A primeira é a disciplina, que consiste em uma anátomo-política do corpo humano. As disciplinas têm como alvo o corpo individual, considerado como uma máquina a ser controlada. A segunda forma é a biopolítica da população, que surge a partir do século XVIII. Nessa abordagem, o foco recai sobre o corpo vivo como suporte dos processos biológicos, como natalidade, mortalidade, saúde e duração da vida (Castro, 2009, p. 57-58).

As duas direções em que se desenvolve ainda aparecem nitidamente separadas, no século XVIII. Do lado da disciplina as instituições como o Exército ou a escola; as reflexões sobre a tática, a aprendizagem, a educação e sobre a ordem da sociedade; elas vão das análises propriamente militares do Marechal de Saxe aos sonhos políticos de Guibert ou de Servan. Do lado das regulações de população a demografia, a estimativa da relação entre recursos e habitantes, a tabulação das riquezas e de sua circulação, das vidas com sua duração provável: Quesnay, Mo-heau, Süßmilch (Foucault, 1988, p. 132).

É importante ressaltar que o biopoder desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento do capitalismo. Ele serviu para garantir a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para ajustar os fenômenos populacionais aos processos econômicos (Castro, 2009, p. 58). Além disso, a sexualidade é um exemplo notável da interseção entre disciplina e biopolítica. Outros exemplos incluem a concepção de cidades ideais, operárias e utópicas no século XIX (Castro, 2009, p. 58).

O conceito de biopoder emerge na Idade Contemporânea, a partir da metade do século XVIII, e permanece presente nas sociedades atuais. O biopoder marca uma evolução em relação ao poder disciplinar. Foucault (2005) destaca o surgimento de algo inovador, uma tecnologia de poder adicional que não exclui a primeira, mas a integra e a modifica em certa medida. Nesse contexto, o poder não se limita ao controle individual, mas se estende ao corpo político como um todo, ou seja, à população. O biopoder engloba ações direcionadas para a administração e controle da vida coletiva, abrangendo âmbitos como saúde, reprodução, migração e segurança.

Uma das razões para a emergência do biopoder foi a ineficácia do poder soberano em lidar com a gestão do corpo em uma sociedade em crescimento demográfico e industrialização. Diante desse cenário, surgiram instituições como escolas, hospitais, quartéis e fábricas de forma intuitiva e local. Posteriormente, no século XVIII, uma nova adaptação do poder foi necessária

para lidar com os fenômenos globais da população e os processos biológicos e sociológicos das massas humanas (Castro, 2009, p. 59).

Na antiguidade, o falecimento marcava a transição de um poder terreno, detido pelo soberano, para o domínio do soberano do além. Era uma mudança de um tribunal para outro, uma mudança de direitos civis e públicos, da vida e da morte, para um direito associado à vida eterna ou à condenação eterna. Representava a passagem de um poder para outro. Além disso, a morte simbolizava a transferência do poder do moribundo para os sobreviventes: palavras finais, recomendações derradeiras, desejos finais e testamentos. Todos esses fenômenos de autoridade eram sujeitos a rituais. Entretanto, em uma época em que o poder consiste cada vez menos no direito de tirar vidas e cada vez mais no direito de intervir para promover a vida, determinando seu curso e moldando o “como” da existência, a morte, como o ponto final da vida, passa a ser o ponto máximo, o limite supremo do poder (Foucault, 2005).

A biopolítica, conforme entendida por Foucault, refere-se à racionalização dos problemas governamentais relacionados à população como um todo, a partir do século XVIII. Ela abrange questões como saúde, higiene, natalidade, longevidade e raça. A biopolítica está preocupada com: A proporção de nascimentos, óbitos e taxas de reprodução da população, ou seja, a demografia; As doenças endêmicas e sua natureza, extensão, duração e intensidade, assim como a higiene pública; O envelhecimento e as doenças que afastam os indivíduos do mercado de trabalho, além de seguros individuais e coletivos e aposentadoria e por fim as relações com o meio geográfico e o clima, incluindo urbanismo e ecologia (Castro, 2009, p. 59-60).

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (Foucault, 2005, p. 291).

Ao compararmos o poder disciplinar com o biopoder, podemos distinguir esses dois conceitos em diversos aspectos essenciais. Enquanto o poder disciplinar concentra sua atenção no corpo individual, as lentes da biopolítica se expandem para englobar o corpo coletivo, a população e a condição humana enquanto integrantes de uma espécie biológica. Enquanto as disciplinas examinam fenômenos singulares, a biopolítica dirige seu foco para fenômenos de massa, que se desdobram em séries e perduram no tempo. Enquanto as disciplinas aplicam mecanismos de

treinamento corporal, como vigilância hierárquica, avaliações individuais e práticas repetitivas, a biopolítica emprega abordagens de previsão, estimativas estatísticas e estratégias globais. Quanto às metas, as disciplinas visam moldar corpos que sejam economicamente produtivos e politicamente dóceis, ao passo que a biopolítica aspira a alcançar o equilíbrio populacional, estabelecendo sua homeostase e regulação (Castro, 2009, p. 60).

A compreensão do conceito de biopoder, conforme desenvolvido por Foucault, nos permite lançar uma luz sobre a influência do poder nas práticas pedagógicas, como a avaliação, a elaboração de relatório para profissionais da medicina e a própria medicalização. O biopoder, intrinsecamente ligado à gestão e ao controle da vida das comunidades, abrange uma gama de aspectos que incluem saúde, reprodução, migração e segurança. Nesse sentido, é crucial refletir sobre como as práticas de controle e medicalização são moldadas por essa lógica de controle e normalização dos corpos, especialmente desde a fase da infância.

O conceito de biopoder, conforme Foucault (2008), refere-se a uma forma de poder que regula não apenas os corpos individuais, mas também a vida coletiva em suas dimensões sociais, psicológicas e físicas. No contexto da educação infantil, o biopoder se manifesta através de práticas disciplinares, normas pedagógicas e políticas que regulam o desenvolvimento das crianças, muitas vezes invisibilizando suas subjetividades em favor de um modelo normativo de desenvolvimento. Isso pode ser observado, por exemplo, nas práticas de avaliação diagnóstica e intervenção médica que se sobrepõem às experiências individuais da infância, como o uso de laudos médicos para justificar o comportamento de crianças que pertencem ao público-alvo da educação especial.

3.2 TERRITÓRIOS DA MEDICALIZAÇÃO

Outro conceito fundamental para a nossa pesquisa é a medicalização. Para tanto, utilizaremos autores que exploraram e desenvolveram esse conceito, tais como Illich, Foucault, Donnangelo, Patto, Moysés e Collares.

O sociólogo Ivan Illich destacou-se como um dos pioneiros e críticos mais radicais ao questionar o avanço do conhecimento e do poder médico na sociedade. No influente livro *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina* (1975), Illich começa afirmando:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (Illich, p. 6,7, 1975).

Aqui selecionamos para destacar três conceitos essenciais: a Iatrogênese Clínica, Iatrogênese Social e a Iatrogênese Estrutural. No entendimento de Illich, a iatrogenia clínica é definida como:

O autor propõe a ideia de uma patologia advinda da atuação da medicina sobre a vida, a qual chamará de iatrogênese (iatros = médico; genesis = origem). A iatrogênese clínica se refere às doenças que são causadas pelos cuidados com a saúde de modo geral, desde efeitos negativos decorrentes do uso de remédios de forma descontrolada até a postura negligente dos profissionais de saúde (Silva; Canavêz, 2018).

De acordo com Illich (1975), a iatrogênese clínica refere-se aos diversos efeitos secundários que, embora sejam diretos, resultam da terapêutica médica. Ele ressalta que o consumo excessivo de medicamentos não apenas prejudica a saúde física, mas também afeta a relação entre médico e paciente. Enquanto o médico se preocupa em validar a eficácia técnica de suas ações, o paciente acaba submetendo seu corpo a uma regulação externa, tornando-se, assim, dependente desse processo.

Illich (1975, p. 31) descreve a iatrogênese social como um efeito indesejado e prejudicial decorrente do impacto social da medicina, que vai além da ação técnica direta. Ele argumenta que a instituição médica pode ser responsável por sintomas clínicos que não surgiriam apenas pela intervenção de um único médico. Em essência, a iatrogênese social resulta em uma desarmonia entre o indivíduo e seu ambiente social e físico, levando à perda de autonomia e controle sobre suas próprias ações e o meio ao seu redor.

A iatrogênese social, por sua vez, abrange a geração de dependência da sociedade em relação às premissas médicas, resultando em uma postura passiva e na diminuição da autonomia diante das condições de saúde ou doença. Illich também explora os desdobramentos desse fenômeno na sociedade, que tende a impor um conhecimento sobre o indivíduo, resultando na perda de sua autodeterminação. Ele sugere que a saúde individual é prejudicada devido à tendência da medicalização em fomentar uma cultura de morbidade na sociedade. Nesse contexto, a

iatrogenia social se manifesta como um impacto indesejado e prejudicial na esfera social, que ultrapassa os efeitos diretos das ações médicas (Silva; Canavêz, 2018).

Ilich (1975) argumenta que a iatrogênese estrutural resulta em uma regressão do nível de saúde, entendida como a capacidade de adaptação do indivíduo consciente. Ele destaca que essa regressão se manifesta através de uma síndrome que reflete a perda de saúde, explorada por dois fenômenos principais. O primeiro é a colonização médica, na qual a humanidade, a única espécie que possui consciência de sua fragilidade, enfermidade, dor e mortalidade, transforma a experiência da dor em um problema técnico. A capacidade de perceber a dor é parte da adaptação crítica ao ambiente que constitui a saúde humana. O segundo fenômeno é a alienação da dor, onde a civilização moderna, ao colonizar culturas tradicionais, despersonaliza o sofrimento, retirando seu significado íntimo e transformando a dor em um problema técnico a ser solucionado.

Foucault investigou profundamente o conceito de medicalização, um elemento que estamos prontos para integrar na nossa análise sobre esse fenômeno. De acordo com Castro (2009), o exercício contemporâneo do poder tem sua essência na normalização tanto de indivíduos quanto de coletivos. Nesse contexto, a medicina desempenha e continua a desempenhar um papel central na configuração desse tipo de poder. Enquanto os juristas dos séculos XVII e XVIII nutriam para um sistema social guiado por códigos legais codificados, Foucault propõe que os médicos do século XX estão influenciando a construção de uma sociedade fundamentada na norma, em contraste com a lei.

A ênfase não está mais nos códigos que regem a sociedade, mas sim na distinção em evolução constante entre o que é considerado normal e o que é categorizado como patológico. Essa distinção se transforma em uma tarefa incansável, visando a restauração do equilíbrio dentro do sistema de normalidade (Castro, 2009, p. 299). Como um exemplo específico no âmbito deste estudo, vamos explorar o DSM-5 como uma ferramenta classificatória na psiquiatria.

As sociedades modernas estão submetidas a um processo contínuo e indefinido de medicalização. As condutas, os comportamentos, o corpo humano, a partir do século XVIII, integram-se a um sistema de funcionamento da medicina que é cada vez mais vasto e que vai muito mais além da questão das enfermidades. O termo “medicalização” faz referência a esse processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico (Castro, 2009, p. 299).

A nova nosografia médica que surgiu no final do século XVIII é caracterizada por uma abordagem privilegiada na medicalização das crianças e famílias, elevando a higiene a um patamar de destaque e posicionando a medicina como um meio de controle social. Essa evolução desempenha um papel duplo: por um lado, vê-se a família, ou mais precisamente, a interseção entre família e filhos, transforma-se na primeira fronteira da medicalização dos indivíduos. Por outro lado, a medicina assume um papel cada vez mais proeminente nos aparatos administrativos e governamentais do Estado, permaneceu não somente como uma ciência de tratamento de enfermidades, mas também como uma técnica global de cuidados com a saúde (Castro, 2009, p. 300).

medicalização indefinida: a medicina impõe-se aos indivíduos como um ato de autoridade, o domínio de intervenção da medicina já não concerne apenas às enfermidades, mas à vida em geral. “Hoje, a medicina está dotada de um poder autoritário com funções de normalização que vão mais além da existência das enfermidades e da petição do enfermo”. Por outro lado, também dentro dessa extensão sem limites do campo de intervenção da medicina, a saúde converte-se em um bem de consumo. Assim, o corpo humano entrou duas vezes no mercado: primeiro, pelo salário, quando o homem vendeu sua força de trabalho; depois, mediante a saúde (Castro, 2009, p. 300).

No final do século XVIII, o conhecimento médico ingressa no ambiente escolar com a tarefa de identificar indivíduos considerados “anormais”, em consonância com o despertar da preocupação em torno das dificuldades de aprendizado. Nesse contexto, a falta de progresso no aprendizado passa a ser relacionada a elementos orgânicos (Decotelli; Bohrer e Bicalho, 2013). Assim como Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013) abordam, neste ponto de nossa pesquisa, direcionamos nossa atenção para problematizar sobre os processos de medicalização na infância.

A emergência da norma implica na ascensão de um poder voltado para a gestão da vida, acompanhado por formas de governamentalidade que se entrelaçam com ele. A arquitetura jurídica tradicional que moldou a sociedade nos séculos XVII e XVIII cede espaço a um paradigma de natureza médica, de amplo alcance. Esse deslocamento testemunha a origem de uma “medicina social” que ultrapassa os limites tradicionais de atenção ao paciente e à doença. Um sistema de medicalização coletiva é forjado, orquestrando as “populações” através de ferramentas de administração médica. Esse sistema controla domínios que vão além da saúde individual, abrangendo áreas como demografia, higiene e alimentação. Nessa perspectiva, a sociedade é submetida a uma contínua demarcação entre o normal e o patológico, instituindo

uma estrutura de normalização para comportamentos, existências, atividades laborais e afetos (Revel, 2005, p. 65).

A historiografia foucaultiana remete à ideias imprescindíveis para a compreensão do uso do poder. Esse conjunto de normas permeadas entre os sujeitos que foram essenciais para que fossem alocados aquém da realidade para uma docilidade extrema, essa prática coercitiva Foucault chama de governamentalidade (Alencar; Mota, 2018).

Ao utilizar o termo “governamentalidade”, Foucault está se referindo a um conjunto complexo de instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer uma forma bastante específica de poder que tem como alvo principal a população. Essa forma de poder está intrinsecamente ligada ao conhecimento da economia política e se utiliza de dispositivos de segurança como instrumentos técnicos essenciais. Além disso, “governamentalidade” também se refere à tendência de, ao longo do tempo, a prevalência desse tipo de poder - o governo - sobre outros tipos, como soberania e disciplina (Revel, 2005, p. 54).

Por pensamento medicalizado, eu entendo uma maneira de perceber as coisas que se organiza em torno da norma, isto é, que separa o que é normal daquilo que é anormal, o que não coincide exatamente com a repartição entre o lícito e o ilícito; o pensamento jurídico distingue o lícito do ilícito, o pensamento medicalizado distingue o normal e o anormal; ele se atribui os meios de correção que não são exatamente os meios de punição, mas meios de transformação dos indivíduos, toda uma tecnologia do comportamento do ser humano que está ligada a eles (Revel, p. 65, 2005).

De acordo com o escrito de Ravel (2005), Foucault delinea um panorama em que as disciplinas, juntamente com a normalização por meio da medicalização social, dão origem a uma série de biopoderes que operam simultaneamente sobre os indivíduos em sua singularidade e sobre as populações, guiados pelo princípio da economia e da gestão política. Além disso, Foucault destaca o incentivo de tecnologias de controle comportamental, culminando na formação de uma configuração de poder que persiste, em sua visão, até o final do século XX.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, observa-se uma crescente transferência de problemas inerentes à vida para o domínio médico. Questões coletivas de natureza social e política são geradas em questões individuais de ordem biológica. Esse movimento que equipara o mundo da vida social ao mundo da natureza, ao tratar questões sociais como se fossem biológicos, tende a eximir de responsabilidade as várias instâncias de poder que, dentro de suas estruturas, são geradoras e perpetuadoras desses problemas (Moysés, Collares, 2013).

No contexto brasileiro, Cecília Donnangelo, uma das pioneiras na discussão sobre medicalização, merece destaque. Socióloga e professora da Faculdade de Medicina da USP, ela explorou essa temática em sua tese de doutorado intitulada “Medicina e Estrutura Social: o campo de emergência da medicina comunitária” (1976). Em sua pesquisa, que permanece relevante mesmo após mais de três décadas, Donnangelo examinou a engenharia do projeto de medicalização da sociedade, que se estendeu por quase dois séculos. Ela identificou as diversas maneiras pelas quais esse projeto se manifesta nos tempos contemporâneos, revelando a extensão da prática médica como um componente central desses problemas (Moysés, Collares, 2013).

Especificamente em relação à medicalização da vida de crianças e adolescentes, ocorre a articulação com a medicalização da educação na invenção do não-aprender e com a medicalização do comportamento. A medicina afirma que os graves – e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, medicina, seria capaz de resolver, cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização (Moysés, Collares, 2013).

Na educação infantil, é comum que crianças sejam rotuladas como tendo transtornos de atenção ou hiperatividade, por exemplo, e sejam encaminhadas para intervenções farmacológicas sem uma avaliação mais abrangente de suas necessidades educacionais e sociais. Esse fenômeno da medicalização da infância reflete a crescente influência de discursos médicos e farmacêuticos no contexto educacional, contribuindo para a normalização dos comportamentos das crianças de acordo com padrões estabelecidos (Alencar; Mota, 2018).

Maria Helena Souza Patto é uma referência importante no campo da Psicologia Escolar e da Educação no Brasil, destacando-se por sua crítica incisiva às práticas que perpetuam o fracasso escolar, especialmente em seu livro *A Produção do Fracasso Escolar*. Patto investiga como a escola, ao invés de promover a inclusão, muitas vezes contribui para a psicologização e medicalização dos comportamentos e dificuldades dos alunos. Ela argumenta que essas práticas podem levar à categorização e estigmatização dos estudantes, transformando questões que são, na verdade, sociais em problemas médicos ou psicológicos, desconsiderando o contexto socioeconômico mais amplo que influencia o desempenho escolar. Seu trabalho é uma chamada para uma reflexão crítica sobre o papel da educação na manutenção ou superação das desigualdades Patto (2022).

De acordo com Patto (2022), é possível observar o processo de patologização:

[...] orientada por uma visão rigorosamente individualizante e médica dos “problemas escolares”: qualquer desvio do padrão de conduta valorizado pelas educadoras é visto como patologia que justifica não só o encaminhamento a médicos, psicólogos e classes especiais, mas também a homogeneização de classes por meio de remanejamentos constantes (Patto, p. 332, 2022).

No contexto educacional, além da avaliação, observamos também outra forma de exercício do poder sobre os corpos, que se materializa através de processos de medicalização da infância. Esse fenômeno se refere ao processo por quais questões vinculadas ao comportamento, aprendizado ou desenvolvimento das crianças são enquadradas e abordadas a partir de uma perspectiva médica. Como acompanhamento desse processo, frequentemente se observa o uso excessivo de medicamentos psicoativos.

Conforme exploramos os diversos conceitos cruciais em nossa pesquisa, torna-se evidente a profunda influência da medicalização nas sociedades contemporâneas. A análise desses conceitos, como a iatrogênese clínica, iatrogênese social e iatrogênese estrutural fornece um panorama abrangente das engenharias e complexidades que cercam a relação entre medicina, poder e sociedade. Illich, Foucault, Donnangelo, Patto, Moysés e Collares emergem como vozes críticas que nos convidam a questionar a crescente medicalização da vida e a transformação de questões sociais em problemas individuais.

Problematizamos que a interseção entre o poder médico e o ambiente escolar também é notável. Os processos de medicalização, que se estende para além das doenças, desafia a distinção tradicional entre o mundo social e o mundo natural. As crianças se tornam alvo dessa dinâmica, muitas vezes sendo rotuladas e encaminhadas para intervenções farmacológicas sem uma avaliação completa de suas necessidades educacionais e sociais. Nesse contexto, a normalização dos comportamentos infantis conforme padrões médicos e farmacêuticos parece subjugar as complexidades individuais.

Essas reflexões nos conduzem à essência de nossa pesquisa. Ao explorarmos a medicalização na educação infantil, estamos adentrando um campo complexo e multifacetado, no qual a influência do poder médico se entrelaça com a formação das crianças desde suas fases iniciais de vida. Através da compreensão crítica dos conceitos discutidos, estamos aptos a uma análise mais profunda das interconexões entre avaliação, relatório médico e medicalização da infância.

4 METODOLOGIA: TRAÇANDO AS LINHAS DO PERCURSO

Considerando o tema em questão e suas interligações, foi adotada uma abordagem qualitativa de pesquisa. De acordo com Amorim (2001), a abordagem qualitativa parte do princípio de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência vívida entre o indivíduo e o objeto. A pesquisa é fundamentada na intenção de problematizar os processos de medicalização de crianças que constituem o público-alvo da educação especial e que estão matriculadas no "CMEI Superman", inserindo-os em um contexto cultural mais amplo.

Na pesquisa optou-se por utilizar duas metodologias, estudo de caso e cartografia. Estudo de caso, que segundo André (2005), é um estudo em profundidade, com ênfase na sua singularidade. E a cartografia enquanto se utiliza de suas pistas, considerando que estamos trabalhando em um plano de processualidade onde também somos produtores de dados e não apenas coletores (Duarte, 2020).

Segundo André (2005), o estudo de caso tem ênfase na sua singularidade e considerando os princípios e métodos do estudo de possuir um potencial de contribuição aos problemas da prática educacional, focalizando uma instância em particular e iluminando suas múltiplas dimensões. Ainda para André (2005) o estudo de caso deve ser utilizado, em pesquisas que buscam expandir o conhecimento em profundidade.

Gil (2002) define o Estudo de Caso Coletivo como aquele que tem por objetivo analisar características de uma população. No contexto da nossa pesquisa, é fundamental destacar que a população de interesse será constituída pelos alunos identificados como PAEE. Conforme Gil (2002), a seleção desses participantes é motivada pela convicção de que aprofundar o entendimento desse grupo contribuirá para uma compreensão mais abrangente do ambiente ao qual estão inseridos. Dessa forma, a nossa pesquisa adota a abordagem de Estudo de Caso, concentrando-se na investigação de uma população específica no âmbito de uma unidade de ensino.

O estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos, pois vale-se tanto de dados de gente quanto de dados de papel. Com efeito, nos estudos de caso os dados podem ser obtidos mediante análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observação espontânea, observação participante e análise de artefatos físico (Gil, 2002).

A adoção de duas metodologias, especificamente a cartografia e o estudo de caso, é justificada pelo fato de que, como assinalado por Gil (2002), o estudo de caso se destaca por sua flexibilidade em relação a outras abordagens de pesquisa. Tal flexibilidade naturalmente pode refletir-se na elaboração do relatório, apresentando um grau de formalidade menor quando comparado às exigências de outras pesquisas, e essa particularidade encontra afinidade com a abordagem cartográfica.

O método cartográfico, conforme Passos; Porto e Kastrup (2015), propõe uma leitura processual dos fenômenos, em que o pesquisador assume uma postura de co-participante, acompanhando os processos de subjetivação e produção de sentido ao longo do tempo. Diferentemente do estudo de caso, que busca analisar de forma detalhada uma unidade específica, a cartografia envolve o acompanhamento das transformações que ocorrem no campo de pesquisa, propondo a produção de novos saberes ao longo do processo. Portanto, na presente pesquisa, a cartografia será utilizada para mapear as mudanças nas percepções e práticas dos profissionais do CMEI investigado, enquanto o estudo de caso oferecerá uma análise mais focada nas especificidades dessa unidade escolar.

A cartografia contribuirá para o desenvolvimento da pesquisa com suas ferramentas e pistas como também com a intervenção para isso Segundo Oliveira (2019) Kastrup em uma palestra ministrada no ano de 2007, há presente palestra era sobre a pesquisa e a intervenção como dimensões do mesmo processo, contudo o cerne da questão que se coloca é: Qual é a natureza da intervenção de uma pesquisa cartográfica? Citaremos quatro níveis de intervenção (Oliveira, 2019, apud Kastrup, 2007, informação verbal¹):

1° nível: A intervenção no grupo ou na instituição ou nos participantes da pesquisa, o que a pesquisa produz nessa gente.

2° nível: É a intervenção no próprio pesquisador, o que a pesquisa tem mobilizado no pesquisador.

3° nível: Intervenção na própria pesquisa, esta que pode mudar a própria natureza do problema.

4° nível: É a intervenção em uma área de trabalho, como um trabalho feito ou publicado pode transformar a educação, por exemplo, “como algumas pequenas intervenções podem adquirir um poder de propagação de criarem e transformarem em alguma medida o campo em que ela se insere, claro que nunca é um movimento de tudo ou nada.” (Oliveira, 2019, apud Kastrup, 2007, informação verbal¹).

É necessário buscar, de uma maneira mais sistemática, os dados considerados pelos pesquisadores como os mais relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo. Uma vez que é comum às pesquisas qualitativas gerar um volume significativamente grande de dados que demandam organização e compreensão, haverá, no decorrer da presente pesquisa, um contínuo processo de identificação de dimensões, categorias, tendências, padrões e relações que expressem o seu significado.

Nesse sentido, destacam-se os seguintes procedimentos a serem seguidos na pesquisa, uma vez que a cartografia é apresentada como um método de pesquisa que tem como objetivo mapear e compreender processos complexos, como experiências subjetivas, relações sociais, práticas culturais e políticas públicas. A cartografia não visa capturar a realidade em si, mas sim criar mapas que possam ser úteis para compreender e intervir na realidade de maneira ética, respeitando a diversidade das experiências e perspectivas envolvidas (Passos; Porto; Kastrup, 2015).

Na jornada da pesquisa, quatro gestos da atenção cartográfica são essenciais para o pesquisador. Vamos basear-nos nos quatro gestos da atenção cartográfica apontados por Passos; Porto; Kastrup. (2015). O primeiro gesto é o “Rastreo”, que consiste em acompanhar um fenômeno ou situação, captando suas variações e transformações. Esse tipo de atenção ampla e flutuante busca compreender as nuances e singularidades da experiência. O segundo gesto é o “Toque”, que envolve se aproximar do fenômeno ou situação para identificar suas características mais profundas e íntimas. Essa atenção focada e detalhada busca encontrar as singularidades e diferenças que tornam o fenômeno ou situação única (Passos; Porto; Kastrup, 2015).

Passos; Porto; Kastrup. (2015) também destacam os outros dois gestos que o pesquisador deve considerar: o terceiro gesto é o “Pouso”, que envolve mergulhar na situação ou fenômeno para sentir suas emoções e afetos. Essa atenção busca compreender as emoções e afetos envolvidos, bem como suas implicações subjetivas. O último é o “Reconhecimento Atento”, o quarto gesto, que consiste em retomar o fenômeno ou situação para identificar as conexões e implicações entre as diferentes dimensões da experiência. Essa atenção visa conectar as singularidades e diferenças identificadas nos gestos anteriores, construindo uma visão mais ampla e complexa do fenômeno ou situação (Passos; Porto; Kastrup, 2015).

Como parte dos procedimentos metodológicos, foi necessário submeter o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O projeto foi submetido através da plataforma Brasil, incluindo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborados para os diferentes participantes da pesquisa: diretores, pedagogos, professores e pais. Além disso, os roteiros das entrevistas também foram submetidos. É importante mencionar que o projeto foi aprovado pelo comitê. Adicionalmente, sinalizamos ao leitor que esses documentos se encontram disponíveis como apêndices nesta dissertação.

Além disso, como parte dos procedimentos, foi requerida a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Educação da Serra (SEDU). Inicialmente, estabeleceu-se contato com a gerente de formação, seguindo as orientações fornecidas, foi encaminhado um e-mail com uma carta de apresentação e o projeto de pesquisa. A realização da pesquisa foi, então, autorizada pela SEDU.

No que se refere à produção de dados, os participantes foram providos com uma Carta de Apresentação da Pesquisa juntamente com o TCLE. As entrevistas foram agendadas e realizadas na unidade de ensino, sendo a sala de artes designada para esse propósito. O agendamento ocorreu nas quartas-feiras, aproveitando o dia de planejamento da professora de artes, ficando a sala livre o que também facilitou visto que a sala favorece a acolhida dos entrevistados como um ambiente acolhedor como também a acústica coopera para gravação das entrevistas.

Para a produção de dados, foi mantido um Diário de Bordo para registrar as observações. Além disso, a Coleta Documental aplicada, envolveu a análise de Laudos Médicos, Receitas Médicas, o Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI, o Plano de Vivência dos alunos do público alvo da Educação Especial e a Resolução CMES 203/2022 como documento Norteador da Educação Especial no Município da Serra. Para análise, solicitou-se fotocópia dos documentos relevantes.

Foi investigado o papel dos profissionais envolvidos, como médicos e educadores, na tomada de decisões relacionadas ao processo de diagnósticos. Também foram examinadas as perspectivas e experiências das famílias das crianças, assim como as políticas educacionais e de saúde que influenciam esse processo.

Para tanto, nossos sujeitos de pesquisa foram os pais, professores, pedagogas e a diretora do CMEI que se dispuserem a participar voluntaria e espontaneamente da pesquisa. Essa opção se pauta na hipótese de que tais sujeitos, por serem os principais agentes envolvidos com as crianças. Os participantes da entrevista poderiam deixar a pesquisa a qualquer instante, desde que não se sintam à vontade em participar

De acordo com Gil (2002), a entrevista parcialmente estruturada é conduzida por meio de uma relação de pontos de interesse, que o entrevistador explora ao longo do processo. Essa técnica de produção de dados é amplamente empregada em pesquisas qualitativas. Nesse formato de entrevista, o pesquisador dispõe de uma lista de tópicos ou questões a serem abordados, mas há flexibilidade para explorar os temas de maneira mais aberta e permitir que o entrevistado desenvolva suas respostas com maior profundidade. O objetivo central da entrevista é obter informações do entrevistado sobre um tema ou problema específico (Lakatos; Marconi, 2017).

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas, mediante conversação, obtenha informações a respeito de determinado assunto. É um procedimento utilizado na investigação social, [...] ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (LAKATOS; MARCONI, p. 23, 2017).

A estrutura semiestruturada das entrevistas permite que o pesquisador tenha uma orientação geral do que deseja obter, ao mesmo tempo em que possibilita a inclusão de novas questões emergentes durante o processo. Isso promove uma maior compreensão dos participantes, permitindo que compartilhem suas perspectivas, experiências e conhecimentos de maneira mais aberta e rica.

Lakatos e Marconi (2017) destacam que a utilização de um gravador é recomendada quando o entrevistado concorda com o seu uso. Nesse contexto, dado que a nossa pesquisa envolve entrevistas, estaremos atentos às precauções necessárias. Para a produção de dados, optamos por gravadores digitais, e as gravações foram posteriormente eliminadas após a conclusão das análises. Após a realização das gravações, procedemos à transcrição das entrevistas, as quais foram compartilhadas com os entrevistados para obter sua autorização quanto à publicação das narrativas. Ressaltamos que, em todos os momentos da pesquisa, a confidencialidade dos participantes foi assegurada, adotando-se siglas e nomes fictícios para sua proteção.

A partir dos objetivos elencados nesta pesquisa, estabelecemos a escolha dos sujeitos baseando-se na ideia de promover a participação das famílias e dos diversos profissionais envolvidos no CMEI Superman, buscando uma representatividade para a pesquisa. Esses critérios de inclusão permitem abordar diferentes perspectivas e obter uma visão abrangente sobre os processos de medicalização das crianças público-alvo da educação especial no CMEI.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram os seguintes:

Diretora do CMEI: A diretora do CMEI será incluída como participante da pesquisa, pois desempenha um papel fundamental na gestão da instituição e na implementação das políticas de educação especial.

Pedagoga: Foi selecionada a pedagoga da unidade, do turno vespertino, para representar a equipe pedagógica do CMEI. Essa profissional está envolvida no trabalho com as crianças.

Professores em trabalho colaborativo: Foram escolhidos dez professores que estejam participando ativamente de um trabalho colaborativo relacionado à educação especial no CMEI. Essa seleção visou incluir professores que estiverem engajados em práticas colaborativas e que pudessem contribuir com informações relevantes para a pesquisa.

Pais das crianças matriculadas: Foram convidados seis pais das crianças que estejam matriculadas no CMEI e que se enquadrem no perfil de público-alvo da educação especial. A participação dos pais foi essencial para compreender suas percepções, experiências e vivências.

De acordo com Alberti (2004), em pesquisas que se concentram na construção de experiências e conhecimentos na educação, é essencial selecionar os entrevistados com base na posição deles no grupo e no significado de suas experiências. A escolha não deve ser orientada principalmente por critérios quantitativos ou preocupação com amostragens, mas sim com a participação ativa, vivência ou conhecimento das situações relacionadas às entrevistas.

Após cruzar os dados obtidos, ou seja, a triangulação, com o desenvolvimento da presente pesquisa, com base no aporte teórico, procedeu-se à discussão dos dados, efetuando-se reflexões e a elaboração do relatório da pesquisa, no formato de dissertação de mestrado bem como na elaboração de produto educacional.

5 DADOS EM FOCO: ANÁLISE E DISCUSSÃO ATRAVÉS DA CARTOGRAFIA

Neste capítulo, apresenta-se o percurso de produção dos dados da pesquisa e a discussão dos resultados obtidos. A análise buscou compreender os dados com base nos objetivos da pesquisa.

A discussão dos resultados estabeleceu uma relação entre os dados produzidos e o referencial teórico, proporcionando uma compreensão das implicações e contribuindo para o campo de estudo da medicalização. Essa etapa foi crucial, pois está diretamente ligada às questões de pesquisa. Creswell (2014) destaca que a análise de textos, juntamente com outras formas variadas de dados, apresenta um desafio significativo para os pesquisadores que utilizam métodos qualitativos.

Caro leitor, para proporcionar uma compreensão mais detalhada da análise de dados que se segue, gostaria de reiterar o objetivo geral e os objetivos específicos desta pesquisa. O objetivo geral deste estudo é problematizar os processos de medicalização em crianças que são o público-alvo da educação especial.

O primeiro objetivo específico apresentar a proposta de educação especial do município da Serra, conforme estabelecido pela Resolução CMES 203/2022, detalhar a proposta do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos que são o público-alvo da educação especial, e investigar o trabalho colaborativo entre os profissionais desta unidade.

O segundo objetivo é investigar o processo de diagnóstico médico das crianças, analisando os instrumentos utilizados, os critérios adotados e as práticas envolvidas, para compreender como o diagnóstico foi realizado e como culminou no laudo médico. Também se pretende identificar a presença de prescrição medicamentosa, suas finalidades alegadas e verificar a indicação clínica de outros processos terapêuticos. Por fim, o terceiro objetivo é discutir a ampliação dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), considerando-os como instrumentos para diagnóstico.

Seguindo a perspectiva de Lakatos e Marconi (2017), a entrevista foi utilizada como um dos principais procedimentos para a produção de dados nesta pesquisa. Conforme mencionado pelos autores, a entrevista é um encontro entre duas pessoas, no qual uma busca obter

informações sobre um determinado tema por meio de uma conversação de natureza profissional. Neste contexto, foi adotado o método da entrevista semi-estruturada, que, de acordo com Lakatos e Marconi (2017), oferece liberdade ao entrevistador para desenvolver a conversa em direções que considere adequadas, permitindo a exploração mais ampla dos assuntos abordados. Assim, as perguntas feitas durante as entrevistas foram abertas, o que possibilitou uma troca informal, porém direcionada.

As entrevistas foram conduzidas com professoras e mães de crianças que fazem parte do público-alvo da educação especial no CMEI Superman. As professoras foram identificadas por letras para garantir o anonimato, sendo que todas elas foram relacionadas ao respectivo turno: Professoras A, B, C, D (matutino) e Professoras E, F, G, H, I (vespertino). A Professora I atua como professora de educação especial (Deficiência Intelectual) no turno vespertino, enquanto a Professora D, que leciona no matutino, também é mãe de Helena, uma estudante do CMEI, e menciona sua outra filha, Laura, que não estuda na mesma instituição. A pedagoga do vespertino também participou da pesquisa, assim como a diretora da escola.

Além das professoras, os pais de algumas crianças foram entrevistados, cujos nomes foram modificados para preservar sua privacidade. Entre os responsáveis entrevistados estão a mãe de Clara, a mãe de Camila, a mãe de João, o pai de Marcelo e o pai de Bento.

Esse processo de produção de dados foi enriquecido com tabelas, quadros e gráficos, que serão apresentados ao longo do capítulo. As informações coletadas foram organizadas nas Tabelas 6 a 10, Quadros 1 a 24, e nos Gráficos 1 a 5, oferecendo uma visualização clara das análises realizadas. A seguir, a discussão dos resultados conectará os dados obtidos aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico, fornecendo uma compreensão aprofundada das implicações para o campo da medicalização da infância e da educação especial.

O diário de bordo nesta pesquisa se configurou como uma ferramenta fundamental para a cartografia, permitindo o registro contínuo e fluido das experiências vivenciadas no campo. Em conformidade com os quatro gestos da atenção cartográfica descritos por Passos, Porto e Kastrup (2015), o diário de bordo serve como um espaço onde o rastreamento, o toque, o pouso e o reconhecimento atento se encontram. Através dos relatos, o fenômeno do trabalho colaborativo é acompanhado em suas variações, afetos e singularidades, proporcionando uma compreensão mais profunda do cotidiano escolar e das relações que envolvem a educação especial.

Cada entrada no diário reflete uma cartografia viva, onde as interações, emoções e tensões são capturadas e transformadas em dados, permitindo que o pesquisador não apenas observe, mas também participe do processo de construção de significados. Assim, os quatro diários de bordo apresentados neste capítulo revelam as linhas e fluxos que compõem a experiência do professor de educação especial, estabelecendo uma conexão direta entre a prática cotidiana e a análise teórica da medicalização e da inclusão escolar.

5.1 MUNICÍPIO DA SERRA: MAPEANDO A PROPOSTA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município da Serra, situado no estado do Espírito Santo, destaca-se como a cidade mais populosa e em constante desenvolvimento da Grande Vitória. Com uma área total de aproximadamente 553 km², a Serra possui uma população diversa e crescente, influenciada tanto pelo seu contínuo crescimento urbano quanto pela atração de atividades industriais e comerciais.

A localização estratégica do município, próxima ao litoral e com fácil acesso às principais rodovias do estado, consolida a cidade da Serra como um importante polo econômico e residencial. Essa diversidade entre áreas urbanas em expansão e regiões mais rurais faz do município um cenário relevante para estudos que abordam temas de urbanização, saúde pública, desenvolvimento social e educação. A pesquisa realizada nesse contexto busca compreender melhor os processos de medicalização em uma unidade da educação infantil, mas a pesquisa poderá contribuir para reflexões de todo o sistema de ensino IBGE (2024).

Para contextualizar a educação no município da Serra, selecionamos como produção de dados a fala da professora Nilcea Elias Rodrigues Moreira, da Gerência de Formação Continuada (GEFOR), realizada durante a Assembleia Municipal de Educação (AMED 2023) no período matutino, que ocorreu no dia 09 de agosto de 2023, de modo remoto, pela plataforma do YouTube, no canal do Conselho Municipal de Educação da Serra (CMES).

A AMED teve duração total de 3 horas e 13 segundos, e a fala da professora Moreira ocorreu entre os minutos 27:50 e 49:09, totalizando pouco mais de 20 minutos. Na sua apresentação, intitulada “Ações Articuladas entre o Planejamento Estratégico SEDU-Serra e o Plano Municipal de Educação da Serra”, foram utilizados slides em PowerPoint, e esses dados foram analisados na nossa pesquisa. Daremos ênfase aos dados relativos à Educação Infantil e

Especial, uma vez que estão diretamente relacionados com o objetivo do nosso estudo (Moreira, 2023).

No contexto da educação infantil (creche e pré-escola), o Plano Municipal de Educação da Serra (PMES) Moreira (2023) apresentou a “Meta 1: universalizar até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade e ampliar a educação infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos até o final da vigência deste PME.” Para alcançar essa meta, foram destacadas ações como a inauguração de novos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) nos anos de 2015 (5 CMEIs), 2016 (7 CMEIs), 2018 (1 CMEI), 2019 (1 CMEI), 2020 (2 CMEIs) e 2022 (2 CMEIs). Como resultado dessas inaugurações, o município passou a contar com 18 CMEIs a mais na rede de ensino ao longo desse período (Moreira, 2023) sinalizamos que somados estes o município passou a ter 63 CMEIs ao todo na sua rede de ensino.

Conforme destacado por Moreira (2023), o município da Serra tem se esforçado para ampliar o acesso à educação infantil, especialmente no que se refere à inclusão de crianças do Público Alvo da Educação Especial (PAEE).

Nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), o quantitativo de matrículas na faixa etária de 0 a 3 anos (creche) é de 7.489 crianças, das quais 504 são do PAEE, representando uma atenção significativa a essa população dentro das creches. Na pré-escola (4 e 5 anos), o número de matrículas é ainda maior, totalizando 13.891 crianças, das quais 913 são PAEE. Esses números evidenciam o compromisso do município com a inclusão e a oferta de educação especializada para crianças com necessidades educacionais específicas, garantindo acesso e suporte adequados desde os primeiros anos de vida escolar (Moreira, 2023).

Para complementar as informações, utilizei os dados finais apresentados pela Secretaria Municipal de Educação da Serra (SEDU) no **Monitoramento do Plano Municipal da Educação - Síntese (Dezembro/2023)**. A seguir, apresento uma tabela com os dados de dezembro de 2023, incluindo informações complementares fornecidas pela AMED, considerando que esses dados refletem a conclusão do ano letivo (Serra, 2023).

Tabela 6 – Dados de Matrículas na Educação Infantil do Município da Serra – 2023

Educação Infantil:			
- Matrículas efetivadas em 2023: 21.055			
- Número de CMEI: 76			
Creche		Pré-Escola	
Tempo parcial	7.231	Tempo parcial	13.579
Tempo Integral	110	Tempo Integral	135
Total	7.341	Total	13.714

Fonte: Coordenação de Planejamento e Controle de Matrículas da SEDU-Serra (2023).

Segundo Moreira (2023), durante a apresentação da “Meta 4: universalizar, para a população de 4 a 17 anos, o atendimento escolar aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e o atendimento educacional especializado na rede regular de ensino e nas salas de recursos multifuncionais”, foram destacados diversos avanços e iniciativas. Entre as ações mencionadas, destacou-se a reformulação das Diretrizes da Educação Especial por meio da Resolução CMES 203/2022, que contou com a participação dos Conselhos Municipais, do Ministério Público e do Coletivo de Mães. Além disso, foi criado um canal de atendimento específico para as famílias das crianças e estudantes que fazem parte do público-alvo da Educação Especial.

A palestrante também mencionou a ampliação de vagas para professores de educação especial, estagiários e cuidadores, além da atualização dos projetos arquitetônicos das unidades de ensino para atender às normas da ABNT-NBR-9050. Em 2023, foi realizada a formação continuada com o tema “Educação Especial: Deficiência Intelectual”, resultando na certificação de 454 cursistas. Finalmente, Moreira (2023) ressalta que a apresentação foi concluída com o planejamento de ações para o período de 2023-2024, destacando o VII Seminário de Educação Especial, que visa compartilhar práticas pedagógicas inclusivas desenvolvidas nas unidades de ensino.

Foi apresentado um canal de comunicação para que as famílias possam entrar em contato com a equipe de Educação Especial do município.

Canais de Comunicação Educação Especial

A Prefeitura da Serra, por meio da Secretaria Municipal de Educação da Serra, torna público os seus canais de comunicação para atendimento exclusivo às famílias de crianças/estudantes da Educação Especial da rede municipal.

São eles:

E-mail: educacaoespecial.sedu@serra.es.gov.br

Canal de Comunicação: Celular/WhatsApp: (27) 98166-0903 / 3291-4210

Ainda estão disponíveis os números da Ouvidoria do Município: 162, 0800 283 9780 e 3291-2011 (Serra, 2024).

Ao analisar a disponibilização de um canal de comunicação exclusivo para a Educação Especial no site da prefeitura, é possível perceber tanto aspectos positivos quanto desafios potenciais. Por um lado, o fato de haver um canal específico demonstra uma preocupação em atender de maneira dedicada as necessidades de famílias e estudantes que se encontram em situações de vulnerabilidade educacional. Essa iniciativa pode ser vista como um avanço na promoção da inclusão, ao garantir que essas famílias tenham um acesso facilitado e direcionado aos serviços e informações que necessitam.

Por outro lado, a existência de um canal exclusivo pode levantar questionamentos sobre a segregação de serviços, ao invés de uma integração plena no sistema educacional. Isso pode sugerir que a Educação Especial ainda é tratada como um setor à parte, o que pode reforçar a ideia de que esses estudantes não fazem parte do cotidiano escolar comum. Além disso, a segmentação pode dificultar a troca de informações e experiências entre os diferentes setores da educação, o que é essencial para a construção de uma escola verdadeiramente inclusiva.

Portanto, a criação de um canal de comunicação específico para a Educação Especial pode ser vista como um reflexo tanto de um esforço para melhorar o atendimento especializado quanto de uma limitação na integração plena desses serviços ao sistema educacional geral.

O Quadro 1 apresenta a fala da Professora F, que discorre sobre sua avaliação da educação especial sob uma perspectiva inclusiva. Sua fala reflete uma visão positiva sobre os avanços realizados ao longo dos anos, mas também destaca os desafios ainda existentes. A professora enfatiza a necessidade de uma atenção maior das autoridades para acelerar esses avanços, e aponta a importância de um olhar para cada criança para garantir que os alunos com necessidades especiais possam participar plenamente do ambiente escolar, respeitando suas particularidades e limitações. A fala da professora oferece um ponto de vista valioso para a análise da inclusão no contexto educacional, reforçando o impacto que o processo de inclusão tem tanto para os alunos quanto para os professores.

Quadro 1 – Fala da Professora F.

Pesquisador: Como é que você avalia a educação especial na perspectiva inclusiva?

Professora F: A educação especial, para mim, **eu avalio de uma maneira positiva** e, como disse, tem melhorado. Mas os passos têm sido lentos. **Acho que deveria haver uma concentração maior de atenção por parte das nossas autoridades, porque vemos que tem melhorado. Isso tem beneficiado não só a vida de quem é público-alvo, mas também a vida de quem convive com eles.**

Então, a educação especial, para mim, é algo que ainda tem muito a melhorar, porém, eu avalio de forma muito positiva. **Não acho, como já ouvi alguns professores dizerem, que crianças especiais têm que ficar em salas especializadas. Não, eu não concordo com isso.** Acho que eles têm muito a nos oferecer em termos de crescimento, assim como me trouxeram este ano e nos anos anteriores. Porém, precisamos avaliar o quanto a criança consegue acompanhar, se consegue estar no ambiente. Acho que meu questionamento em relação à educação especial é esse: a criança consegue ficar o dia inteiro como os outros, ou talvez ela devesse ter um horário especial? Acho que isso deveria ser avaliado de forma individualizada.

Fala da Professora F.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professora F, grifo nosso.

A fala da Professora F expõe um cenário de avanços graduais na educação especial, mas com uma percepção crítica quanto ao ritmo dessas melhorias. Ela ressalta que, embora o processo inclusivo traga benefícios tanto para os alunos com deficiência quanto para a comunidade escolar, ainda é necessário um olhar mais atento das autoridades para garantir que o ensino inclusivo não seja apenas uma política, mas uma prática efetiva. Sua reflexão sobre a permanência integral dos alunos com necessidades especiais na sala regular suscita a discussão sobre o olhar atento para cada criança, sugerindo que nem todas as crianças podem se beneficiar de uma jornada escolar idêntica à dos demais como por exemplo. Essa perspectiva está alinhada com os princípios da educação inclusiva, que preconizam a adaptação das práticas pedagógicas às necessidades individuais dos alunos, algo que, segundo a professora, precisa ser mais explorado nas instituições de ensino.

5.1.1 CONTEXTUALIZANDO O CMEI SUPERMAN

Nossa pesquisa foi realizada no CMEI “Superman”, situado em um bairro periférico da cidade. Embora seja uma unidade relativamente nova, com apenas 8 anos desde sua inauguração, conta com um prédio bem construído e em conformidade com as normas de ensino e acessibilidade (ABNT NBR 9050). O CMEI possui 8 salas de aula, incluindo uma sala destinada para atividades da professora de artes, que, apesar de ser a menor, é inadequada para turmas maiores. A unidade também dispõe de dois parquinhos bem equipados, um refeitório, banheiros acessíveis, televisores e ar-condicionado em todas as salas de aula, além de uma sala para a

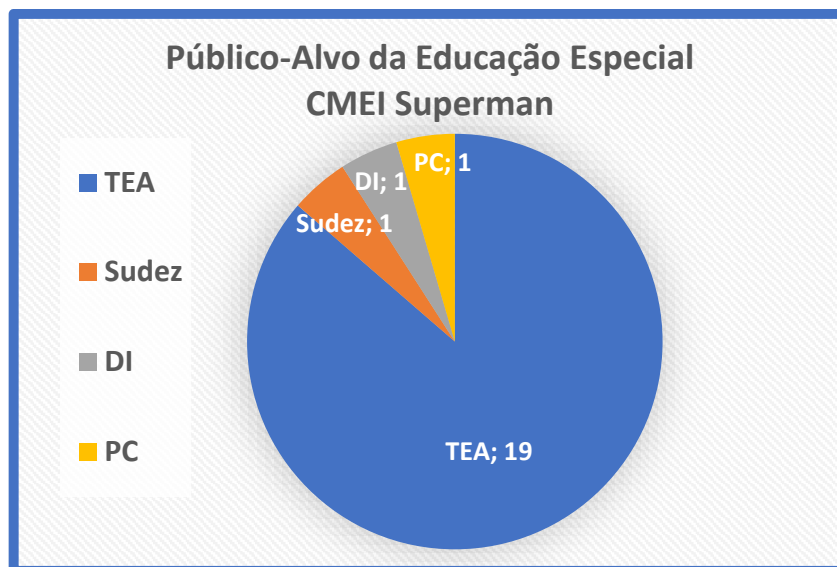
diretoria. No entanto, a sala da pedagoga é compartilhada com a secretaria escolar, o que resulta em muito movimento e pode afetar a eficiência no atendimento às famílias, além de prejudicar o ambiente de trabalho e a atenção dedicada às atividades pedagógicas, uma vez que o espaço é utilizado para múltiplas finalidades e é constantemente ocupado por professores e alunos.

A equipe pedagógica mostrou-se bastante aberta à realização da pesquisa. Já trabalho no CMEI Superman desde 2021, com um vínculo de contrato temporário e percebo que o grupo é qualificado, coeso e bastante proativo, o que favorece tanto o ambiente escolar quanto a realização da pesquisa. A escolha do local para a realização da pesquisa também se deu por esse motivo.

O CMEI Superman, durante o segundo semestre de 2023, período da produção de dados da pesquisa funcionou em dois turnos: o matutino, com 147 crianças, e o vespertino, com 159 crianças. Em relação ao público-alvo da educação especial, havia um total de 22 crianças nos dois turnos, sendo 19 com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), 1 com diagnóstico de surdez, 1 com deficiência intelectual (DI) e 1 com paralisia cerebral infantil (PC).

O gráfico a seguir apresenta a distribuição das crianças do público-alvo da educação especial no CMEI Superman, no segundo semestre de 2023. Observa-se que, entre as 22 crianças diagnosticadas com necessidades especiais, a grande maioria, 19 delas, têm diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), representando uma proporção significativa em relação aos demais diagnósticos. Apenas 1 criança apresenta surdez, 1 possui deficiência intelectual (DI), e 1 tem paralisia cerebral infantil (PC).

Gráfico 1. Distribuição de Alunos PAEE no CMEI Superman (2023).



Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme os dados fornecidos pelo CMEI.

O Quadro 2 apresenta as falas iniciais da Professora A, que leciona no turno matutino, e da Diretora do CMEI Superman. Suas declarações ilustram mudanças significativas na percepção e no atendimento às crianças do público-alvo da educação especial ao longo dos anos. Ambas as profissionais, a partir de suas experiências, discutem como o cenário educacional se transformou, evidenciando um aumento no número de diagnósticos e matrículas de crianças com necessidades especiais. Essas falas servem como um ponto de partida para aprofundar a análise sobre a evolução dos atendimentos e os desafios atuais enfrentados pela equipe escolar. As falas do Quadro 2 serviram como nossos disparadores iniciais para o rastreamento e problematização da nossa pesquisa.

Quadro 2 – Fala da professora A e a Diretora.

Pesquisador: Você já havia trabalhado com crianças público-alvo da educação especial, antes deste ano?

Professora A: Sim. Posso contar a história do meu estágio?

Pesquisador: Pode.

Professora A: Como estagiária trabalhei em Vitória, tinha na sala de aula **uma criança que era autista**. Isso foi em **2013**.

Pesquisador: Isso, em **2013**.

Professora A: **Isso, em 2013. Uma criança por turno.**

Pesquisador: E agora?

Professora A: **Agora as coisas mudaram. O fato tá totalmente diferente**. A gente tem em vista aqui que, praticamente, em todas as salas, temos crianças laudadas a gente deve ter aí pelo menos umas três. Agora, sem laudo, mas que a gente percebe que tem uma necessidade especial, que tem uma questão cognitiva ou neurológica que tem mais de, pelo menos, a gente chegando já nos 50%.

Fala da Professora A

Pesquisador: Qual foi a sua primeira experiência com aluno Público-alvo da Educação Especial?

Diretora: A primeira, se contar, foi a do estágio, porque eu trabalhava na EMEF, a gente tinha uma criança que era Síndrome de Down, no segundo ano, que era quem eu atendia. **E era uma coisa pra mim muito, assim, sem norte, sem orientação, porque a professora que tinha em sala, tinha o entendimento do aluno ser da estagiária. Então, a criança, ela ficava na minha responsabilidade.**

A professora, claro, passava os trabalhos, as atividades pedagógicas que a criança não alcançava, porque não tinha nenhum trabalho pensado em desenvolver aquilo que ele poderia ter como potencialidade. Pensava-se que ele deveria acompanhar a turma, mas não sabia como fazer.

Diretora: Esse foi o meu primeiro contato.

Diretora: **Não tinha criança autista, não tinha criança com DI ou surda**

Pesquisador: **Tinha só um aluno no turno?**

Diretora: Só tinha ele com síndrome de Down. Só ele. Assim, de lembrança que eu tenho que era só ele.

Pesquisador: Lá atrás, quando você começou como estagiária, tinha uma criança com síndrome de Down. Passaram-se alguns anos e hoje, quantas são?

Diretora: Hoje são 22, se não me falha a memória.

Pesquisador: Aqui, no turno matutino e vespertino?

Diretora: Considerando os dois turnos.

Pesquisador: E por que cresceu tanto assim?

Diretora: A gente pode olhar por dois vieses.

O fato de a informação ser divulgada em rede. Em uma rede que tem um campo de abrangência muito grande, com pessoas leigas e com pessoas não leigas. Mas aí todo mundo está assistindo aquilo ali e começa a fazer apontamentos. Acho que a informação por meio da rede é um ponto, porque isso faz com que... E são falas de pais mesmo: “Ah, eu já sabia, porque quando eu pegava ele no colo, ele não olhava para o meu olho”, e aí, “quando eu chamava, ele não me atendia”. Então, são falas que são muito divulgadas em vídeos na rede, sobre comportamentos que levam a essa reflexão em relação ao autismo e à investigação. Eu acho que esse é um ponto: a informação chega de uma forma mais abrangente, e as pessoas começam a ter mais informações sobre autismo e síndrome de Down. Eu acredito que a política de educação especial, a forma de ampliar o acesso, fez com que as pessoas comessem a ocupar os espaços. **E não é que não existia antes, mas as pessoas começaram a ocupar os espaços e buscar seus direitos – o direito de existir, de usar.**

E aí, começou a... acho que aumentaram as matrículas no ensino regular. Porque é um direito também. Acho que esse é um ponto.

O outro, que eu acho que se confunde com essa informação mais ampliada, é a questão dos laudos. **Laudos sem muita investigação**, o laudo pelo laudo, o laudo só do neuro. Aquela mãe que já apresenta uma informação pré-determinada em relação ao que ela pensa que o filho dela é, e uma avaliação muito superficial da criança já sela o diagnóstico. E isso não é um bom laudo.

E aí ele é autista, ou ele é autista com TDAH. Esses laudos exagerados, o número de laudos exagerados, chegam à escola também, porque a criança tem o direito à matrícula regular.

A criança chega na escola com o laudo, o laudo chega na escola junto com a criança.

Mas eu acho que esse aumento não foi desenfreado, essa nem seria a palavra, mas talvez sem muita responsabilidade. Acho que essas questões surgem por dois motivos. **Um, pela via legal do direito** – o direito de estar aqui –, e isso sendo cada vez mais reforçado pela sociedade e pelos movimentos.

E o outro, acho que até **por uma questão de mercado**, que hoje é até difícil. Se você consegue mensurar isso, acho que uma coisa acaba levando a tantas outras, e vira um mercado mesmo dessa emissão de laudos sem...

Fala da Diretora

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a professora A e a Diretora, grifo nosso.

Neste ponto, nos deparamos com o primeiro gesto da cartografia: o "rastreio", que consiste em acompanhar um fenômeno ou situação, captando suas variações e transformações ao longo do tempo (Passos; Porto; Kastrup, 2015). Ao analisarmos as falas da Professora A e da Diretora, observamos que ambas tocam em questões essenciais sobre o crescimento do público-alvo da educação especial.

A questão do aumento considerável de crianças do público-alvo da educação especial não tem uma resposta única ou simples. Surge, então, a pergunta: onde estavam essas crianças, que antes não eram vistas ou contadas? Elas só passaram a existir agora? A professora A sinaliza de modo claro que, há dez anos, quase não havia esse contingente de alunos da mesma forma na Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) em que a diretora realizou seu estágio apenas uma criança como público-alvo da educação especial.

Diante disso, precisamos refletir sobre alguns dos fatores que contribuem para esse aumento significativo no número de crianças do público-alvo da educação especial. Uma variação importante destacada na entrevista com a Professora A foi a ênfase no ano de 2013. Ficou evidente que, em 10 anos, houve uma mudança considerável no número de crianças identificadas como público-alvo da educação especial. Ao refletir sobre isso, lembrei-me de que 2013 foi também o ano da publicação do DSM-5, que ampliou os critérios de diagnóstico para diversos transtornos, como o autismo. Com a inclusão de transtornos como a síndrome de Asperger sob o guarda-chuva do espectro autista, houve um aumento natural nos diagnósticos.

A Diretora complementa essa análise ao refletir sobre como a informação disseminada pelas redes sociais, junto com o aumento do número de laudos médicos, levou a um crescimento expressivo nas matrículas de crianças com necessidades especiais. Ela levanta uma crítica importante ao questionar a qualidade de alguns desses diagnósticos, sugerindo que parte desse aumento pode estar ligada à superficialidade de algumas avaliações.

Esse cenário dialoga diretamente com o aumento da visibilidade social das pessoas com deficiência, refletindo uma mudança nas políticas de inclusão e no acesso ao ensino regular. As falas nos convidam a pensar sobre a responsabilidade das instituições educacionais em lidar com essa realidade e a importância de um suporte especializado, para que a inclusão seja feita de maneira adequada e responsável.

No entanto, considero importante ampliar ainda mais essa reflexão, voltando nosso olhar para o início do século XX. Foi nesse contexto que um novo disparador surgiu: o documentário *Holocausto Brasileiro*. Caro leitor, permita-me familiarizá-lo com a história do hospital psiquiátrico de Barbacena.

O hospital psiquiátrico Colônia, retratado no livro *Holocausto Brasileiro*, destaca a crueldade e a exclusão sofridas por pessoas consideradas “loucas” ao longo de décadas. Localizado em Barbacena, Minas Gerais, o hospital foi palco de práticas desumanas que resultaram na morte de milhares de internos ao longo do tempo. O Colônia, inaugurado em 1903, transformou-se, ao longo dos anos, em um local de extermínio para aqueles que eram considerados socialmente indesejáveis. Pessoas de diferentes perfis eram internadas sem critérios rigorosos, incluindo alcoólatras, homossexuais, prostitutas e até crianças sem diagnóstico claro. Esse cenário reflete a institucionalização da exclusão social e médica, impactando fortemente a vida de pessoas marginalizadas pela sociedade — uma das maiores tragédias da psiquiatria brasileira (Arbex, 2013).

O capítulo V de *Holocausto Brasileiro*, intitulado “Os Meninos de Oliveira”, apresenta um retrato brutal da exclusão de crianças diagnosticadas com distúrbios mentais, muitas vezes de forma equivocada, enviadas para o Hospital Colônia de Barbacena. Essas crianças eram tratadas com total descaso, vivendo em condições desumanas. A falta de estímulos adequados agravava ainda mais o quadro de deficiência delas. Os Meninos de Oliveira são exemplos tristes do que acontecia com muitas outras crianças, condenadas a uma vida de reclusão e sofrimento, sem apoio social ou familiar adequado. Silvio Savat, por exemplo, foi confundido com um cadáver aos 11 anos, e ele, como muitos outros, é uma representação dessa exclusão extrema, resultado de uma política que segregava em vez de integrar (Arbex, 2013, p. 95).

No capítulo XI, “Turismo com Foucault”, Arbex descreve a visita Foucault ao Brasil em 1973, onde ele se deparou com a realidade cruel da psiquiatria em Minas Gerais. Foucault, um crítico das instituições psiquiátricas. Sua visita trouxe à tona o debate sobre o tratamento desumano de pacientes mentais, conectando suas teorias sobre o poder disciplinar e as instituições de controle social ao contexto brasileiro. Foucault argumentava que essas práticas, muitas vezes justificadas pela “ciência” (Arbex, 2013, p. 176).

Esses relatos se conectam diretamente ao conceito de exclusão, levantando novamente a pergunta: onde estavam as crianças do público-alvo da educação especial? A maneira como as crianças da Ala do Oliveira que foram segregadas nos ajuda a entender nossa indagação. No contexto do meu estudo, essa realidade é trazida à luz pela abordagem cartográfica, que busca mapear não apenas os trajetos formais, mas também os percursos de exclusão que afetam as

crianças com necessidades educacionais especiais — trajetórias que essas crianças já percorreram e que, se não houver mudanças, poderão continuar a percorrer.

De acordo com Foucault, para esta análise, é importante considerar a desqualificação que o louco sofre por parte da sociedade:

Existe em nossa sociedade outro princípio de exclusão: não mais a interdição, mas uma separação e uma rejeição. Penso na oposição razão e loucura. Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato (Foucault, 1999, p. 10).

Por fim, é crucial destacar que hoje tornamos visíveis os que antes eram invisíveis. Essas crianças estavam excluídas e sem acesso ao direito à educação. Podemos considerar que fatores como a maior visibilidade na mídia, as redes sociais e o fato de figuras públicas apresentarem seus familiares com deficiência ajudaram a trazer esse tema à tona. Além disso, programas de televisão e outras iniciativas vêm promovendo discussões importantes sobre inclusão e acessibilidade.

5.2 ANÁLISE DA RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022

O Quadro 3 apresenta falas significativas da Diretora e da Professora F do CMEI Superman, que trazem reflexões sobre o conceito de inclusão e as percepções sobre a educação especial dentro do ambiente escolar. Essas falas fornecem uma perspectiva crítica sobre a implementação de políticas inclusivas e a maneira como são vivenciadas na prática cotidiana, revelando a complexidade de transformar diretrizes formais em ações concretas.

Quadro 3 – Fala da Diretora e da Professora F.

Diretora: O que é inclusão? É só dizer que eu tenho tantas crianças de educação especial, que eu adapto a aula, que eu adapto o trabalho? A gente precisa vivenciar a inclusão. Não é apenas pensar que inclusão é aceitar alguém, porque aceitar é uma obrigação.

Se você não tivesse a obrigação de aceitar, você aceitaria?

Porque quando você é obrigado a fazer, não tem para onde correr. Mas, se você não fosse obrigado a fazer, você faria?

A gente não é inclusivo. A gente trabalha dentro da política, pensa na política de inclusão, porque somos obrigados a pensar na política de inclusão, assim como precisamos pensar na política racial. E ainda estamos caminhando, muito devagar em relação a isso aqui dentro.

Fala da Diretora.

Pesquisador: Você já ouviu alguma fala preconceituosa?

Professora F: Ah, já. Várias. Já ouvi coisas do tipo... **“Ah, eu não concordo com a educação especial na escola regular.” “Ah, eu acho que tem alunos que não têm por que estar aqui, que não vão evoluir.”** Só que, no meu primeiro estágio, eu vi uma criança que não andava, não falava, nem mastigava — a comida era batida, e os estagiários tinham que fazer massagem para a comida descer. E eu vi a felicidade dessa criança quando alguém vinha ajudar. Além disso, eu vi as outras crianças se movimentando para ajudar. Então, isso é o que é importante na educação especial.

Fala da Professora F (Vespertino)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Diretora e a Professora F, grifo nosso.

A Diretora destaca uma visão crítica sobre a prática da inclusão, questionando se a inclusão é realmente compreendida e praticada ou se ela é apenas um cumprimento de obrigação legal. Ela levanta a reflexão sobre a diferença entre “aceitar” as crianças com necessidades especiais e, de fato, proporcionar um ambiente inclusivo, em que a vivência dessas crianças seja valorizada. Ao discutir a política de inclusão como algo que ainda está sendo construído dentro da escola, a Diretora sugere que, apesar da obrigatoriedade legal, o compromisso com a inclusão ainda é um processo que exige avanços significativos.

A Professora F, por sua vez, compartilha relatos de falas preconceituosas que ouviu ao longo de sua trajetória na educação, enfatizando a importância de pequenas ações no cotidiano escolar, como o apoio das outras crianças a colegas com deficiência. A sua experiência mostra que a inclusão vai além de uma simples adaptação curricular e está ligada ao impacto positivo que o ambiente escolar pode ter nas relações e no desenvolvimento social e emocional de todas as crianças envolvidas.

Essas falas refletem os desafios e as limitações percebidas na prática da inclusão escolar, que a RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022 busca equacionar. A resolução, que reformula as diretrizes municipais de Educação Especial no município da Serra, propõe uma política de inclusão pautada no respeito às particularidades dos alunos PAEE, defendendo a oferta de Atendimento Educacional Especializado (AEE) de forma mais acessível e sem burocratizar o acesso ao atendimento especializado. No entanto, como apontado pela Diretora e pela Professora F, ainda existem barreiras e preconceitos que precisam ser enfrentados para que a inclusão escolar seja plenamente realizada.

A RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022 reformula as diretrizes municipais de Educação Especial no município da Serra, em uma perspectiva inclusiva que busca assegurar o direito de todas as crianças e estudantes do público-alvo da Educação Especial (PAEE) à inclusão escolar. Essa

resolução alinha-se com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, priorizando a integração dos alunos PAEE em salas de aula regulares e promovendo o Atendimento Educacional Especializado (AEE) de forma mais acessível e flexível (Serra, 2022).

Entre os pontos positivos, destaca-se a oferta de AEE tanto no turno quanto no contraturno, com a possibilidade de atendimento individualizado ou coletivo, sem a exigência obrigatória de laudos médicos, o que facilita o acesso ao atendimento especializado. Conforme estabelece a resolução, essa abordagem promove “um acesso mais facilitado ao atendimento especializado, respeitando a avaliação pedagógica e a necessidade real dos estudantes” Art. 3º, Parágrafo Único (Serra, 2022). Além disso, a resolução reforça a importância do apoio individualizado sem a exclusão do aluno do ambiente regular, em conformidade com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que no seu Art. 58, §1º, prevê que “haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial” (Brasil, 1996). Essa diretriz defende uma inclusão escolar que ofereça suporte adequado para atender às necessidades específicas dos alunos, como também é destacado na resolução no Art. 2º, segundo parágrafo.

Outro destaque da resolução é a ênfase na colaboração entre equipes pedagógicas e multiprofissionais, bem como na valorização das contribuições dos pais ou responsáveis, refletindo uma abordagem integrada para o atendimento educacional especializado. A norma define que “as avaliações da Equipe Pedagógica em conjunto com o setor responsável pela Educação Especial” e “as contribuições dos pais ou responsáveis” são elementos essenciais para a identificação das necessidades educacionais dos alunos PAEE conforme o Art. 2º, §3º, incisos I e III (Serra, 2023). Essa abordagem colaborativa é fundamental para o desenvolvimento integral dos estudantes, promovendo um ambiente inclusivo e respeitador das particularidades de cada aluno.

No entanto, alguns aspectos da resolução ainda podem ser aprimorados. A resolução permite a oferta de AEE sem a exigência obrigatória de laudos médicos, ao estabelecer que, “no caso de criança/estudante sem diagnóstico médico com indicativo à Educação Especial, deverá ser realizada avaliação pedagógica qualitativa, utilizando instrumento específico, que contará com a participação dos (as) profissionais da educação, pais ou responsáveis e setor responsável pela

Educação Especial da UAC/SEDU/Serra, para assim, ser incluído (a) no AEE” conforme o Art. 3º, Parágrafo Único (Serra, 2022).

Contudo, a resolução ainda menciona a necessidade de avaliações dos serviços de saúde e assistência social para algumas decisões, o que pode potencialmente atrasar o processo de inclusão caso esses serviços não estejam prontamente acessíveis. Para mitigar esse risco, seria recomendável reduzir ainda mais a dependência de laudos externos e fortalecer as avaliações pedagógicas internas realizadas por especialistas em Educação Especial, facilitando o acesso ao atendimento sem entraves burocráticos.

Apontamos que a carga horária e a quantidade de profissionais dedicados ao atendimento especializado podem ser insuficientes, especialmente em contextos com alta demanda e complexidade nas necessidades dos alunos PAEE.

Essa situação é particularmente preocupante no caso das crianças com deficiência intelectual, que frequentemente necessitam de um suporte pedagógico mais intensivo e personalizado para progredirem em suas aprendizagens. A resolução poderia se beneficiar de uma revisão das proporções de professores e profissionais de apoio por aluno, com base nas especificidades de cada caso, e não apenas no número total de alunos por turma, garantindo um atendimento mais direcionado e de qualidade conforme a Resolução CMES N° 203-2022 nos Art. 21-23 (Serra, 2022).

Art. 21 Para definição do número de professores (as) em função de docência - EE/Deficiência Mental/Intelectual (DM/DI), deverão ser seguidos os seguintes critérios:

EDUCAÇÃO INFANTIL	ENSINO FUNDAMENTAL ANOS INICIAIS	ENSINO FUNDAMENTAL ANOS FINAIS
01 a 05 crianças: 60 horas	01 a 04 crianças/ estudantes: 60 horas	01 a 06 crianças/estudantes: 100 horas
06 a 09 crianças: 100 horas	05 a 08 crianças/ estudantes: 100 horas	07 a 09 crianças/estudantes: 160 horas
10 a 14 crianças: 160 horas	09 a 12 crianças/ estudantes: 160 horas	10 a 12 crianças/estudantes: 200 horas
15 a 18 crianças: 200 horas	13 a 16 crianças/ estudantes: 200 horas	13 a 15 crianças/estudantes: 260 horas
19 a 23 crianças: 260 horas	17 a 20 crianças/ estudantes: 260 horas	16 a 18 crianças/estudantes: 300 horas
24 a 27 crianças: 300 horas	21 a 24 crianças/ estudantes: 300 horas	19 a 21 crianças/estudantes: 360 horas
		22 a 24 crianças/estudantes: 400 horas
		25 a 27 crianças/estudantes: 460 horas

		28 a 30 crianças/estudantes: 500 horas
--	--	---

Art. 22 Para definição do número de professores (as) em função de docência - EE/Deficiência Auditiva/Surdez, deverá ser seguido o seguinte critério:

E D U C A Ç Ã O INFANTIL	ENSINO FUNDAMENTAL ANOS INICIAIS	ENSINO FUNDAMENTAL ANOS FINAIS
01 criança/estudante: 100 horas		

Art. 23 Para definição do número de professores (as) em função de docência - EE/Deficiência Visual, deverão ser seguidos os seguintes critérios:

BAIXA VISÃO	CEGUEIRA
01 a 02 crianças/estudantes: 60 horas	01 crianças/estudantes: 100 horas
03 crianças/estudantes: 100 horas	

(Serra, 2022).

A Resolução CMES N° 203-2022 demonstra sensibilidade ao utilizar o termo “professor em função de docência - EE/Deficiência Intelectual (DI)” em vez de “deficiência mental”, evidenciando que está atualizada com as terminologias adequadas. No entanto, destaca-se que o legislativo do município, responsável por nomear os cargos, ainda não atualizou sua legislação, mantendo termos desatualizados. Embora a mudança pareça uma ação simples, como a substituição do nome do cargo, a falta dessa atualização mostra um descompasso. Reconheço a resolução pela sua adequação terminológica e atualidade, enquanto critico o poder legislativo municipal pela ausência de atualização no nome dos cargos, que ainda reflete terminologias obsoletas.

Outro desafio identificado é a implementação de infraestrutura e recursos adequados para garantir a inclusão plena dos alunos. A necessidade de articulação com outros órgãos e a adequação de infraestruturas, como salas de recursos multifuncionais, representam desafios que podem comprometer a efetividade das diretrizes da resolução se não forem gerenciados e financiados de maneira eficaz. Para abordar essa questão, é recomendado implementar um plano de ação com prazos definidos para adaptar todas as unidades de ensino às normas de acessibilidade (ABNT NBR 9050), assegurando que todas as escolas tenham salas de recursos multifuncionais totalmente equipadas de acordo com Art. 9º, inciso I (Serra, 2022).

A Resolução CMES N° 203-2022 também se destaca pela inclusão da Língua Brasileira de Sinais como a primeira língua para alunos surdos e pela adoção do Braille para alunos com deficiência visual, além do suporte específico para esses estudantes mediante os Art. 4º e Art.

5º (Serra, 2022). Essa prática está alinhada com as diretrizes nacionais de acessibilidade comunicacional e adaptação de recursos pedagógicos, promovendo uma educação verdadeiramente inclusiva.

5.2.1 MINHAS PROPOSIÇÕES PARA A RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022

Diante de um documento de tamanha relevância, surgem oportunidades para sugerir caminhos, alternativas e reflexões que possam enriquecer a prática educacional. Neste contexto, além de apresentar minhas próprias propostas, considero pertinente incluir também aquelas que se destacaram na revisão de literatura, as quais oferecem contribuições valiosas para o aprimoramento das práticas voltadas ao atendimento das crianças público-alvo da educação especial.

Com o objetivo de aprimorar o atendimento às crianças PAEE, propõe-se nesta pesquisa uma série de modificações na Resolução CMES Nº 203-2022. Essas sugestões buscam atender às necessidades específicas dessa população e visam fortalecer a inclusão escolar de maneira mais eficaz e integrada. Entre as propostas, destacam-se a necessidade de reduzir a dependência de avaliações externas, ampliar a formação continuada dos profissionais, aumentar a proporção de profissionais por aluno, fortalecer a infraestrutura inclusiva, melhorar a articulação intersetorial e reforçar o uso de tecnologias assistivas. Essas medidas têm o potencial de melhorar significativamente o ambiente escolar e os serviços prestados às crianças PAEE, promovendo uma educação mais acessível e inclusiva para todos.

I. Reduzir a Dependência de Avaliações Externas: Fortalecer a prática de avaliações pedagógicas internas, especialmente em casos onde não há diagnóstico médico, conforme previsto na resolução, que determina a realização de “avaliação pedagógica qualitativa, utilizando instrumento específico, que contará com a participação dos (as) profissionais da educação, pais ou responsáveis e setor responsável pela Educação Especial da UAC/SEDU/Serra, para assim, ser incluído (a) no AEE” do Parágrafo Único, Art. 3º (Serra, 2022). Embora essa prática já seja adotada para casos sem diagnóstico médico, a proposta sugere sua ampliação para minimizar ainda mais a dependência de laudos de saúde e assistência social, mesmo nos casos onde esses diagnósticos são disponíveis.

II. Ampliação da Formação Continuada: Instituir um programa de formação continuada para todos os profissionais envolvidos na Educação Especial, incluindo práticas inclusivas e o uso de tecnologias assistivas, conforme indicado pela necessidade de capacitação contínua mencionada na resolução no Art. 10, inciso VII:

Art. 10 Caberá ao setor responsável pela Educação Especial da UAC/SEDU/Serra:

VII - promover e organizar reuniões e momentos de formação com todos (as) os (as) profissionais da educação e estagiários (as), prioritariamente, dentro do horário de trabalho; (Serra, 2022).

O Quadro 4 apresenta a fala da Professora D, que reflete sobre sua experiência com a falta de formação adequada ao receber uma aluna público-alvo da Educação Especial. A fala da professora revela a dificuldade enfrentada pelos educadores ao lidar com alunos com necessidades especiais sem o apoio de uma formação continuada específica. Sua fala destaca tanto a motivação inicial quanto a frustração que surge diante da falta de recursos e de capacitação, evidenciando a importância de programas de formação continuada, conforme previsto na Resolução CMES N° 203-2022, que busca suprir essa lacuna através de momentos de formação e organização de encontros com profissionais da educação, conforme o Art. 10, inciso VII (Serra, 2022).

Quadro 4 – Fala da Professora D.

Pesquisador: Quando você ficou sabendo da sua aluna público-alvo da Educação Especial, qual foi a sua reação, a sua expectativa?

Professora D: No primeiro momento, fiquei muito animado, porque gosto de trabalhar com crianças especiais. Eu gosto de desafios, gosto de ver o tanto que eles evoluem. Às vezes, eles têm mais evolução que um indivíduo normal. Então, é uma área que eu gosto, não vou negar, eu gosto de trabalhar com crianças especiais. Porém, fiquei um pouco, como eu vou dizer, **aprensiva, porque eu não tinha, nem na minha formação inicial, esse aporte para trabalhar com crianças na condição dela.** Eu tinha tido, nesses 10 anos, uma experiência com uma criança na EMEF, na mesma condição dela, mas ele era menos comprometido, e a gente conseguia trabalhar com plaquinhas. Ele já estava no terceiro ano, talvez isso também influencie, né? A autonomia da criança. E isso foi uma questão que me deixou até um pouco, como vou dizer, frustrada, porque eu não queria que alguém me desse algo pronto.

Fui atrás das meninas da Educação Especial, que eu conheço. Uma delas formou comigo, e pedi ajuda. Falei: **“Você tem alguma leitura, alguma coisa para me ajudar a trabalhar com essa criança?”** Ela disse que não tinha, que também desconhecia, que ia procurar, **mas nunca me deu retorno.** Aí, fui atrás de uma outra amiga, que também tinha formação, **já tinha doutorado,** e trabalhava em outra Prefeitura, nessa área também. Ela disse a mesma coisa, que ia procurar, mas também nunca apareceu. Então, as fontes que eu conhecia, que busquei, ninguém tinha uma leitura mais prática para mim dar. **Fui para a internet, mas o que encontrei estava muito relacionado à parte de estimulação motora e tal. Tentei fazer o meu melhor, mas sei que não cheguei nem perto do que deveria.** E isso me deixa triste, porque, na maioria das crianças especiais com quem trabalhei, consegui bons resultados. Talvez a condição dela não permita a qualquer profissional uma evolução tão significativa, mas acho que poderia ter evoluído mais, na minha cabeça. Acho que foi um pouco.
Fala da Professora D.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professora D, grifo nosso.

A Professora D expressa sua apreensão por não ter recebido, nem em sua formação inicial, nem ao longo dos anos, o suporte necessário para trabalhar de maneira eficaz com alunos com deficiências mais severas. Apesar de sua disposição em enfrentar o desafio, a falta de apoio prático de colegas da área e a escassez de materiais pedagógicos adaptados contribuíram para um sentimento de frustração. Esse relato evidencia a necessidade de se investir na ampliação da formação continuada, não apenas como uma exigência formal, mas como um mecanismo essencial para que os profissionais da educação possam desenvolver estratégias pedagógicas eficazes e personalizadas para cada aluno.

Encerrar este tópico com a fala da Professora D reforça o argumento de que a formação continuada deve ser ampliada e estruturada para atender às demandas reais do cotidiano escolar. É evidente que, sem um programa de formação consistente e acessível, muitos educadores se sentem despreparados para lidar com a diversidade de desafios que surgem ao trabalhar com o público-alvo da educação especial, como observado nas dificuldades relatadas pela professora. Portanto, a implementação de formações específicas e periódicas, conforme indicado pela resolução, é fundamental para garantir uma educação inclusiva de qualidade.

III. Aumento da Proporção de Profissionais por Aluno: Revisar e aumentar o número de professores especializados e profissionais de apoio, com base nas complexidades das necessidades dos alunos e não apenas na quantidade de estudantes por turma conforme os artigos 21 a 23 (Serra, 2022).

IV. Fortalecimento da Infraestrutura Inclusiva: Implementar um plano de ação específico para adequar as unidades de ensino à norma de acessibilidade, garantindo salas de recursos multifuncionais bem equipadas:

Art. 9º Compete à Unidade Administrativa Central da Secretaria Municipal de Educação da Serra (UAC/SEDU/ Serra):

I - efetivar, a eliminação de barreiras na promoção da acessibilidade nas Unidades de Ensino da Rede Municipal da Serra, de acordo com a norma de projetos de acessibilidade arquitetônica ABNT NBR 9050; (Serra, 2022).

V. Melhoria na Articulação Intersetorial: Estabelecer protocolos bem definidos de articulação entre educação, saúde e assistência social para um atendimento integrado e ágil, como previsto no suporte colaborativo da resolução:

Art. 9º Compete à Unidade Administrativa Central da Secretaria Municipal de Educação da Serra (UAC/SEDU/ Serra):

[...]

III - articular estratégias de cooperação junto às demais Secretarias Municipais, Secretarias de Educação de outros municípios capixabas e Secretaria Estadual de Educação, para atender às demandas da Educação Especial; (Serra, 2022).

VI. Reforço no Uso de Tecnologias Assistivas: Expandir o uso de tecnologias assistivas e recursos pedagógicos adaptados, assegurando que todos os alunos PAEE tenham acesso aos recursos necessários para sua aprendizagem e desenvolvimento:

Art. 14 O (a) Professor (a) em função de docência - EE, além das demais atribuições previstas nas legislações vigentes, terão as seguintes incumbências:

[...]

IV - identificar, elaborar, produzir, organizar e avaliar recursos e estratégias pedagógicas (inclusive de tecnologia assistiva) que promovam a autonomia e a participação das/dos crianças/estudantes PAEE, nas atividades escolares; SERRA (2022).

5.2.2 PROPOSIÇÕES DA REVISÃO DE LITERATURA PARA A RESOLUÇÃO CMES Nº 203-2022

A revisão de literatura traz importantes contribuições que podem ser incorporadas à Resolução CMES Nº 203-2022, visando ao aprimoramento do atendimento às crianças PAEE. Entre os aspectos discutidos, destacam-se duas possibilidades para a resolução: a necessidade de reduzir a quantidade de alunos por turma e a importância da formação inicial em educação especial como critério fundamental para a atuação dos professores especialistas. Essas propostas buscam não apenas melhorar a qualidade do ensino, mas também garantir que os profissionais estejam devidamente preparados para atender às especificidades do público PAEE de forma eficiente e inclusiva.

5.2.2.1 REDUÇÃO DO NÚMERO DE ALUNOS

Em nossa revisão de literatura, uma pesquisa que chamou bastante atenção e serve como inspiração para proposições para a Resolução da Serra foi a de Santos (2017) considerando que a autora discute a realidade do Rio Grande do Sul em relação à quantidade de alunos da educação especial em sala de aula, abordando questões que são comuns no dia a dia da educação. Santos (2017) destaca os encaminhamentos que podem ser tomados para garantir

uma inclusão de qualidade para todos, com ênfase nas crianças PAEE, nos professores e nos demais trabalhadores da educação.

SANTOS (2017) destaca que a Resolução do Conselho Municipal de Educação nº 02/2010, do Sistema Municipal de Ensino de Uruguaiana, estabelece diretrizes específicas para a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais nas classes comuns. A resolução determina que, na Educação Infantil, a turma que inclui alunos com necessidades especiais deve ter o número de alunos reduzido em duas vagas para cada aluno incluído, conforme estipulado no art. 2º. Além disso, o art. 3º da mesma resolução fixa o limite de dois alunos incluídos por turma, tanto na Educação Infantil quanto no Ensino Fundamental (Uruguaiana, 2010 apud Santos, 2017).

Santos (2017) também aborda a cidade de Caxias do Sul e sua Resolução CME Nº 019/2010, que estabelece diretrizes para a educação especial no município. No artigo 6º, intitulado “Do acesso e das formas de atendimento”, a resolução dispõe sobre o número de alunos a serem incluídos.

§ 2º Poderão ser incluídos no máximo dois alunos com deficiência ou com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TEA/TGD) em cada classe comum do ensino regular, devendo ter redução de 30% da capacidade de alunos na turma ou contar com cuidador educacional, considerando a avaliação prevista no artigo 7º, da Res. CME nº 19/2010, sendo que a mesma equipe de avaliação também definirá o número de alunos por cuidador. (Incluído pela Res. CME nº 26/2014) (Caxias do Sul, 2010, p. 4 apud Santos, 2017, p. 117).

Com base nas considerações de Santos (2017) sobre as práticas inclusivas adotadas em cidades como Uruguaiana e Caxias do Sul, seria pertinente propor mudanças na Resolução da Serra no que diz respeito à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em classes comuns. As experiências dessas cidades demonstram que a adequação do número de alunos por turma e o suporte especializado são essenciais para garantir uma inclusão de qualidade. A Resolução CME Nº 019/2010 de Caxias do Sul, por exemplo, prevê uma redução de 30% na capacidade de alunos por turma ou a presença de um cuidador educacional, práticas que poderiam ser consideradas para a Serra.

Durante a pesquisa no CMEI Superman, surgiu a questão: “Não deveria haver uma redução no número de alunos na minha turma?” Essa indagação, presente no imaginário coletivo, surge em parte devido à questão da segunda matrícula, que visa garantir o contraturno. No entanto, as

práticas observadas nas cidades de Uruguaiana e Caxias do Sul nos fazem refletir sobre a viabilidade de adotar medidas similares na Serra para melhorar a inclusão escolar.

5.2.2.2 FORMAÇÃO INICIAL EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

A formação inicial dos professores que atuam na educação especial é um fator determinante para a qualidade do atendimento oferecido aos alunos com necessidades educacionais específicas. A segunda proposição da revisão de literatura para a Resolução CMES Nº 203-2022 aborda justamente a relevância de uma formação especializada, como a licenciatura em Educação Especial, em contraposição à formação generalista em pedagogia, atualmente predominante na Serra e no Estado do Espírito Santo.

Destacar a formação inicial específica em Educação Especial como uma possibilidade para o avanço e a reinvenção da educação especial é crucial para garantir que os profissionais estejam devidamente preparados para atender às demandas complexas e diversificadas dos alunos PAEE. Esta análise busca explorar como a implementação de uma formação específica pode transformar o cenário educacional na Serra, tomando como referência as boas práticas observadas em cidades do Sul do Brasil.

Santos (2017), no capítulo 6, subitem “Formação do Professor do Atendimento Educacional Especializado para Atuar na Educação Infantil”, apresenta um panorama sobre as exigências de formação para professores do atendimento educacional especializado em quatro cidades do sul do Brasil: Porto Alegre, Caxias do Sul, Uruguaiana e Santa Maria.

Em Caxias do Sul, a Resolução CME nº 19/2010, no artigo 21, estabelece que, para atuar no Atendimento Educacional Especializado (AEE), é necessária a formação em cursos de licenciatura plena em educação especial ou em uma de suas áreas específicas (Santos, 2017). Em Porto Alegre, a Resolução nº 013, de 5 de dezembro de 2013, especifica que a formação dos professores deve ser em cursos de licenciatura em educação especial, reforçando a importância de uma base sólida para a atuação no AEE (Santos, 2017).

No município de Santa Maria, conforme a Resolução CMESM nº 31, de 12 de dezembro de 2011, são definidas diretrizes curriculares para a educação especial no sistema municipal de

ensino. No Título V, que trata da formação e atuação profissional, o artigo 30 prevê que, para atuar na educação especial, é necessário possuir formação inicial em cursos de licenciatura plena em educação especial (Santos, 2017). Por fim, em Uruguaiana, a Lei nº 4111, de 4 de julho de 2012, estabelece que o professor de atendimento educacional especializado na educação infantil deve possuir licenciatura de graduação plena em educação especial, assegurando a qualificação adequada para o atendimento das demandas educacionais dos alunos com necessidades especiais (Santos, 2017).

Observa-se, portanto, que nessas quatro cidades, a formação inicial requerida como primeira opção para atuar na educação especial é a graduação específica em Educação Especial, e não apenas a formação em pedagogia. Esse direcionamento é um avanço significativo na educação especial, pois garante que os profissionais possuam o conhecimento especializado necessário para atender às complexas demandas dos alunos com deficiência. Esta abordagem pode servir como um novo caminho para a educação especial na cidade da Serra, onde a pesquisa foi realizada.

Atualmente, tanto na Serra quanto no Estado do Espírito Santo, a formação para atuar na educação especial está centrada no curso de pedagogia, o que pode não ser suficiente para enfrentar os desafios específicos do AEE. Portanto, a implementação de exigências de formação específica em Educação Especial, como observadas nas cidades do sul, poderia reinventar e fortalecer a educação especial local, promovendo um atendimento mais qualificado para os alunos PAEE.

É importante destacar que, na região sul do Brasil, a Universidade Federal de Santa Maria oferece cursos de Educação Especial em diferentes modalidades: Educação Especial noturno, Educação Especial diurno e Educação Especial EAD, todos na forma de Licenciatura, Graduação Plena, em nível superior. Esses cursos capacitam os profissionais para atuar na Educação Infantil e nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental, abrangendo diversas modalidades da Educação Especial, como Deficiência Auditiva, Física, Mental, Visual, Deficiência Múltipla, Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), e Altas Habilidades/Superdotação (Santos, 2017). Essa oferta de formação inicial específica é um exemplo a ser considerado para replicação em outras regiões do país.

No entanto, observa-se que no Espírito Santo, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) não oferece curso de Graduação em Educação Especial, o que representa um desafio para a formação de profissionais qualificados na área. Esse fator dificulta a implementação de práticas pedagógicas mais eficazes para o atendimento do público-alvo da educação especial na região. Diante desse cenário, o município da Serra, com sua força econômica e política, poderia seguir o exemplo das cidades do sul e incluir na Resolução CMES N° 203-2022 a exigência de formação específica em Educação Especial. Além disso, o município poderia articular com a Ufes e outras faculdades particulares da cidade o início de cursos de graduação em Educação Especial, assegurando assim uma formação inicial de qualidade e adequando o preparo dos profissionais às necessidades reais dos alunos PAEE.

Essas possibilidades de redução do quantitativo de alunos por turma e a formação inicial em educação especial têm como objetivo reforçar a efetividade das diretrizes da Resolução CMES N° 203-2022, garantindo uma abordagem mais inclusiva, acessível e eficaz no contexto escolar. Avançar na implementação dessa resolução possibilitará à Serra se tornar um exemplo ainda mais forte de boas práticas em Educação Especial, tanto a nível estadual quanto nacional.

5.3 PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CMEI: DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL

Com base na reflexão apresentada por Veiga (2002), o Projeto Político-pedagógico (PPP) não deve ser visto apenas como um conjunto de documentos ou planos formais, mas como uma ferramenta viva e dinâmica que orienta a prática educativa de forma contínua. Ele não é criado para ser arquivado ou simplesmente atender a exigências burocráticas; pelo contrário, o PPP é construído e vivenciado diariamente por todos os membros da comunidade escolar. Sua essência política reflete o compromisso coletivo com a formação cidadã, visando não apenas o desenvolvimento individual, mas também a transformação social.

Assim, o PPP integra a dimensão pedagógica ao contexto político, buscando formar cidadãos críticos e ativos, capazes de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e democrática. A verdadeira eficácia do PPP reside na sua capacidade de alinhar as intenções pedagógicas da escola com as necessidades e expectativas da comunidade que ela serve, promovendo uma educação que seja ao mesmo tempo transformadora e inclusiva.

O Quadro 5 apresenta as falas das professoras D, G e H, além da pedagoga, sobre a inexistência do PPP no CMEI Superman. As falas revelam que, embora o CMEI tenha sido inaugurado há oito anos, o PPP ainda não foi formalizado, o que representa uma lacuna significativa no direcionamento pedagógico da instituição. A ausência desse documento, que deveria nortear as práticas pedagógicas e administrativas, deixa não sistematizado as ações educativas, entre elas no que diz respeito ao atendimento das necessidades do público-alvo da educação especial.

Quadro 5 – Fala das Professoras D e G e H e a Pedagoga.

Pesquisador: E o PPP?

Professora D: Também não conheço. Acho que isso é uma falha geral dentro da escola. Eu acho que isso é uma situação que envolve a gestão como um todo e o corpo pedagógico também, porque isso tem que ser feito no começo do ano, pois no final do ano está todo mundo cansado, ninguém quer ler mais nada, ninguém quer pensar em mais nada. Durante o ano, você é atropelado por planejamentos e por um monte de coisas, e você não dá conta. Então, acho que o PPP, nas escolas em que trabalhei, era revisado no começo do ano. E ali, a gente tinha ciência, abria no datashow e ia fazendo junto: “O que vocês acham?”, e íamos mudando. Era chato? Era chato, não vou negar. Mas era necessário, era algo que funcionava. Então, acho que tem que ser feito no começo do ano. Eu desconheço o PPP daqui, por exemplo. Tem dois anos que estou aqui...

Fala da Professora D.

Pesquisador: Você conhece, já leu o PPP da escola?

Professora G: Não, acho que não conheço também.

Fala da Professora G.

Professora H: Não, li o projeto político-pedagógico do CMEI.

Fala da Professora H.

Pedagoga: A gente não tem PPP. A gente não tem PPP. Quando eu cheguei, estávamos combinando. Esse CMEI foi inaugurado em 2016. Eu penso que o PPP, esse documento em si, é um documento construído a partir de uma realidade que já existe. E se essa realidade não está atendendo politicamente a unidade, ele precisa ser revisto, e a gente precisa de engajamento político de toda a comunidade.

Fala da Pedagoga (Vespertino)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professoras D, G e H e a Pedagoga.

A professora D reflete sobre a importância de iniciar o ano letivo com uma revisão do PPP, prática que ela vivenciou em outras escolas, mas que está ausente no CMEI Superman. Sua fala evidencia a necessidade de um planejamento organizado e colaborativo, sem o qual o corpo pedagógico fica sobrecarregado e acaba recorrendo ao improvisado. De maneira semelhante, as professoras G e H também apontam desconhecimento do PPP, o que reforça a ideia de que ele nunca foi implementado, dificultando a execução de um trabalho alinhado com os objetivos institucionais.

A Pedagoga confirma a inexistência do PPP e ressalta que, embora o CMEI tenha sido inaugurado em 2016, o documento ainda não foi construído. Ela destaca a necessidade de um engajamento coletivo da comunidade escolar para que o PPP seja elaborado e reflita a realidade da unidade. Sem esse documento, a escola enfrenta desafios adicionais para garantir que suas práticas sejam coesas e inclusivas, especialmente no que se refere ao atendimento das crianças com necessidades educacionais especiais.

A ausência do PPP em um CMEI com oito anos de existência é um ponto que merece reflexão profunda, especialmente quando consideramos a importância desse documento para o direcionamento das práticas educativas. O PPP não é apenas um requisito burocrático; ele serve como um guia que orienta todas as ações pedagógicas e administrativas da instituição, garantindo que as práticas estejam alinhadas com os objetivos educacionais estabelecidos pela comunidade escolar. Essa falta de direcionamento formal pode gerar inconsistências nas práticas pedagógicas, comprometendo a coesão e a eficácia do processo educativo (Veiga, 2002).

Para a educação especial, a ausência do PPP é ainda mais preocupante. Este documento deveria contemplar, de forma clara, as estratégias e metodologias a serem adotadas para garantir que os alunos público-alvo da educação especial tenham suas necessidades atendidas de maneira adequada. Sem um PPP, o CMEI corre o risco de não conseguir oferecer um suporte educativo estruturado e inclusivo, deixando esses alunos em uma situação de maior vulnerabilidade. A inclusão efetiva depende de um planejamento que assegure que todos os profissionais da instituição estejam cientes de suas responsabilidades e preparados para trabalhar com a diversidade.

No entanto, é importante considerar os desafios que podem ter contribuído para a não elaboração do PPP. A carência de recursos, a alta rotatividade de profissionais e a falta de formação continuada são fatores que podem dificultar a elaboração de um documento tão abrangente e essencial. Assim, a ausência do PPP não deve ser vista apenas como uma falha institucional, mas também como um reflexo de dificuldades estruturais e organizacionais que precisam ser abordadas de forma sistemática.

Para compreendermos a importância do PPP no contexto escolar, é fundamental reconhecer seu caráter intencional e coletivo. O PPP não se limita a ser um documento que orienta as práticas

pedagógicas; ele reflete um compromisso com a formação cidadã e com os valores da sociedade em que está inserido. Como destaca Veiga (2002, p. 13), o projeto pedagógico de uma escola é também um projeto político, uma vez que visa não apenas ao ensino de conteúdos, mas à construção de cidadãos capazes de atuar criticamente em sociedade:

O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária. É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade (Veiga, 2002, p. 13).

Por fim, a elaboração do PPP deve ser vista como uma oportunidade para a construção coletiva de uma educação de qualidade, que atenda às necessidades de todos os estudantes, especialmente daqueles que são parte do público-alvo da educação especial. A criação desse documento pode ser um momento de reflexão e de fortalecimento da identidade do CMEI, envolvendo a comunidade escolar em um processo participativo que reafirme o compromisso com a inclusão e com a melhoria contínua das práticas pedagógicas.

5.4 INVESTIGANDO O TRABALHO COLABORATIVO NO CMEI SUPERMAN

O Quadro 6 apresenta as falas das Professoras F, B, e da Diretora, discutindo o trabalho colaborativo entre os professores de educação regular e os professores de educação especial no CMEI Superman. Essas falas trazem à tona como as práticas de cooperação são fundamentais para a inclusão de alunos público-alvo da educação especial, destacando a importância de um planejamento conjunto e da troca contínua de informações para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas adaptadas.

Quadro 6 – Fala da das Professoras F e B e da Diretora.

Professora F: O trabalho colaborativo é feito em conjunto. O professor da educação especial conversa com o professor regente, e juntos eles analisam as necessidades da criança da educação especial. **Então, eles discutem formas e metodologias para serem aplicadas, de acordo com as necessidades desses alunos.**

Fala da Professora F (Vespertino).

Professora B: Bom, geralmente a gente conversa a respeito de que estamos trabalhando em sala de aula, né? Quais são as atividades que estamos desenvolvendo... É... Aquilo que a criança precisa desenvolver, né? E aí, a gente elabora as atividades relacionadas a isso.

Fala da Professora B (Matutino).

Diretora: Eu penso que o **trabalho colaborativo é uma proposta que ajuda o professor regente a pensar na criança dentro da coletividade.**

E por isso o colaborativo também precisa ser pensado dentro da proposta da política, **de ser coletivo e não um trabalho individualizado com a criança.** Porque quando você traz uma proposta, em alinhamento com o que o professor também está trazendo em atividade, ou no planejamento das aulas, o professor de Educação Especial consegue ampliar isso, partindo da necessidade da criança atendida na Educação Especial, nós também ampliamos a participação dela e a visão que as outras crianças têm sobre ela. Esse é um trabalho colaborativo, ele **colabora nesse processo de inclusão.** É pensar a criança, que é público-alvo da educação especial, como parte **daquele meio, e não como alguém que está se encaixando.** Ou que precisa se adaptar.

Estão todos dentro daquele processo, e ela dentro da sua especificidade.

Aqui na educação infantil, isso é mais... Acho que é mais fácil de ser alcançado justamente pela dinâmica.

Mas aqui na Educação Infantil, ele é um tipo de suporte, porque faz parte do processo, não é apenas um suporte. Por isso acho que parece que estamos dando voltas, mas o próprio nome já diz. **A colaboração é nesse sentido, de ajudar como um todo.**

Ver a criança dentro do todo e, ao mesmo tempo, em sua especificidade. Sem fazer com que ela se sinta excluída, sem fazer com que se sinta constrangida. É um processo que continua na educação, porque elas [as crianças] têm essa dependência, essa proximidade com o adulto, o desejo de estar perto, de desenvolver, de se envolver nas atividades que o adulto está propondo.

Fala da Diretora.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com as Professoras F e B e da Diretora.

As falas das professoras e da Diretora ressaltam que o trabalho colaborativo é essencial para atender às necessidades dos alunos de forma eficaz e inclusiva. A Professora F menciona que o diálogo entre o professor regente e o professor de educação especial é constante, com ambos analisando as necessidades da criança e ajustando as metodologias conforme necessário. De forma semelhante, a Professora B reflete sobre como a troca de informações sobre o desenvolvimento das atividades em sala de aula é crucial para a construção de um planejamento pedagógico que responda às demandas dos alunos com necessidades educacionais especiais.

A Diretora oferece uma visão mais ampla do trabalho colaborativo, destacando que ele deve ser pensado como uma prática coletiva, não individualizada. Ela enfatiza que a colaboração entre os professores permite que as necessidades da criança sejam integradas ao planejamento geral da turma, promovendo a inclusão de maneira natural e ampliando a visão que as outras crianças têm sobre o aluno público-alvo da educação especial. Essa abordagem colaborativa, conforme a Diretora, ajuda a colocar o aluno como parte integral do ambiente escolar, ao invés de alguém que precisa ser adaptado.

Esse entendimento vai ao encontro das diretrizes estabelecidas pela Resolução CMES Nº 203-2022, que destaca a importância do Atendimento Educacional Especializado em um formato

que articule o trabalho entre o professor de educação especial e o professor regente. A resolução prevê que essa articulação seja fundamental para que a inclusão se realize de forma plena, beneficiando tanto o aluno com necessidades especiais quanto toda a comunidade escolar. Dessa maneira, o trabalho colaborativo é visto como um pilar central na construção de práticas educacionais inclusivas e eficazes no contexto do CMEI.

De acordo com Ferreira, Mendes, Almeida e Del Prette (2007), a inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino é uma prática orientada por diversas diretrizes das políticas educacionais. No entanto, ainda existem muitos desafios e questionamentos sobre a melhor forma de conduzir o processo de escolarização desses alunos, evidenciando a necessidade de práticas colaborativas para superar as barreiras existentes.

Um modelo muito promissor é o de ensino colaborativo, que consiste em uma parceria entre os professores de Educação Regular e os professores de Educação Especial, na qual um educador comum e um educador especial dividem a responsabilidade de planejar, instruir e avaliar os procedimentos de ensino a um grupo heterogêneo de estudantes (Ferreira, Mendes, Almeida, Del Prette, 2007, p. 01).

O trabalho colaborativo é um componente essencial na implementação de práticas inclusivas na educação especial, conforme destacado pela Resolução CMES Nº 203-2022 do município da Serra. Esta resolução estabelece que o Atendimento Educacional Especializado deve ser garantido tanto no turno quanto no contraturno de matrícula das crianças do PAEE, podendo ocorrer de forma individualizada ou coletiva, e sempre buscando integrar o apoio pedagógico ao contexto da sala de aula comum. Além disso, a resolução enfatiza que a colaboração entre a equipe pedagógica, professores de educação especial e outros profissionais é fundamental para a identificação das necessidades educacionais e a tomada de decisões sobre o atendimento adequado para os alunos PAEE (Serra, 2022).

Segundo Friend e Cook (1990), para que a colaboração entre os professores seja eficaz, algumas condições são essenciais: ambos devem compartilhar um objetivo comum, dispor de autonomia equivalente em relação ao ensino e a colaboração deve envolver todos os atores, como professores, pais, diretoria e funcionários, com participação voluntária e compartilhamento de responsabilidades e recursos (Ferreira, Mendes, Almeida e Del Prette, 2007).

A Resolução CMES Nº 203-2022 detalha as atribuições dos diversos profissionais envolvidos no AEE, destacando a importância da atuação colaborativa para a efetividade da educação

inclusiva. Os professores de educação especial têm a responsabilidade de planejar, executar e avaliar as ações pedagógicas que compõem o AEE, adaptando os recursos e estratégias para atender às necessidades específicas dos alunos com deficiência. Eles devem trabalhar em estreita colaboração com os professores da sala regular, fornecendo orientações e apoio na adaptação curricular, além de desenvolver materiais pedagógicos que facilitem a inclusão dos alunos PAEE no ambiente comum de ensino (Serra, 2022).

Além dos professores de educação especial, a resolução também define o papel dos professores da sala regular, que são responsáveis por integrar as estratégias do AEE ao planejamento e execução de suas aulas. Esses professores devem colaborar com os profissionais do AEE para ajustar as metodologias de ensino, de modo que todos os alunos, incluindo aqueles com necessidades educacionais especiais, possam participar ativamente das atividades escolares. A articulação entre os professores da sala regular e os de educação especial é fundamental para o desenvolvimento de práticas inclusivas eficazes, garantindo que as adaptações pedagógicas necessárias sejam implementadas de forma contínua e integrada (Serra, 2022).

O Quadro 7 traz a fala da Professora I, da Educação Especial, que descreve como o planejamento com os professores regentes e a pedagoga acontece no dia a dia da escola. A fala dela destaca tanto os desafios de improvisação quanto as oportunidades de colaboração, exemplificando o esforço de construir atividades de forma conjunta e flexível, conforme as necessidades dos alunos vão se apresentando.

Quadro 7 – Fala da Professora I da Educação Especial.

Pesquisador: Como funciona o seu planejamento com a pedagoga e com os professores regentes?

Professora I: Então, planejamento, tipo assim, por exemplo, eu chego antes na escola, vejo quais são os meus queridos que estão no interior da escola, né? E procuro, com as professoras, saber o que elas estão desenvolvendo com eles naquele dia, ou até um dia anterior. Converso: “O que vai trabalhar amanhã?” Ah, não sei ainda, talvez seja pintura, dar uma folha... É ruim trabalhar com improviso, né? Mas, às vezes, nos deparamos com improvisos, que às vezes funcionam. Às vezes, você chega sem nada em mente, abre a sua pasta, vê um monte de coisinhas suas que dá para aproveitar. “Ah, professora, vamos fazer isso aqui? Dá para ser hoje? Pode ser? Vamos trabalhar com argila lá atrás? Vamos fazer a oficina?”

Fala da Professora I da Educação Especial (Vespertino)

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com as Professora I.

A Professora I menciona que o planejamento é feito com base em uma constante troca de informações entre os profissionais, muitas vezes de maneira improvisada, mas com o objetivo

claro de atender às demandas pedagógicas dos alunos com necessidades especiais. Ela enfatiza que, apesar das dificuldades em ter um planejamento formal sempre pronto, a prática colaborativa permite ajustar e adaptar as atividades de maneira que respondam diretamente às necessidades de cada aluno, fortalecendo o ambiente inclusivo.

Essa fala reflete diretamente o que é defendido pela Resolução CMES N° 203-2022, que incentiva o planejamento colaborativo e flexível entre os professores de educação regular e especial. A resolução também reconhece que o processo de inclusão depende da capacidade dos profissionais de trabalharem juntos para desenvolver estratégias pedagógicas que garantam a participação ativa de todos os alunos. A articulação entre a professora de educação especial e os demais profissionais da escola, conforme descrito pela Professora I, é um exemplo concreto de como o trabalho colaborativo pode funcionar no cotidiano escolar, promovendo uma educação inclusiva e de qualidade.

As adaptações de materiais e os manejos ambientais são importantes para promover a inclusão escolar de forma eficaz. Tais adaptações podem ser realizadas pelo professor regular, com o apoio de professores especializados em Educação Especial, visando o máximo de benefícios para as crianças (Ferreira, Mendes, Almeida e Del Prette, 2007).

A Resolução CMES N° 203-2022 ainda destaca o papel dos coordenadores pedagógicos e outros profissionais de apoio, como assistentes educacionais, na promoção do trabalho colaborativo. Esses profissionais são responsáveis por facilitar a comunicação entre os diferentes membros da equipe escolar, assegurando que as estratégias de inclusão sejam coerentes e alinhadas com as diretrizes da escola. Eles atuam como mediadores, promovendo a formação continuada sobre práticas inclusivas e fomentando um ambiente de cooperação entre todos os envolvidos. Essa estrutura colaborativa visa não apenas o atendimento às necessidades dos alunos com deficiência, mas também a criação de uma cultura escolar inclusiva, onde a diversidade é valorizada e todos os alunos têm a oportunidade de aprender e se desenvolver plenamente (Serra, 2022).

Por fim, a Resolução CMES N° 203-2022 reforça a importância do trabalho colaborativo ao delinear que o AEE, de caráter pedagógico, deve ser articulado e acompanhado de forma integrada entre os profissionais de educação regular e especial. Este modelo de trabalho promove a articulação contínua entre as equipes, facilitando o planejamento conjunto, o

desenvolvimento de estratégias pedagógicas inclusivas, e a avaliação compartilhada do progresso dos alunos. Ao fomentar um ambiente de cooperação, a resolução visa assegurar que todos os estudantes, independentemente de suas necessidades específicas, tenham acesso a um ensino de qualidade e a uma experiência escolar inclusiva. Dessa forma, a Serra se alinha às melhores práticas inclusivas, ao valorizar o trabalho colaborativo como uma ferramenta chave para a efetividade da educação especial na rede pública municipal (Serra, 2022).

5.4.1 REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO COLABORATIVO: RELATO DO DIÁRIO DE BORDO

Em um dia ensolarado no CMEI Superman, eu, professor de Educação Especial e pesquisador, estava com uma turma no parquinho, acompanhado pela professora regente, Mônica, e pela cuidadora, Joana. As crianças brincavam e aproveitavam os brinquedos do parque. Outra turma, conduzida pela professora regente de uma sala vizinha, Letícia, seguia em direção a outro espaço para realizar uma atividade com giz colorido — uma atividade que eu já havia desenvolvido anteriormente com ela e sua turma no início do ano. Agora, Letícia estava revisitando essa proposta no segundo semestre, adaptando-a às novas necessidades de seus alunos.

Observando essa movimentação, Joana, a cuidadora, comentou sobre a professora Letícia, que repetia a proposta de escrita livre, utilizando o giz colorido para incentivar diferentes formas de expressão entre as crianças.

Curiosa, **Joana** perguntou: Ela pode fazer sua atividade?

Eu (Professor de Educação Especial e pesquisador): Claro!

Após um breve silêncio, Joana fez outra pergunta: Posso te fazer uma pergunta? Qual é a formação necessária para trabalhar como professor de Educação Especial?

Eu: A prefeitura da Serra utiliza como critério mínimo a Licenciatura em Pedagogia, acrescida de um curso concluído na área específica de Deficiência Intelectual/Mental, com uma carga horária mínima de 160 horas.

Joana: “Mas você tem outra formação, né?” — referindo-se ao fato de eu também ter formação em Psicologia.

Eu: Sim, tenho, mas para o cargo de professor de Educação Especial, a exigência diferenciada é esse curso livre de 160 horas sobre deficiência intelectual. Ou seja, aqui no CMEI Superman,

as professoras regentes, a pedagoga e eu, como professor especialista, temos a mesma formação inicial, que é a graduação em Pedagogia.

Joana, então, ponderou:

Joana: “A Serra, e não só aqui, precisa rever isso. É muito pouco...” mas, voltando ao assunto, a outra professora pode fazer “sua atividade e utilizar o material da Educação Especial?”

Eu: Não só pode, como deve! Meu trabalho é acabar com o meu emprego! Uma escola verdadeiramente inclusiva não precisa de um professor especialista. — Ri, e continuei: — “Mas não estou dizendo que não precisamos de estagiários e cuidadores” — completei, sorrindo novamente — “são funções diferentes.”

Joana: Como funciona o seu trabalho? O que você faz?

Eu: O trabalho colaborativo é fundamental. A professora Letícia e eu, por exemplo, planejamos essa atividade juntos, partindo da necessidade de um aluno do público-alvo da educação especial, que tem dificuldade em segurar o lápis e usar a folha. De forma lúdica, utilizamos o giz colorido no chão do pátio azul, e ele escreve as letras do seu nome, alguns números e faz desenhos — principalmente de carros, que são sua paixão.

Continuei explicando:

Eu: Agora que Letícia já conhece bem a atividade, não precisa mais necessariamente da minha presença para replicá-la. Por isso eu brinquei quando disse que meu trabalho é acabar com meu emprego. Meu papel é colaborar para que as professoras regentes se sintam seguras e capazes de realizar essas adaptações por conta própria.

Refleti um pouco mais e acrescentei, em tom mais sério:

Eu: Mas a Serra me ajuda nesse sentido... Quando não oferece condições adequadas para a professora regente — com pouco tempo para planejamento, falta de formação continuada, materiais insuficientes e turmas com muitos alunos, além da ausência de um assistente de turma para auxiliar nas propostas pedagógicas. “Mesmo que eu queira acabar com meu emprego, a Serra parece achar que meu cargo é uma forma de economia. Visto que fazer o que apontei pode ser mais custoso.”

Enquanto isso, continuávamos observando as crianças brincarem nos dois espaços, refletindo sobre os desafios e as possibilidades de um trabalho verdadeiramente colaborativo na educação inclusiva.

Esse diálogo, registrado no meu Diário de Bordo, reflete a essência da metodologia de cartografia que utilizo nesta pesquisa. A cartografia permite mapear as interações, os fluxos de

conversas e as práticas colaborativas que emergem no cotidiano da escola. Não se trata apenas de relatar um diálogo, mas de seguir as linhas de afeto e colaboração que constroem o ambiente inclusivo, mostrando como o trabalho conjunto entre professores, cuidadores e especialistas cria novas possibilidades de ação. A narrativa dessa conversa é um exemplo de como o processo de construção de sentido se dá no encontro entre diferentes saberes e práticas no contexto educacional.

Caro leitor para melhor contextualizar os critérios adotados pela Prefeitura Municipal da Serra no último processo seletivo simplificado Edital N° 006/2023 para o cargo de Professor MaPA Educação Especial - Deficiência Intelectual/Mental:

ESCOLARIDADE / PRÉ-REQUISITO:

Licenciatura Plena em Pedagogia com habilitação em Séries/Anos Iniciais do Ensino Fundamental ou Educação Infantil, ou Curso Normal Superior com habilitação para o magistério em Séries/Anos Iniciais do Ensino Fundamental ou Educação Infantil, ou Licenciatura em Pedagogia, regulamentada pela Resolução CNE/CP nº 01/2006, de 15 de maio de 2006, acompanhada do Histórico Escolar Final, acrescida de curso concluído na área específica de Deficiência Intelectual/Mental com carga horária mínima cursada de 160 (cento e sessenta) horas, iniciado a partir de 2018 (Serra, 2023).

5.4.2 DIÁRIO DE BORDO: VIVÊNCIAS DE UM PROFESSOR NO DESAFIO DO TRABALHO COLABORATIVO – A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA E NÃO QUERO SER UM “PROFESSOR ARTÍFICE”

Uma das histórias que sempre compartilho com as pedagogas, ao refletir sobre o papel do professor de educação especial, é minha primeira experiência fora do CMEI Superman, durante a semana de adaptação. Estava em meio a um turbilhão de acontecimentos. Adão, uma criança do Grupo V A, não queria ficar na sala, enquanto Paulo, do Grupo V B, havia mordido a professora regente. Saí correndo para intervir nas situações, quando, no corredor, a pedagoga me abordou com uma folha de horários na mão.

Ela disse: “Professor, precisamos de um apoio para o café. Na educação infantil, não há recreio, então as professoras precisam de um tempo para tomar café, ir ao banheiro, fumar um cigarro... Dez minutos para cada uma.” Fiz as contas: 12 turmas, 2 horas de cobertura. Nesse momento, percebi o que se esperava de mim. Quando expliquei que não poderia assumir essa função, pois isso desviaria completamente do meu papel, a situação pareceu se agravar. Por coincidência ou

não, no mesmo dia, tivemos uma reunião com toda a equipe após o expediente, e a pedagoga se mostrou irritada. Durante a reunião, já era visível que as professoras sabiam da minha recusa.

Havia um clima de insinuações nos olhares: “Quem vai fazer o café agora que o professor de educação especial se recusou?” As indagações na reunião eram: “O que é o trabalho colaborativo? O que vai fazer o professor de educação especial?” Na cabeça delas, nem para cobrir o café ele serve...

Esse episódio marcou profundamente minha reflexão sobre o quanto o papel do professor de educação especial é frequentemente desvalorizado ou mal interpretado. Não é incomum ouvir relatos de colegas — em formações, nos corredores ou na sala dos professores — sobre como acabam “fazendo de tudo”: cobrem a falta de estagiários, auxiliares de sala e cuidadores, auxiliam a pedagoga, ajudam no portão e, claro, cobrem o horário do café dos colegas. Esse desvio de função não é permitido por lei. O que vivenciamos é a desqualificação do nosso trabalho pedagógico, reduzido a tarefas operacionais, como colar bilhetes para a secretaria ou cumprir funções de suporte.

Não encontrei nenhum conceito na revisão de literatura ou na literatura acadêmica que traduz exatamente o que quero aqui conceituar. Não sei se cabe, mas a cartografia permite, de modo livre, tecer o texto e conduzir a pesquisa de maneira fluida. Por isso, caro leitor, considero importante pontuar sobre esse conceito novo.

É nesse cenário que quero cunhar o conceito de “*Professor Artífice*”. Inspirado na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO 9143-05), que descreve o artífice de manutenção como responsável por pequenos reparos e serviços gerais, o “professor artífice” representa aquele professor da educação especial que, em vez de focar na inclusão e no planejamento pedagógico, é constantemente desviado de suas funções para cumprir tarefas que não fazem parte do seu escopo de trabalho. Esse conceito denuncia o desvio de função não oficializado, que mina a essência do papel do professor de educação especial.

O desvio de função, nesse contexto, não ocorre por necessidade legal, mas como uma forma de desqualificar o trabalho especializado. Muitos professores de educação especial acabam cedendo a essas demandas por pressão, assédio ou mesmo pela visão distorcida de que “não têm uma turma própria” ou têm medo de ser julgados como quem “não quer trabalhar”.

Esse estigma, infelizmente, é comum: o professor de educação especial é visto como alguém que não quer assumir uma turma como regente para se livrar da pauta. E mais: há quem diga que o professor de educação especial “passa no concurso para garantir um emprego”, sem realmente desejar assumir as responsabilidades da função. É fato, também, que alguns colegas sequer conhecem minimamente suas atribuições.

Ao cunhar o conceito de “Professor Artífice”, quero destacar essa realidade e trazer à tona a importância de uma atuação colaborativa real. Nosso papel não é de suporte técnico ou operacional, mas de apoio pedagógico, garantindo que os alunos do público-alvo da educação especial sejam incluídos no planejamento geral da turma. Contudo, enquanto continuarmos sendo desviados para funções que desqualificam o nosso fazer, fica mais difícil realizar nosso trabalho de forma plena e colaborativa.

Essa história, que compartilho com frequência, ilustra bem a luta pela valorização do nosso papel e a necessidade de resistir à sobrecarga de funções que, ao invés de nos empoderar, nos desvia da nossa missão central: garantir a inclusão e o desenvolvimento dos alunos com necessidades educacionais especiais.

O desafio de conquistar espaço na equipe:

Tive um desafio marcante quando a professora regente Penha, de uma das turmas com as quais eu trabalhava, não queria aplicar o trabalho colaborativo. Fazíamos o planejamento juntos, discutíamos estratégias, e no meu horário com a turma eu levava os materiais concretos para apoiar o desenvolvimento de todas as crianças. No entanto, quando chegava o momento, ela simplesmente saía da sala com as crianças para o parquinho, para brincadeiras livres. Eu ficava com o material em mãos, sem conseguir intervir.

Depois de alguns dias, ela se ausentou, estava de atestado médico, e, finalmente, consegui trabalhar diretamente com a turma. O resultado foi surpreendente. As atividades fluíram, e logo a notícia chegou até ela. A partir desse momento, algo mudou. Nossa colaboração deslanchou, criamos propostas, atividades e construímos um novo espaço de atuação conjunta. Com o tempo, entendi que ela tinha receio de que, por ser um professor de educação especial, eu não soubesse lidar com toda a turma. Uma barreira que o diálogo e a prática colaborativa ajudaram a superar.

Explicando o trabalho colaborativo – Não é “minha aula”:

Outro desafio que encontrei foi com uma professora regente que, ao chegar na sala, me dizia: “Pode dar sua aula.” Era como se ela pensasse que o trabalho colaborativo fosse uma disciplina separada, como artes ou educação física, e que, naquele momento, eu estava ali para “dar minha aula” enquanto ela saía para planejar.

Conversamos várias vezes, e eu precisei explicar que o trabalho colaborativo não é sobre eu “dar uma aula”, mas sim sobre construirmos, juntos, uma prática pedagógica inclusiva. A educação especial, nessa perspectiva, é para toda a turma. O planejamento envolve todas as crianças, e o material concreto que trago não é apenas para o público-alvo da educação especial, mas para todos. A inclusão não se trata de segregar ou excluir, mas de criar oportunidades iguais de aprendizado para todos, na mesma sala, com os mesmos recursos.

O conceito de trabalho colaborativo na prática

Essas experiências foram fundamentais para compreender e aplicar o conceito de trabalho colaborativo. O planejamento a partir das necessidades das crianças do público-alvo da educação especial não deve ser visto como algo à parte, mas como parte integrante da educação de toda a turma. A proposta é que todos participem das mesmas atividades, utilizando os mesmos materiais, sem segregação. A colaboração verdadeira surge quando entendemos que todos temos algo a contribuir e que o sucesso na educação especial é o sucesso de toda a turma.

5.5 INVESTIGANDO O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DAS CRIANÇAS

O processo de diagnóstico nas crianças é intrinsecamente ligado ao ambiente escolar, onde os professores desempenham um papel crucial na observação e classificação dos alunos. De acordo com Foucault (2010), a sala de aula pode ser interpretada como um espaço em que o professor, com sua constante supervisão, realiza uma classificação contínua, formando um quadro geral da turma a partir de múltiplas entradas de informações. Esse processo de observação, assim como ocorre no espaço escolar, também reflete nas práticas de diagnóstico, onde as informações sobre as crianças são constantemente reunidas e analisadas.

O Quadro 8 apresenta a fala da Diretora, que reflete sobre o processo de comunicação dentro da equipe pedagógica e a abordagem adotada quando uma criança com comportamento atípico

é identificada na escola. A fala evidencia o cuidado ao conduzir essa questão com a família, evitando encaminhamentos automáticos para diagnósticos médicos sem considerar o contexto integral da vida da criança. A Diretora salienta que o trabalho inicial deve ser conhecer melhor a criança e sua rotina, antes de considerar um encaminhamento para a saúde, evitando criar uma expectativa de diagnóstico precoce e baseado em julgamentos pré-concebidos.

Quadro 8 – Fala da Diretora.

Pesquisador: E quando há uma criança que a equipe pedagógica percebe algo – quando digo equipe, refiro-me ao pedagogo, à professora regente, enfim, todos que notam algo que chama a atenção – isso chega até você? Como isso é comunicado a você? De que forma uma professora ou pedagoga leva essa questão até você?

Diretora: Chega, porque as discussões sobre as crianças nas salas são feitas com os professores e também pela pedagoga comigo. Ou a gente faz reunião junto com os professores, em uma reunião onde o professor traz essa demanda: “Olha, estou com uma criança que está com esse comportamento, não consigo atender nesse sentido. Então, eu penso que a gente deveria conversar com a família.” Então, chega dessa forma. E aí, é interessante, quando a gente... quando a criança vem... a criança que traz esse diálogo em relação à criança, o que acaba se criando é a ideia de já chegar com um laudo pré-estabelecido, um diagnóstico pré-estabelecido. Então, o discurso já vem direcionando, já com uma concepção, uma ideia...

Pesquisador: Um encaminhamento para a saúde.

Diretora: Mas assim, “Fulano não tá...”. E geralmente as reflexões não são feitas partindo também, levando em consideração os contextos da aula. E eu acho que é o contexto de aula, o contexto da vida da criança. Por isso que, em um primeiro momento, toda vez que chega, a gente pensa: “Precisamos primeiro conhecer a família, saber como é a rotina da criança, pensar com os pais como é que é feito esse formato de educação.” Porque a gente recebe uma criança, e cada criança é uma família.

E ainda mais em grupos menores.

Quando chega essa discussão de se precisa, se não precisa, se acha que é o público-alvo ou se não é, a gente sempre pensa – pelo menos assim, eu tento direcionar a ideia – que primeiro a gente precisa conversar com a família, para entender a criança e o porquê do comportamento. Muitas vezes é possível chegar a esse acordo com muitos professores.

Tem vezes que isso já vem com uma ideia muito fechada.

E aí, desconstruir isso é um processo ainda maior, porque às vezes a pessoa levanta essa questão e fica pensando: “Quer ver? Vai levar ao médico, vai entender que é...”

E aí vai ver que eu estou certa. Mas a ideia não é estar certa ou errada.

Porque a gente tem que pensar se isso é positivo ou não na vida daquela criança. A ideia não é se você está certa: “Ah, você acertou mais uma.”

Ninguém tem que competir para ver quantas crianças vai identificar, né?

Fala da Diretora.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Diretora.

No Quadro 9, a Pedagoga reforça a importância da observação detalhada do comportamento das crianças no ambiente escolar, relatando que, quando surgem dúvidas sobre o desenvolvimento de uma criança, ela busca uma interação direta, observando as crianças no parquinho ou na sala de aula. O objetivo é compreender melhor as interações sociais e comportamentais da criança e discutir com a família sobre as observações feitas. A pedagoga também enfatiza a necessidade de alinhar as percepções da escola com as da família,

reconhecendo que muitas vezes os contextos doméstico e escolar podem apresentar dinâmicas diferentes que influenciam o comportamento da criança.

Quadro 9 – Fala da Pedagoga.

Pedagoga (vespertino): Então, geralmente a gente começa a ouvir os relatos das professoras. “Essa criança é muito agitada”, coisas assim. “Essa criança não fala nada”, ‘Essa criança não interage”. Aí a gente começa a observar mais, ir mais à sala, chamar essa criança para a minha sala também, colocar brinquedos. Às vezes vou para o parquinho e observo como são as interações com as outras crianças, quando elas brincam. Diante das minhas observações, ou, se for um professor de confiança, diante dos relatos, a gente chama a família para conversar. A primeira conversa é para saber até que ponto os pais observam as mesmas coisas que os professores, e até que ponto não observam.

Tem criança que já chega aqui com o pai sugerindo algo, e mesmo quando o pai sugere, a gente precisa também ter a nossa própria visão. Às vezes a criança só é mal educada, porque os limites dela são diferentes. Na escola, você tem alguns espaços dela, mas em casa são diferentes. Ela precisa se adaptar à nova rotina, e às vezes a gente espera até mais de um ano para observar essa criança. Isso vai de caso para caso.
Fala da Pedagoga.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Pedagoga.

No ambiente escolar, as percepções dos profissionais sobre o comportamento das crianças desempenham um papel central no encaminhamento para possíveis diagnósticos. A fala da pedagoga, ao relatar que “Essa criança é muito agitada” ou “Essa criança não fala nada”, reflete um processo de observação que muitas vezes precede discussões com as famílias. Esse olhar cuidadoso pode ser essencial para compreender as nuances do comportamento infantil.

No entanto, como apontam Moysés e Collares (2014), o risco de uma rotulação precoce é evidente, transformando comportamentos singulares em patologias formalizadas. Nesse contexto, personagens como o Menino Maluquinho ou a Emília, outrora figuras de imaginação e espontaneidade, são agora enquadrados em diagnósticos rígidos, como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou Transtorno Opositor Desafiante (TOD), resultando em intervenções medicamentosas que silenciam suas particularidades.

Menino maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psicotrópicos para Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Mafalda está tratada e seu Transtorno Opositor Desafiante (TOD) foi silenciado. Xaveco não vive mais no mundo da lua, aterrissou desde que seu Déficit de Atenção foi identificado. Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida. Cebolinha está em treinamento na mesma cabine e nas mesmas tarefas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DPAC) e assim está em tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola. (MOYSÉS; COLLARES, p. 21, 2014).

O Quadro 10 retorna à fala da Diretora, desta vez abordando a chegada dos laudos médicos e o impacto que esses documentos têm no planejamento pedagógico. A Diretora discute como os laudos podem, por vezes, gerar preocupações adicionais na equipe, pois trazem consigo a expectativa de que as crianças com diagnóstico formal precisem de atenção diferenciada. Ela reflete sobre a tendência de prescrever comportamentos e diagnosticar de forma rígida, sugerindo que, muitas vezes, há uma antecipação ao classificar crianças como sendo ou não sendo parte do TEA sem considerar a complexidade de cada caso.

Quadro 10 – Fala da Diretora.

Pesquisador: Vamos para a história do Laudo. Quando o Laudo chega lá na secretaria, o que acontece?
 Diretora: Com a chegada do laudo, vem a preocupação [...]. Às vezes, uma criança não traz todas as questões que nos preocupam, no sentido de: será que essa criança vai conseguir se envolver nas atividades? Temos salas com crianças que possuem laudo, e não temos questões com isso. Mas, independentemente disso, quando eu falo assim: "esse tem laudo", **então, com essa aqui, eu tenho que pensar em uma sala onde eu conseguir dar uma atenção maior a ela.**

Diretora: As pessoas querem laudar para prescrição daquele comportamento. Às vezes, escuta: **“essa criança com certeza é TEA”**. Outras vezes, escuta: “não é TEA com certeza”.

Pesquisador: Como assim? Que certeza é essa?

Diretora: Já determinamos que **certos comportamentos são normais**, aceitáveis, e tudo o que foge à norma, queremos diagnosticar.
 Fala da Diretora.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Diretora, grifo nosso.

As falas da Diretora e da Pedagoga, apresentadas nos Quadros 8, 9 e 10, trazem à tona aspectos importantes do processo de diagnóstico médico e da relação entre a escola, a família e a saúde. A Diretora revela que o encaminhamento para o diagnóstico médico, muitas vezes, já chega com uma expectativa de “acerto” ou “erro”, como se identificar ou não uma condição fosse parte de uma competição. Ela destaca que o foco deve estar no que é positivo para a criança e no que pode contribuir para o seu bem-estar, não em quem “acertou” ou “errou” ao perceber ou sugerir um diagnóstico. Esse ponto é essencial para uma prática inclusiva e centrada no aluno, em que o diagnóstico médico não é um fim em si mesmo.

A Pedagoga, por sua vez, complementa essa visão ao detalhar o processo de observação pedagógica que precede qualquer encaminhamento. Sua abordagem prática e cuidadosa – ao observar as crianças em diferentes contextos e buscar alinhar suas percepções com as da família – revela um esforço conjunto de investigar se o comportamento observado é realmente algo que

merece um diagnóstico formal ou se é apenas parte do processo de adaptação da criança ao ambiente escolar.

A medicalização e o diagnóstico precoce de crianças têm se tornado uma prática cada vez mais comum no ambiente escolar. Como destacam Marques e Costa (2021), “Geralmente, ainda na educação infantil, cada vez com menos idade, as crianças são encaminhadas para atendimento especializado na área da saúde. Sendo assim, os diagnósticos e laudos são formulados e definidos cada vez mais cedo” (p. 3). Esse processo reflete a crescente expectativa de que crianças com comportamentos considerados atípicos sejam rapidamente identificadas e encaminhadas para avaliação clínica, o que, por vezes, leva à rotulação precoce e à medicalização de comportamentos infantis.

O gráfico a seguir apresenta a distribuição das crianças diagnosticadas com necessidades educacionais especiais no CMEI Superman, de acordo com suas idades. A faixa etária varia de 1 ano e 11 meses, com um diagnóstico de Paralisia Cerebral Infantil, até 5 anos e 3 meses, com um diagnóstico de Deficiência Intelectual. A maioria dos diagnósticos está concentrada no Transtorno do Espectro Autista (TEA), totalizando 19 das 22 crianças avaliadas. Esse dado corrobora a observação de Marques e Costa (2021) sobre a antecipação diagnóstica, evidenciando que, em muitos casos, o processo ocorre já nos primeiros anos de vida, o que levanta reflexões sobre o impacto dessas intervenções na trajetória escolar e social das crianças. Além disso, o gráfico permite uma análise mais aprofundada sobre possíveis fatores que influenciam o aumento dos diagnósticos, incluindo o contexto pandêmico recente.

Gráfico 2. Idade dos alunos no recebimento do laudo médico.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

5.5.1 SENTINDO COM UMA MÃE: A EMISSÃO E O IMPACTO DO LAUDO MÉDICO

No processo de investigar os impactos do diagnóstico médico nas famílias, é crucial reconhecer as emoções e os afetos que surgem, especialmente quando o diagnóstico se refere a condições permanentes como o autismo. Segundo Passos, Porto e Kastrup (2015), o pesquisador deve adotar o gesto do pouso, mergulhando nas situações para sentir as emoções e afetos envolvidos. Nesse contexto, a narrativa da professora D, que possui duas filhas diagnosticadas com autismo, revela um momento de emoção. Seus olhos lacrimejados e a voz embargada ao falar das filhas evidenciam as complexas emoções que permeiam o cotidiano de quem vivencia o diagnóstico tão próximo, tanto em termos profissionais quanto pessoais.

Quadro 11 – Fala da Professora D.

Pesquisador: Qual foi a idade do diagnóstico de suas filhas? Conte como foi esse processo de diagnóstico.

Professora D: A Helena, que é a mais velha, tem 6 anos e o diagnóstico chegou aos 5 anos, um diagnóstico tardio, né? Já a Lara, que está com 2 anos e 3 meses, ainda não teve o nível fechado, mas o diagnóstico de autismo veio quando ela tinha entre 1 ano e 8 meses e 1 ano e 9 meses, mais ou menos, no meio deste ano. A Helena mascarou bastante esse diagnóstico. Ela sempre foi uma criança que falou muito cedo, muito inteligente oralmente, mas nunca demonstrou interesse em leitura ou números, então não nos preocupamos muito com isso em termos de dificuldade escolar. Ela tinha uma boa leitura do mundo, então confiamos que tudo estava bem. Hoje, olhando para trás, percebi que já havia sinais, como questões com roupas (não usava determinadas peças) e alimentos (se o biscoito quebrava, ela não queria mais; se a banana quebrava, era uma confusão). Já a Lara mostrou sinais para mim desde que nasceu. Com 15 dias, ela acordada de madrugada, mas não chorava, o que

eu encontrei estranho. Com 6 ou 7 meses, ela tinha um contato visual bom, mas não interagia muito, o que também me preocupava. E com 1 ano e 3 meses, as falas ficaram muito atrasadas, então levamos à fonoaudióloga, que foi a primeira a levantar a hipótese. A Helena já estava em processo de encaminhamento ao neurologista, pois a escola havia sinalizado a necessidade.

Quanto à Helena, já antes de engravidar da Lara, percebeu comportamentos nela que não eram condizentes com uma criança de 4 anos. Ela parecia ter uma idade mental mais nova, especialmente em relação a frustrações e sentimentos. Mas eu me questionava se isso era da personalidade dela ou algo mais. Levei à pediatra, mas ela sugeriu esperar. Durante a gravidez, a situação da Helena piorou (ou talvez fosse o curso natural das coisas), mas a pediatra ainda recomendava esperar. Quando Lara nasceu, a Helena continuou com esses comportamentos, e meu marido, que via semelhanças entre o comportamento dela e o dele, também encontrou tudo normal, o que atrasou o diagnóstico.

Pesquisador: E como foi para você receber o diagnóstico das duas filhas tão próxima uma da outra?

Professora D: O diagnóstico da Helena foi um rompimento, pois passei a entender alguns comportamentos que me preocupavam, especialmente no campo emocional e em sua insegurança. Porém, se ela vai ter uma vida normal, pois já está se alfabetizando e fala muito bem. Já o da Lara me trouxe mais preocupações por ela ser muito pequena. Muitas coisas são do autismo ou apenas da idade, e ainda não dão para diferenciar. A Lara me preocupa mais porque, aos 2 anos, é difícil saber o que é imaturidade e o que é autismo. Várias vezes, eu choro pensando nas dificuldades dela, e me questiono se, quando chegar à idade da Helena, ela também estará bem na escola.

Apesar das dificuldades, a Helena se desenvolveu muito nos últimos dois anos, e eu espero que o mesmo aconteça com a Lara. Mas, às vezes, vejo outras crianças da idade dela, ou até mais novas, fazendo coisas que ela ainda não faz, e isso faz no coração de mãe.

Fala da Professora D.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professora D.

O relato da professora D revela o impacto profundo que o diagnóstico de suas filhas teve em sua vida familiar e emocional. O diagnóstico da filha mais velha, Helena, trouxe um rompimento com a imagem anterior que ela tinha da filha, ao mesmo tempo que ofereceu uma explicação para comportamentos que, até então, pareciam parte de sua personalidade. Já o diagnóstico da filha mais nova, Lara, ainda em fase inicial, suscita preocupações mais intensas, uma vez que as fronteiras entre o desenvolvimento típico e os sinais do autismo ainda não estão completamente definidas.

Esse processo de diagnóstico trouxe à tona um turbilhão de emoções, incluindo medo, preocupação e esperança. A professora D, enquanto mãe, vive o dilema constante de equilibrar o otimismo em relação ao desenvolvimento de suas filhas e a angústia pelas incertezas do futuro.

O impacto do diagnóstico transcende o ambiente escolar e médico, influenciando diretamente a dinâmica familiar, gerando tensões internas, dúvidas sobre o futuro, e criando uma rede de apoio que envolve não só a mãe, mas também o pai, que também identificou comportamentos semelhantes aos seus próprios na filha mais velha. O diagnóstico precoce da Lara reforça a

preocupação de que, ainda tão jovem, ela enfrentará desafios adicionais no seu percurso de desenvolvimento.

A fala da professora D ilustra não apenas as implicações de um diagnóstico para a criança, mas também o peso emocional que as famílias carregam, evidenciando como o laudo médico redefine as expectativas e provoca profundas reflexões sobre o papel da mãe-professora no enfrentamento dessas questões.

5.5.2 O LAUDO MÉDICO: UM OLHAR CRÍTICO

O Quadro 12 traz a fala da Professora E, que aborda de maneira crítica as expectativas que as famílias depositam na escola quando trazem o laudo médico de seus filhos. Ela ressalta que, muitas vezes, os responsáveis acreditam que o simples fato de apresentar um laudo será suficiente para que a escola consiga resolver todas as questões envolvendo o desenvolvimento da criança. Essa fala destaca uma visão limitada sobre o papel da escola no processo de educação e desenvolvimento de crianças com necessidades especiais, evidenciando a importância de um trabalho conjunto entre a família, a escola e os profissionais de saúde.

Quadro 12 – Fala da Professora E.

Professora E: Nossa, trazem o laudo e já acham que a gente vai fazer milagre, né? Às vezes, procuram outra coisa, no caso, é retornar ao neuro, é o tratamento... Às vezes acham que a escola é que vai resolver tudo...
Fala da Professora E.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professora E.

A fala da Professora E reflete uma realidade enfrentada por muitos educadores que, ao receberem os laudos médicos, são pressionados a oferecer soluções rápidas e eficientes para problemas complexos que envolvem fatores médicos, pedagógicos e familiares. No entanto, como aponta a professora, a escola sozinha não é capaz de resolver todas as demandas. A educação inclusiva exige uma abordagem colaborativa e contínua, que vá além da entrega de um laudo. O papel do laudo é fornecer subsídios, mas ele não substitui a necessidade de acompanhamento médico adequado, apoio familiar e, sobretudo, um planejamento pedagógico ajustado às particularidades de cada aluno.

A Resolução CFM nº 1.658/2002 orientava a elaboração de atestados médicos no Brasil, estabelecendo diretrizes para garantir a qualidade, ética e confidencialidade das informações, e definindo o atestado como parte integrante do ato médico, cujo fornecimento era um direito inalienável do paciente. A resolução determinava que o médico deveria registrar os dados de exames e tratamentos de forma legível e organizada, facilitando a análise por médicos peritos e assegurando que o atestado refletisse a condição de saúde do paciente. Também detalhava procedimentos como a especificação do tempo de dispensa necessário para recuperação, a identificação do médico por assinatura e registro, e a inclusão do diagnóstico apenas com autorização expressa do paciente. Essas orientações visavam garantir que os laudos médicos cumprissem seu papel legal e ético, padronizando a prática médica e assegurando a integridade e autenticidade dos documentos emitidos (Conselho Federal de Medicina, 2002).

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (Redação dada pela Resolução CFM nº 1851/2008).

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as conseqüências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina. (Redação dada pela Resolução CFM nº 1851/2008) (Conselho Federal de Medicina, 2002).

Em 2024, a Resolução CFM nº 1.658/2002 foi revogada e substituída pela Resolução CFM nº 2.381/2024, trazendo atualizações significativas na normatização da emissão de documentos médicos. Essa nova resolução, publicada em julho de 2024, veio enquanto ainda estavam sendo analisados os dados dos laudos médicos do CMEI Superman, marcando um avanço na regulamentação da prática médica em relação à emissão de documentos. A Resolução CFM nº 2.381/2024 define de forma mais clara os diferentes tipos de documentos médicos, especificando as condições e os elementos obrigatórios para cada um deles, com o objetivo de

padronizar a prática e aumentar a compreensão sobre o valor e as repercussões desses documentos no âmbito civil, penal e administrativo Conselho Federal de Medicina (2024).

A nova resolução também reforça a importância da identificação do médico e do paciente, a necessidade de clareza nas informações e a responsabilidade associada à emissão dos documentos. Além disso, estabelece que todos os documentos médicos devem conter informações essenciais, como identificação do médico, registro profissional, data de emissão, e, quando aplicável, a assinatura qualificada. Com essas atualizações, a Resolução CFM nº 2.381/2024 busca não apenas padronizar a prática, mas também aumentar a transparência e a confiança nos documentos médicos emitidos, garantindo que os profissionais sigam normas éticas rigorosas ao atender às demandas da sociedade e do sistema de saúde (Conselho Federal de Medicina, 2024).

Art. 1º Esta Resolução estabelece normas éticas para a emissão de documentos médicos pelos profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 2º Documentos médicos são aqueles emitidos por médicos e gozam de presunção de veracidade, produzindo os efeitos legais para os quais se destinam.

§1º Todos os documentos médicos devem conter minimamente:

I - identificação do médico: nome e CRM/UF;

II - registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando houver;

III - identificação do paciente: nome e número do CPF, quando houver;

IV - data de emissão;

V - assinatura qualificada do médico, quando documento eletrônico; ou

VI - assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina, quando manuscrito;

VII - dados de contato profissional (telefone e/ou e-mail); e

VIII - endereço profissional ou residencial do médico.

Art. 4º Para fins desta Resolução, entende-se por:

VIII. Relatório médico especializado: solicitado por um(a) requerente que pode ser paciente assistido(a) ou não do médico, ou seu representante legal, para fins de perícia:

a) O relatório médico especializado discorre sobre a enfermidade do requerente, descreve o diagnóstico, a terapêutica, a evolução clínica, o prognóstico, resultados de exames complementares, com acréscimos da discussão técnica da literatura científica e legislação quando aplicável, o que impõe estudo e pesquisa, e a conclusão sobre o fato que se quer comprovar; neste caso serão cobrados honorários pelo médico, quando em serviço privado.

IX. Parecer técnico: documento expedido por médico especialista em área específica, de caráter opinativo, baseado na literatura científica, e quando na seara judicial fundamenta-se também nos autos do processo, em fatos, ou evidências, e na legislação aplicada; neste caso serão cobrados honorários pelo médico, quando em serviço privado.

X. Laudo médico-pericial: documento técnico expedido por perito oficial e anexado ao processo para o qual foi designado, cujo roteiro se encontra na Resolução CFM nº 2.153/2016.

XI. Laudo médico: descrição e conclusão do médico sobre exame complementar realizado em um paciente, devendo constar, além dos itens dispostos no art. 2º, data da realização do exame e da emissão do laudo (Conselho Federal de Medicina, 2024).

Durante o segundo semestre de 2023, a pesquisa realizada no CMEI Superman apontou que 22 crianças foram diagnosticadas com necessidades educacionais especiais, com idades variando entre 1 ano e 11 meses até 5 anos e 3 meses. Notavelmente, 19 desses laudos são de Transtorno do Espectro Autista (TEA), o que levanta uma reflexão crítica sobre o impacto do isolamento social durante a pandemia de COVID-19 no processo de diagnóstico. Desde março de 2020, com o início da pandemia e as restrições impostas pelo isolamento social, muitas crianças ficaram privadas das interações sociais típicas de sua faixa etária, como o convívio com pares em creches, playgrounds e outros ambientes coletivos. Esse contexto pode ter influenciado na avaliação das habilidades sociais das crianças, um critério central para o diagnóstico de TEA.

Sem a possibilidade de observar as crianças em contextos sociais naturais, os profissionais de saúde, muitas vezes, tiveram que basear seus diagnósticos majoritariamente em relatos dos pais, que, embora importantes, podem ser insuficientes para uma avaliação abrangente das habilidades sociais das crianças. Essa limitação destaca a necessidade de cautela na interpretação desses laudos, não negando a realidade dos diagnósticos de TEA, mas ponderando sobre o impacto do isolamento social no processo diagnóstico. A predominância de laudos de TEA sugere que o contexto atípico vivido durante a pandemia pode ter exacerbado comportamentos que, em condições normais de interação, poderiam ser avaliados de forma mais precisa e menos influenciada pelas circunstâncias excepcionais de isolamento. Portanto, essa situação reforça a importância de diagnósticos multiprofissionais e contextualmente informados, especialmente em tempos de mudanças sociais significativas como as vividas recentemente.

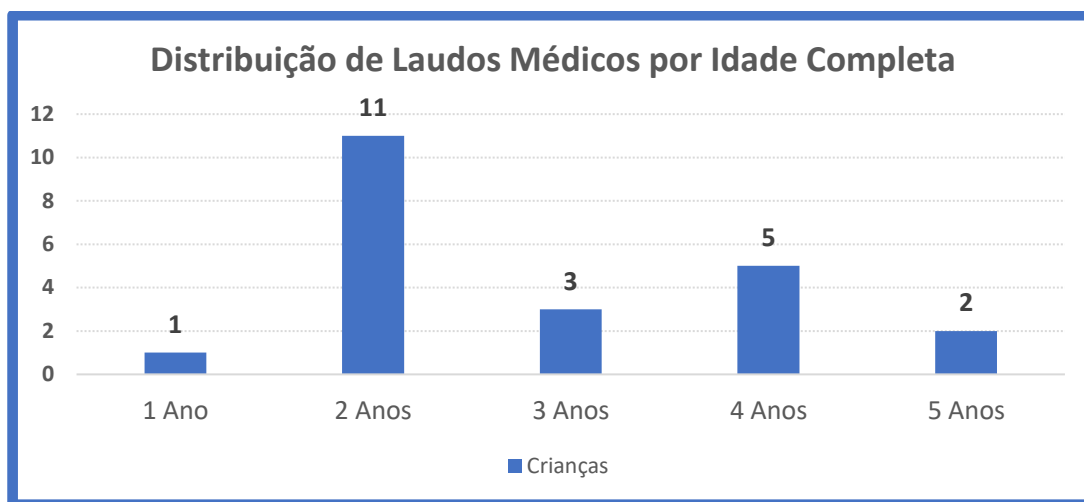
A relação entre os diagnósticos médicos e o controle sobre a vida das crianças no CMEI pode ser entendida à luz do conceito de biopoder, conforme descrito por Foucault.

como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder (FOUCAULT, 2008, p. 3).

O gráfico 3 a seguir ilustra a distribuição das idades das crianças que receberam laudos diagnósticos, com destaque para o quantitativo em cada faixa etária. Notamos que um laudo foi emitido para uma criança de 1 ano, 11 laudos para crianças de 2 anos, 3 para crianças de 3 anos, 5 para crianças de 4 anos e 2 para crianças de 5 anos. Chama a atenção o fato de que a maior concentração de diagnósticos ocorreu aos 2 anos. Esse dado pode ser reflexo dos avanços da

medicina, do maior acesso à informação e controle por parte dos profissionais de saúde. No entanto, essa concentração também nos leva a questionar se comportamentos infantis normais não estariam sendo cada vez mais patologizados, transformando processos naturais de desenvolvimento em diagnósticos médicos.

Gráfico 3. Distribuição de laudos médicos por idade completa.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

Nas entrevistas realizadas, abordamos com as participantes a questão do laudo médico e seu impacto no processo de diagnóstico e na inclusão escolar de suas crianças. As falas a seguir, apresentadas nos Quadros 13 a 17, revelam diferentes perspectivas e experiências vividas por mães, pais e educadores em relação ao laudo. Elas ilustram como o diagnóstico formal influencia o entendimento das famílias sobre as necessidades de seus filhos, bem como as implicações desse documento nestas famílias.

O Quadro 13 apresenta a fala da Mãe de Camila, destacando sua reação ao receber o laudo médico de TEA para sua filha. Esse relato expõe a sensação de estar perdida e sem direcionamento após o diagnóstico, o que é comum entre famílias que se deparam com o laudo pela primeira vez. A mãe descreve a necessidade de buscar informações de forma autônoma, assistindo vídeos e se conectando com outras mães para compreender melhor o que o diagnóstico significa e como seguir com os tratamentos necessários. Sua experiência ressalta a falta de uma rede de apoio estruturada, levando-a a fazer mudanças drásticas em sua vida profissional para se dedicar integralmente à filha.

Quadro 13 – Fala da Mãe da Camila.

Pesquisador: Como você lidou com o laudo médico?

Mãe da Camila: Eu fiquei assustada, porque eu não tinha conhecimento do que era. Eu não tinha conhecimento nenhum. **Estava totalmente perdida, no escuro.** Quando você recebe um laudo de TEA, você sabe que vai ter que correr atrás de informação. Apesar de, hoje em dia, muitas crianças estarem sendo diagnosticadas, quando você recebe o laudo, fica perdida. **Eu comecei a procurar informação, assistir vídeos, procurar mães que já têm o diagnóstico dos filhos para poder me ajudar, me dar um direcionamento.**

Mas eu fiquei totalmente perdida. Além disso, ela não queria mais ficar com a babá, começou a ter medo de tudo, principalmente depois da sessão de fogos. Então, eu tive que fazer uma escolha: sair do trabalho de 10 anos para poder ficar com ela. Como eu não tenho uma rede de apoio — minha mãe mora em uma casa separada, aqui no bairro, e me ajuda de vez em quando, mas não todos os dias —, percebi que ela ia precisar de muita ajuda. Aí, escolhi sair do trabalho para correr atrás das coisas para ela, como as terapias. Eu sigo todas as redes sociais da APAE e da AMES, sigo tudo, porque fico procurando qualquer coisa que possa encaixá-la. Agora, graças a Deus, estou super feliz. Fui ao CRAS e consegui colocá-la em um projeto piloto da APAE junto com o CRAS, chamado *Hora de Brincar*. Ela começou na terça-feira. Tem fonoaudiólogo, psicólogo, professor de educação especial, todos os tipos de profissionais. Esse projeto piloto é o primeiro no Espírito Santo a atender crianças de 1 a 4 anos com TEA, porque até então não havia lugar que tratasse a primeira infância dessas crianças.

Fala da Mãe da Camila.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe da Camila, grifo nosso.

O caso da Mãe de Camila, o diagnóstico provocou uma reestruturação completa de sua vida profissional e pessoal, ressaltando a ausência de uma rede de apoio. Isso reflete um fenômeno comum em famílias de crianças com TEA, onde a busca por tratamentos e a falta de suporte levam muitas mães a abandonarem seus empregos para se dedicarem aos filhos. Essa situação está diretamente relacionada à falta de políticas públicas eficientes que ofereçam apoio adequado a essas famílias.

O Quadro 14 traz a fala da Diretora, que reflete sobre as dificuldades e questionamentos envolvendo os laudos médicos. A diretora comenta a padronização excessiva encontrada nos laudos emitidos para diferentes crianças com TEA, chamando atenção para o fato de que, muitas vezes, os documentos são idênticos, sem considerar as particularidades de cada aluno. A fala sugere uma crítica à prática de se confiar inteiramente no laudo médico para determinar as intervenções pedagógicas, ressaltando a necessidade de uma abordagem mais coletiva do individualizada e integrada entre a escola e as famílias.

Quadro 14 – Fala da Diretora.

Pesquisador: Você já recebeu algum laudo aqui que, ao ler, achou estranho o que o médico colocou?

Diretora: Vários laudos. **Até laudos que são idênticos.** Porque nós, como educadores, pensamos que cada criança tem suas especificidades. Então, não é porque eu entendo que uma criança é TEA que eu vou ter três crianças com TEA na sala com os mesmos comportamentos. **Mas quando pegamos o laudo, o laudo é idêntico tanto para uma criança quanto para a outra.**

Diretora: E ele já determina o que a escola tem que fazer com aquela criança. O que a escola tem que oferecer? Como se a escola tivesse à disposição...

Pesquisador: Fosse sujeita a isso.

Diretora: Sujeita, é.

Diretora: “Olha só, esse aqui é o médico que está falando, tá?”

Diretora: Então você não questiona.

Diretora: Chega de uma forma muito impositiva: “O laudo é esse e a criança precisa desse atendimento.”

E isso nem sempre é necessário, pelo menos não dessa forma, mas sim em diversos casos.

Pesquisador: Aí o médico faz isso.

Diretora: Sim, faz isso, tem muito disso. E geralmente são laudos de médicos particulares, o que também nos leva a questionar, porque sabemos que o laudo particular tem um custo muito alto. Então, a pessoa que paga por uma consulta particular espera uma resposta. E o médico é quem dá essa resposta, às vezes.

Fala da Diretora

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Diretora, grifo nosso.

A fala da Diretora no Quadro 14 destaca uma crítica frequente ao sistema de emissão de laudos: a padronização excessiva e a falta de individualização das recomendações. A prática de prescrever soluções universais para crianças com TEA, independentemente de suas particularidades. Essa crítica se alinha ao questionamento sobre a medicalização da infância e à tendência de tratar o comportamento das crianças como passível de diagnóstico, ignorando fatores contextuais e pedagógicos.

No Quadro 15, a Mãe da Clara compartilha sua experiência frustrante com a consulta médica. Em uma breve interação de 20 minutos, a mãe recebeu orientações vagas da médica, incluindo a recomendação de procurar informações no Google. Essa fala ilustra o distanciamento entre alguns profissionais de saúde e as preocupações legítimas dos pais, evidenciando a importância de uma abordagem mais atenciosa e informativa por parte dos médicos. A experiência da mãe da Clara aponta para a urgência de um tratamento mais humanizado e acolhedor no atendimento das crianças com TEA.

Quadro 15 – Fala da Mãe da Clara.

Pesquisador: Mas como é a consulta com a neurologista?

Mãe da Clara: É rapidinho. A médica faz em 20 minutos. É rapidinho. Eu falo assim, eu preciso desse remédio, aí ela já faz a receita. Aí eu só fui fazer uma pergunta, porque a Clara começou a andar nas pontas dos pés, assim, bastante, e ela falou: "Mãe, eu já não lhe falei que sua filha é autista? Por que você não vai pesquisar no Google? Pesquisa lá no Google, que tudo você vai saber lá o que os autistas fazem."

Fala da Mãe da Clara.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe da Clara, grifo nosso.

O Quadro 16 apresenta o relato do Pai de Bento, que descreve a trajetória entre diferentes diagnósticos e tratamentos médicos para seu filho, incluindo o uso da medicação risperidona. A fala destaca a frustração da família com a falta de resultados positivos, e a decisão de suspender o uso do medicamento após a constatação de que ele não estava surtindo o efeito desejado. O relato expõe a complexidade do processo de tratamento de crianças com diagnósticos como TDAH e Transtorno Desafiador Opositivo (TOD).

Quadro 16 – Fala do Pai de Bento.

Pesquisador: Era particular essa consulta?

Pai do Bento: Era pelo plano de saúde. Aí a gente achou um, que era pelo plano de saúde... só tinha esse neuro que a gente levou. Aí decidimos levar ele para um particular e solicitar o reembolso. Levamos ele para um particular, e o médico observou o Bento e disse: “Olha, eu descarto o autismo, mas ele tem características de TDAH, e também, pelos comportamentos que vocês estão relatando, ele pode ter TOD, que é o Transtorno Desafiador Opositivo”. Mas ele disse a mesma coisa: “A gente não pode dar um diagnóstico em 10 ou 20 minutos de consulta... precisa de um acompanhamento”

Então ele passou uma medicação para dar uma acalmada no Bento, que foi a risperidona. O Bento tomava, acho que, 5 ml de risperidona. Por um tempo, medicamos ele, mas vimos que essa medicação não estava surtindo efeito nenhum. Não percebíamos nenhuma mudança, nenhuma melhora no comportamento do Bento. Na verdade, o primeiro neuro já tinha passado risperidona, mas numa quantidade manipulada, e achamos que o Bento ficou muito alterado, com aspecto de dopado. Aí comecei a me preocupar... não acho certo o menino virar outra criança, não era o Bento que a gente conhecia. Decidimos parar, e ele quebrou o vidro do remédio sem querer. Precisava levar de novo para pegar a receita, e eu pensei: “Não vou ter todo esse trabalho, entendeu? Desisti”. Aí o outro médico passou risperidona, mas de farmácia, sem ser manipulada. Demos os dois frascos para ele, mas vimos que não estava surtindo efeito nenhum. E aí minha cunhada, que é psicopedagoga, falou: “Não dá esse remédio não, suspende, porque se ele não tiver nada, a gente não sabe o dano que isso pode causar no desenvolvimento dele”. Então suspendemos o remédio.

O Bento começou a fazer terapias: psicopedagogia, psicoterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia... E a escola onde ele estuda, que é meio período, vinha relatando algumas coisas sobre o comportamento do Bento, o que foi um sinal de alerta para a gente, e por isso buscamos ajuda também. Quando a escola nos comunicou, nós já estávamos em um processo de acompanhamento. Isso nos tranquilizou, porque já percebíamos algumas coisas no comportamento dele. Recentemente, levamos ele na neuropediatra pelo plano, e a neuro deu alta, dizendo: “Eu não acho necessidade nenhuma de continuar, porque ele é uma criança super desenvolvida, não tem nenhuma característica de problema”. Passou só um calmante para ele à noite, para ter um sono mais tranquilo, e outro calmante mais natural para o dia, menos agressivo em termos de efeitos colaterais. Percebemos que ele ainda tem muita coisa no comportamento que às vezes nos assusta, mas melhorou muito depois das terapias e da vivência na creche. As pessoas, sabendo da situação, passaram a lidar melhor com ele. Mas percebemos que precisamos ser muito firmes com ele, porque ele desafia o tempo todo. Sabemos que toda criança testa os pais, mas quando ele coloca algo na cabeça, é muito difícil.

Fala do Pai do Bento.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com o Pai do Bento.

O Quadro 17 apresenta a fala da Mãe do João, que descreve o longo processo de diagnóstico do filho, que incluiu múltiplas consultas e opiniões de diferentes médicos. Após dois anos de acompanhamento, o laudo final confirmou o diagnóstico de autismo e TDAH. Esse relato evidencia a busca por respostas por parte das famílias e a incerteza que muitas enfrentam ao

lidar com diagnósticos iniciais. A fala da mãe do João reflete o esforço contínuo em obter um diagnóstico preciso e o impacto emocional que esse processo tem sobre as famílias.

Quadro 17 – Fala da Mãe do João.

Pesquisador: E como foi o processo do diagnóstico?

Mãe do João: Começamos o monitoramento com ele a partir dos quatro anos. Aí ficamos esses dois anos, e depois fechou o laudo. Porque, antes de fechar, **eu procurei uma segunda opinião. Acabou virando terceira opinião.** Dos três médicos pelos quais passamos, dois fecharam com laudo de autismo e TDAH.
Fala da Mãe do João.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe do João, grifo nosso.

Por fim, o relato da Mãe do João no Quadro 17 ilustra a complexidade do processo de diagnóstico, que muitas vezes envolve múltiplos profissionais e opiniões divergentes. A busca por uma segunda ou terceira opinião é um fenômeno comum entre famílias que desejam entender melhor o que está acontecendo com seus filhos, especialmente em casos como o de João, onde as opiniões médicas variaram até a confirmação de autismo e TDAH.

A tabela 7 a seguir apresenta a análise de 22 laudos médicos emitidos para crianças do CMEI Superman, levando em consideração quatro critérios principais: o médico responsável, a clínica onde o atendimento foi realizado, o diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), e a idade da criança no momento do laudo. Para garantir o anonimato e preservar a privacidade das crianças, os nomes dos médicos e das clínicas foram substituídos por códigos. Os médicos foram designados como “Médico A” até “Médico K”, e as clínicas de atendimento como “Clínica A” até “Clínica E”. As instituições de saúde envolvidas incluem uma clínica filantrópica, uma instituição de especialidades médicas de um plano de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 7 – Idade quando diagnosticada.

MÉDICO	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	IDADE QUANDO DIAGNOSTICADA
Médico A	Clínica C	TEA	3 anos, 4 meses
Médico A	Clínica D	TEA	2 anos, 7 meses
Médico A	Clínica D	TEA	2 anos, 2 meses
Médico A	Clínica D	TEA	4 anos, 9 meses
Médico A	Clínica C	TEA	4 anos, 2 meses
Médico A	Clínica B	TEA	2 anos, 8 meses

Médico A	Clínica B	TEA	2 anos, 8 meses
Médico B	Clínica B	TEA	3 anos, 11 meses
Médico B	Clínica B	TEA	5 anos
Médico C	Clínica A	TEA	4 anos, 10 meses
Médico C	Filantrópica	PC	1 ano, 11 meses
Médico D	Plano de Saúde A	TEA	2 anos, 11 meses
Médico D	Plano de Saúde A	TEA	2 anos, 9 meses
Médico E	SUS	Surdez	2 anos, 6 meses
Médico F	Plano de Saúde A	TEA	2 anos, 2 meses
Médico F	Plano de Saúde A	TEA	4 anos
Médico G	SUS	DI	5 anos, 3 meses
Médico H	SUS	TEA	2 anos, 2 meses
Médico I	SUS	TEA	3 anos
Médico I	Plano de Saúde A	TEA	2 anos, 7 meses
Médico J	SUS	TEA	4 anos, 2 meses
Médico K	Clínica E	TEA	2 anos, 2 meses

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

Um ponto que merece destaque é o “Médico A”, responsável por 7 dos 22 laudos analisados, todos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esse profissional é amplamente conhecido no município como o “médico do TEA”, o que sugere uma atuação focada nessa área. Ao consultar seu registro no Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES), verificou-se que, apesar de seu registro ativo, não consta nenhuma especialidade formal. Além disso, seu carimbo nos laudos não menciona qualquer especialidade médica. Esse fato levanta questionamentos sobre a adequação de sua atuação e a confiança que as famílias depositam nele, especialmente pela quantidade de laudos emitidos.

Outro aspecto relevante é o fato de muitos pais buscarem clínicas privadas, como o “Plano de Saúde A” e outras clínicas especializadas, que cobram por consultas avulsas ou oferecem planos participativos para agilizar o processo de diagnóstico e emissão do laudo. Embora o laudo não seja um requisito formal para o acesso aos serviços de educação especial, conforme previsto pela Resolução CMES Nº 203-2022, ele ainda é amplamente utilizado na prática. Isso reflete o imaginário das famílias, que veem o laudo como um meio necessário para garantir o atendimento adequado.

Essa busca por alternativas privadas pode evidenciar tanto uma percepção de maior rapidez no atendimento médico quanto uma possível limitação no entendimento sobre as políticas

vigentes, que preveem o acesso aos serviços educacionais sem a obrigatoriedade de um diagnóstico médico formal. A predominância do diagnóstico de TEA, somado à baixa diversidade de diagnósticos apresentados, também é digna de nota, sugerindo uma tendência nos laudos emitidos, que pode estar relacionada tanto à formação dos médicos quanto ao tipo de clínica onde o atendimento é realizado.

Para aprofundar a análise sobre o processo de diagnóstico no contexto do TEA, foram selecionados três laudos emitidos pelo Médico A, realizados em três clínicas diferentes. Embora todos os laudos compartilhem o mesmo diagnóstico, TEA, algumas especificidades chamaram a atenção durante a pesquisa, principalmente no que se refere ao formato e à estética dos documentos.

O laudo, por natureza, deveria ser o resultado de uma investigação minuciosa, levando em conta as características únicas de cada criança. Portanto, é questionável a existência de laudos tão semelhantes, ou até idênticos, contendo as mesmas recomendações para crianças com perfis e necessidades distintas. Essa padronização excessiva levanta dúvidas sobre a adequação e a personalização do diagnóstico e das recomendações, que deveriam ser construídas com base em uma avaliação detalhada de cada caso. A seguir, serão discutidos individualmente os laudos e suas especificidades.

Imagem 1 – Laudo da Criança A

Clínica C

LAUDO MÉDICO

Nome: **Criança A, 4 anos, 2 meses**

O paciente acima apresenta, CID 11 – 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e linguagem funcional prejudicada, CID 11 – 6A05.1 – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade predominantemente hiperativo impulsivo, o paciente apresenta atraso do desenvolvimento da fala, socialização empobrecida, interesse restrito, alterações sensoriais e comportamentos estereotipados, deve realizar acompanhamento com equipe multidisciplinar composta por:

- 1) Fonoaudiologia – 2 horas semanais
- 2) Psicologia Clínico – 2 horas semanais
- 3) Psicologia – ABA – 2 horas semanais
- 4) Terapia ocupacional 2 horas semanais
- 5) Psicopedagogia – 2 horas semanais
- 6) Nutricionista
- 7) Equoterapia

Em equipe TEA especializada em ABA, por no mínimo 10 horas semanais.

Devido a importante seletividade alimentar a paciente deverá ser se necessário acompanhada pela nutricionista e se possível levar os próprios alimentos para a escola.

Na escola deve sentar-se perto da professora realizar testes adaptados, ter se necessário intermediador/cuidador dedicado, sugiro integração sensorial.

Inclusive deve ser preservado de sons na frequência que tornam impossível a presença do aluno em sala de aula ou em qualquer outro ambiente que esses sons possam ocorrer.

CID 10: F84.5 – F90.0 // CID 11: 6A02.3 – 6A05.1

Data: 15/09/2022

Médico A
Assinatura carimbo

– WhatsApp: [redacted]

Fonte: Editado pelo pesquisador conforme laudo disponibilizado pelo CMEI.

O primeiro laudo, referente à criança A, emitido pela Clínica C, diagnosticou TEA aos 4 anos e 2 meses. O documento recomendava a realização de sete terapias, o que levanta preocupações sobre como essa rotina intensa poderia ser conciliada com a qualidade de tempo que a criança teria com sua família e cuidadores, além das demandas da educação infantil.

Considerando que a criança já estava matriculada no CMEI Superman, essa carga terapêutica extensa poderia interferir no tempo necessário para o convívio familiar e atividades de socialização essenciais para seu desenvolvimento. Além disso, um ponto de reflexão é o papel das recomendações à educação, neste caso ao CMEI Superman. É questionável se o laudo médico deve, de fato, incluir orientações tão específicas sobre o cotidiano escolar, e até que ponto ele cumpre esse papel de forma eficaz. Esse é um ponto que será refletido ao longo deste capítulo.

Imagem 2 – Laudo da Criança B

Clínica B

LAUDO MEDICO

Nome: Criança B, 2 anos, 8 meses

O paciente acima apresenta Autismo, e o paciente apresenta atraso do desenvolvimento da fala, socialização empobrecida, contato visual fugaz, interesse restrito, alterações sensoriais e comportamentos estereotipados, deve realizar acompanhamento com equipe multidisciplinar composta por:

- 1) Fonoaudiologia
- 2) Psicologia
- 3) Psicopedagogia
- 4) Terapia ocupacional
- 5) Fisioterapia
- 6) Equoterapia
- 7) Nutricionista

Com urgência em equipe TEA especializada em ABA

Na escola deve sentar-se perto da professora realizar testes adaptados, ter intermediador/cuidador dedicado, sugiro integração sensorial.

CID: F84.0

Data: 11/01/2021 **Médico A**

Assinatura carimbo

Dr. [Redacted] Celular: [Redacted]

Telefone: 27 [Redacted]

INSTAGRAM: [Redacted] - 27 [Redacted]

[Redacted]

MARCAÇÃO DE CONSULTAS - 27 [Redacted]

Fonte: Editado pelo pesquisador conforme laudo disponibilizado pelo CMEI.

O segundo laudo, emitido pela Clínica B para a criança B, diagnosticou TEA aos 2 anos e 8 meses. Embora a criança estivesse em uma idade mais jovem que a criança A, o conteúdo do laudo é semelhante, com a recomendação das mesmas sete terapias. Novamente, surge a questão de como essa rotina terapêutica extensa pode impactar a qualidade de tempo com a família e os cuidadores, além de suas atividades no CMEI. Um aspecto que merece destaque neste laudo é a inclusão de propagandas e múltiplos contatos telefônicos, bem como a divulgação do perfil do Instagram do médico, sugerindo que os pais sigam o profissional nas redes sociais. Essa prática levanta questões éticas sobre o objetivo do laudo, que deveria estar focado exclusivamente no diagnóstico e nas necessidades da criança, sem incluir elementos de autopromoção profissional.

Imagem 3 – Laudo da Criança C

Clínica D

LAUDO MÉDICO

Nome: Criança C, 2 anos, 2 meses

O paciente acima apresenta autismo, e a paciente apresenta atraso do desenvolvimento da fala, socialização empobrecida, contato visual fugaz, interesse restrito, alterações sensoriais e comportamentos estereotipados, deve realizar acompanhamento com equipe multidisciplinar composta por:

- 1) **Fonoaudiologia**
- 2) Psicologia
- 3) **Terapia ocupacional**
- 4) Equoterapia
- 5) Psicopedagogia
- 6) Fisioterapia
- 7) Nutricionista

Com urgência, em equipe TEA especializada em ABA.

O paciente necessita ir todos os dias sem interrupções para a escola para maior eficácia e adesão ao tratamento.

Na escola deve sentar-se perto da professora realizar testes adaptados, ter intermediador/cuidador dedicado, sugiro integração sensorial.

CID: F84

Médico A

 Assinatura e carimbo

Data: 21/10/2021

Dr. [Redacted] - Celular: 27 [Redacted]

Fonte: Editado pelo pesquisador conforme laudo disponibilizado pelo CMEI.

O terceiro laudo, referente à criança C, emitido pela Clínica D, também diagnostica TEA e segue o mesmo padrão dos laudos anteriores, recomendando sete terapias. Neste caso, a criança foi diagnosticada em uma idade ainda menor que as anteriores, o que traz à tona uma preocupação central: como a família e a criança poderão conciliar essa quantidade intensa de terapias com a frequência no CMEI Superman. Considerando o cansaço e o esforço exigidos tanto da criança quanto da família para manter uma rotina tão extensa, é essencial refletir sobre o impacto dessa sobrecarga no bem-estar da criança. A educação infantil, neste contexto, tem um papel fundamental como espaço de interação social e aprendizagens, e deve ser valorizada como um ambiente essencial para o desenvolvimento integral da criança. A imposição de uma rotina tão exigente de terapias pode comprometer esse equilíbrio, afetando tanto a capacidade da criança de socializar quanto de aprender de forma natural e prazerosa.

Os três laudos apresentados, todos emitidos pelo Médico A, trazem recomendações padronizadas que incluem sete terapias por criança e uma abordagem específica, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Além disso, em todos os laudos há orientações para a educação infantil, como a recomendação de que a criança “deve sentar-se perto da professora, realizar testes adaptados, ter um intermediador/cuidador dedicado e sugere-se a integração sensorial”. Embora essas orientações para a educação infantil sejam importantes, elas levantam questionamentos sobre o quanto são realmente individualizadas de acordo com as necessidades específicas de cada criança. A padronização dessas recomendações será discutida em uma seção específica deste capítulo, que tratará das orientações fornecidas à educação infantil e seu papel no acolhimento das necessidades educacionais dessas crianças.

De acordo com Foucault os lugares na sala estão marcados:

Haverá em todas as salas de aula lugares determinados para todos os escolares de todas as classes, de maneira que todos os da mesma classe sejam colocados num mesmo lugar e sempre fixo. Os escolares das lições mais adiantadas serão colocados nos bancos mais próximos da parede e em seguida os outros segundo a ordem das lições avançando para o meio da sala... Cada um dos alunos terá seu lugar marcado e nenhum o deixará nem trocará sem a ordem e o consentimento do inspetor das escolas. [Será preciso fazer com que] aqueles cujos pais são negligentes e têm piolhos fiquem separados dos que são limpos e não os têm; que um escolar leviano e distraído seja colocado entre dois bem comportados e ajuizados, que o libertino ou fique sozinho ou entre dois piedosos (Foucault 2010, p. 174).

Com base nas orientações dos laudos e nas análises de Foucault (2010), é possível perceber que a simples mudança física de lugar da criança dentro da sala de aula não é suficiente para garantir uma educação inclusiva e adequada às suas necessidades. O posicionamento dos alunos, como

descrito por Foucault (2010) reflete uma tentativa de controle disciplinar, onde a criança é vista como um corpo a ser colocado em um local específico, sem considerar as complexas interações sociais e pedagógicas que influenciam sua aprendizagem. Esse olhar fixo sobre a posição física dos alunos muitas vezes ignora o aspecto mais importante: o olhar pedagógico e a abordagem educacional que vai além de arranjos espaciais.

5.5.3 REFLEXÕES DO DIÁRIO DE BORDO: "O LAUDO MÉDICO NÃO FEZ BEM"

No CMEI Superman, ocorreu uma situação com Gabriel, uma criança do público-alvo da educação especial, que apresentou um comportamento comum para sua faixa etária: mordeu um colega durante o período de brincadeiras. A professora regente, Tatiane, e eu, como professor de Educação Especial e pesquisador, já estávamos trabalhando junto à criança para mediar esses comportamentos no ambiente escolar. A diretora Sandra, ao ser informada do ocorrido, enviou um bilhete para a mãe de Gabriel, Verônica, pedindo que ela conversasse com o filho em casa para reforçar as orientações e o trabalho que estava sendo feito no CMEI Superman.

No entanto, para surpresa de todos, no dia seguinte, Verônica respondeu ao bilhete na agenda, enfatizando que Gabriel era autista e tinha um laudo médico, o que, em sua visão, impossibilitava que ela fizesse qualquer intervenção ou mediação com o filho, já que ele era considerado suporte 3. A resposta causou um certo incômodo na equipe pedagógica, especialmente porque o comportamento de morder era típico para a idade de Gabriel, independentemente de seu diagnóstico.

Dias depois, o CMEI Superman realizou uma programação de acolhimento para as famílias de crianças do público-alvo da educação especial. Marta, uma mãe de uma criança atípica, foi convidada para compartilhar sua experiência sobre a conduta e os desafios de criar seu filho, oferecendo um relato enriquecedor para as outras famílias. Verônica compareceu ao evento e participou ativamente, comentando durante a palestra e fazendo perguntas pertinentes.

No final, houve um espaço aberto para que os pais compartilhassem suas experiências, e Verônica voltou ao episódio do filho ter mordido o colega, afirmando categoricamente que “não havia nada a ser feito, porque ele tem laudo médico”. A declaração causou um desconforto

geral, pois contradizia a fala da palestrante, que havia ressaltado a importância de estabelecer limites para todas as crianças, atípicas ou não, e de reconhecer que cada uma aprende a seu tempo.

Em outro evento, desta vez uma programação aberta para todas as famílias, o CMEI Superman recebeu um stand-up sobre os desafios de criar filhos. Durante a palestra, Gabriel passou alguns momentos do tempo no parquinho, distante dos demais. Após algum tempo, ele se deslocou sozinho para outro parquinho, com brinquedos maiores, longe da vista de todos. Percebendo o risco iminente de queda, eu, junto com a diretora Sandra, fomos monitorá-lo e trazê-lo de volta para o local da palestra. Após um período, Verônica apareceu e, novamente, repetiu que não poderia contrariar o filho, pois “ele é difícil e gosta muito do parquinho” e, por isso, não poderia ser repreendido.

Por fim, em uma atividade entre família e escola, a professora Tatiane propôs que os pais e as crianças da sua turma confeccionassem panos de prato por meio de pintura, em uma ação colaborativa. Durante a atividade, Gabriel saía da sala com frequência, ora ficando no pátio, ora indo para o parquinho sozinho. Eu e a cuidadora, Renata, fomos três vezes atrás dele, conduzindo-o de volta para a sala. Enquanto isso, Verônica permanecia na sala, envolvida na pintura, sem se engajar na atividade com o filho, que deveria ser realizada em conjunto.

Esses episódios chamaram a atenção de toda a equipe pedagógica. Ficou evidente que, para Verônica, o laudo médico parecia ter se tornado uma justificativa para que Gabriel fizesse tudo o que quisesse, sem qualquer intervenção ou limite por parte da mãe. Acreditamos que, a partir do laudo, Verônica passou a interpretar o comportamento do filho como algo incontrolável, o que tem gerado sérios prejuízos para o desenvolvimento da criança no ambiente escolar.

Esse relato, registrado em meu Diário de Bordo, evidencia como a metodologia da cartografia permite que fatos cotidianos, como esses episódios com Verônica e Gabriel, sejam compreendidos em suas múltiplas camadas. A cartografia busca mapear não apenas os eventos em si, mas também as interações e os fluxos de afeto que permeiam essas situações. O comportamento de Verônica em relação ao laudo médico reflete uma complexidade que vai além da simples questão de disciplina. Esse mapeamento das relações revela como o saber médico pode influenciar as decisões e posturas dos cuidadores, muitas vezes gerando mal-entendidos sobre o papel da família na educação de uma criança atípica. A cartografia, assim,

permite acompanhar essas transformações e fluxos, buscando novas formas de entender o impacto que esses saberes têm nas práticas cotidianas da educação inclusiva.

5.5.4 NARRATIVAS PARENTAIS: VOZES DAS ENTREVISTAS

Ao analisar as narrativas dos pais presentes nos quadros 18 a 21, emergem questões recorrentes de exclusão social que seus filhos enfrentam diariamente. A exclusão está intrinsecamente ligada ao estigma associado ao diagnóstico médico, evidenciando como o poder da medicalização impacta tanto o indivíduo quanto as famílias. Essa exclusão, que marginaliza as crianças com necessidades especiais e suas famílias, pode ser compreendida à luz do conceito de biopoder, que regula o trânsito através do controle da vida e da normatização dos corpos.

Conforme apontado por Araújo (2017), o biopoder, ao emergir junto com o fortalecimento do saber médico, traz uma nova lógica para o tratamento dos corpos ditos desviantes, anteriormente excluídos da sociedade. “Na modernidade, aqueles que antes se encaixavam na lógica do 'fazer morrer', passaram a apresentar nomenclaturas patológicas que os enquadraram na lógica do 'deixar morrer” (Araújo, 2017).

Esse processo de medicalização, conforme descrito por Moysés e Collares (2014), transforma comportamentos historicamente construídos em objetos biológicos, resultando na rotulação e institucionalização de indivíduos. Segundo os autores:

“Não mais possuídos, mas loucos, epiléticos. Delinquentes não são lugares de endemoniados. No início, indiferenciados, todos enquadrados na mesma etiqueta e mesma cela da mesma instituição, depois separados em etiquetas, celas e instituições diferentes e exatamente iguais. Assim se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído” (Moysés, Collares, 2014, p. 26).

Os relatos dos pais nos quadros que seguem refletem essa realidade, na qual a medicalização, ao mesmo tempo que oferece diagnósticos e suporte, também perpetua exclusões que vão além da condição médica em si.

Quadro 18 – Fala da Mãe da Camila.

<p>Pesquisador: Agora é o momento de você dar seu recado, é o <i>Fala Mãe!</i></p>

Mãe da Camila: Ah, eu falaria para toda a sociedade olhar mais para as crianças, entendeu? Com o diagnóstico de TEA e também para as mães, para as famílias, porque não é fácil, não é fácil ser uma família atípica, entendeu? As dificuldades são muito grandes, os obstáculos são muito grandes. Hoje em dia, ainda existe muito preconceito, a gente escuta muitas coisas que desanimam. A gente encontra muitos obstáculos pelo caminho ainda. Eu acredito que, se houvesse mais apoio da sociedade e do governo, essa questão do peso que a família atípica carrega seria mais amenizada, entendeu? Porque o que a gente mais quer é que nossos filhos tenham uma vida... não vai ser totalmente igual, mas que podem ter uma vida mais facilitada, porque é complicado.

Pesquisador: Você então pensa que a sociedade...

Mãe da Camila: Ainda tem muito preconceito.

Pesquisador: Você já sofreu algum preconceito?

Mãe da Camila: Várias vezes. Já escutei: **“Nossa, mas ela nem parece ser autista”**, “Ela é bem mal criada”, **“Isso aí é birra, você tem que corrigir ela mais”**.

Em vários lugares, as pessoas olham, às vezes até falam. E você não escuta só de pessoas fora do convívio, pessoas da própria família também falam: **“Você tem que controlar essa criança”**, “Essa criança é muito teimosa”, “Essa criança faz birra, você não está educando direito”. As pessoas não têm conhecimento, não sabem o que é, e julgam. Isso acaba, além de machucar a gente, fazendo com que precisemos de tratamento também. Tanto que, por toda essa pressão da sociedade e pelo meu cotidiano, pela minha rotina que é completamente diferente, estou tendo que me tratar também. Para cuidar dela, eu preciso de tratamento.

Fala da Camila.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe da Camila, grifo nosso.

A fala da Mãe da Camila expõe de forma precisa a experiência de exclusão que muitas famílias de crianças com TEA enfrentam. A sua percepção sobre a falta de apoio da sociedade e do governo ressalta a necessidade de uma maior conscientização social sobre as dificuldades vividas pelas famílias atípicas. O impacto do preconceito não apenas afeta o desenvolvimento da criança, mas também sobrecarrega os cuidadores, resultando em consequências emocionais e psicológicas para os pais, como ela mencionou ao destacar a necessidade de tratamento para lidar com a rotina exaustiva. Essa realidade é agravada pela falta de compreensão das pessoas, inclusive dentro do próprio círculo familiar.

No Quadro 19, a Mãe do João reforça essa visão ao compartilhar episódios de preconceito vivenciados em espaços públicos, o que evidencia ainda mais a urgência de um olhar inclusivo da sociedade.

Quadro 19 – Fala da Mãe do João.

Pesquisador: Você acha que a nossa sociedade é uma sociedade inclusiva?

Mãe do João: Não. Porque não é. Há muita crítica, há muito preconceito. Há preconceito dentro de casa, na igreja, na esquina, no supermercado. As pessoas falam que autismo e TDAH viraram moda. Não é que virou moda, é que agora está sendo diagnosticado. Eu saí com o João na quinta-feira passada. A gente foi lá na praça do Papa. E o que tinha de preconceito? Porque tinha uma fila para as crianças e outra fila para prioridades. Nossa, a gente ia para a fila de prioridades e o pessoal começava a falar na cara mesmo: “Ah, vocês tinham que

vir para a fila normal, onde está todo mundo.” E não sei o quê, falando que estávamos aproveitando. O João foi em todos os brinquedos, que eram todos gratuitos.
Fala da Mãe do João.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe do João.

Quadro 20 – Fala do Pai do Marcelo.

Pai do Marcelo: Eu mando pros pais. Eu acho que os pais não devem ignorar as suspeitas, sabe? Acredito que os pais precisam estar atentos ao diagnóstico precoce. Acredito que essa ainda é a melhor saída, porque, assim como meu filho vem superando dificuldades que tinha, eu acredito que, se os pais forem atentos a isso, pode ajudar muito as crianças.

O problema é que muitos pais ignoram o profissional, ignoram o médico, ignoram o professor, ignoram as pessoas que falam a respeito. Porque é filho, é difícil mesmo, né? Quer proteger o filho? “Ah, comigo não, né? Não tem ninguém na minha família, não pode ser comigo”. Mas se alguém de fora disse, acho que é, pelo menos, digno de atenção, é digno de pensar: “Poxa, perai, vou avaliar”. Sabe? Porque isso é primordial para a criança, para o desenvolvimento dela. Eu acredito que, hoje, já existem muitas leis, agora falando de questão de lei e dos direitos da criança. Já vejo benefícios de isenções de impostos, de compra de carro para melhorar, facilitar a vida. E também a questão do professor de educação especial, acho que a exclusividade com o aluno já existe. Então, assim, nesse momento, minha mensagem vai mesmo para os pais, entendeu? E claro, acho que, em termos de educação, sempre podemos melhorar, né? Sempre podemos melhorar. Acho que é isso.
Fala do Pai do Marcelo.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com o Pai do Marcelo, grifo nosso.

A fala do Pai do Marcelo no Quadro 20 destaca a importância do diagnóstico precoce e da atenção dos pais aos sinais observados por profissionais e educadores. Ele enfatiza que muitos pais, inicialmente, tendem a negar a possibilidade de um diagnóstico, especialmente por ser algo difícil de aceitar. Essa preocupação com o diagnóstico precoce remonta a discursos higienistas do início do século XX, como o apresentado no artigo “Exortação às Mães” (1932), no qual se afirmava a urgência de “estabelecer como norma o exame mental periódico das criancinhas”.

A Liga Brasileira de Higiene Mental incentivava as mães a ficarem atentas aos “sinais de alarme” no comportamento de seus filhos, sugerindo que qualquer desvio, como “excesso de timidez” ou “defeito na linguagem”, poderia ser indício de uma predisposição nervosa. Assim, o apelo para o diagnóstico precoce e a atenção a comportamentos infantis “anormais” não é novo, mas parte de um movimento histórico que liga o cuidado com o desenvolvimento infantil ao controle social e à medicalização, como discutido por (Moysés, Collares, 2014).

Quadro 21 – Fala do Pai do Bento.

Pesquisador: Você acha que a nossa sociedade é uma sociedade inclusiva?

Pai do Bento: Não. Eu acho que ainda está longe de chegar lá... mas acredito que estamos no caminho. Acredito que estamos no caminho, porque hoje as pessoas... como eu te disse, antes a gente não tinha tanto acesso à informação. Hoje, temos acesso à informação. Por exemplo, existem hoje adultos autistas que só descobriram que são autistas depois de adultos. E até dentro da minha família... hoje, como temos acesso a essas informações, percebemos que pessoas da própria família já demonstravam algumas características... Eu tenho uma sobrinha, por exemplo... ela mesma, pesquisando sobre as dificuldades que a mãe dela teve com ela quando criança, foi estudando e disse: **“Tenho quase certeza que sou autista”**. Pela forma como a mãe fala as coisas e tudo o que ela pesquisou, ela identificou características de autismo. Então, a questão do isolamento... ela, quando tinha um amigo só, se outra pessoa entrasse, já sentia algo... como o Bento. Uma das coisas que foi muito marcante no Bento é a sensibilidade tátil. Ele sempre foi muito avesso ao abraço. Se você forçar ele a abraçar, isso o incomoda. Por exemplo, etiqueta de roupa encostando nele, ele tem dificuldade com roupas de manga comprida, calças compridas... Ele não gosta de nada que raspe no joelho ou acima do joelho. Você põe uma blusa de frio nele, ele puxa até em cima, porque não suporta as mangas. E a etiqueta na gola? Tem que arrancar tudo, porque ele fica com agonia. São coisas que percebemos... que ele tem uma sensibilidade tátil, o que caracteriza, de certa forma... não quer dizer que seja um problema, mas é um sinal de que pode haver alguma condição. Isso nos leva a desconfiar que ele possa ter algo... algum diagnóstico que talvez seja descoberto no futuro.

Fala do Pai do Bento.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com o Pai do Bento, grifo nosso.

A análise desses quadros evidencia a diversidade de desafios enfrentados pelas famílias, mas também destaca alguns pontos em comum: a luta contra o preconceito, a busca por diagnósticos precisos e a necessidade de apoio social e governamental. Esses relatos oferecem um rico material para discutir não apenas as barreiras sociais, mas também as oportunidades de melhora no campo da educação inclusiva e da assistência às famílias de crianças com necessidades especiais.

5.5.5 TERAPIAS PRESCRITAS

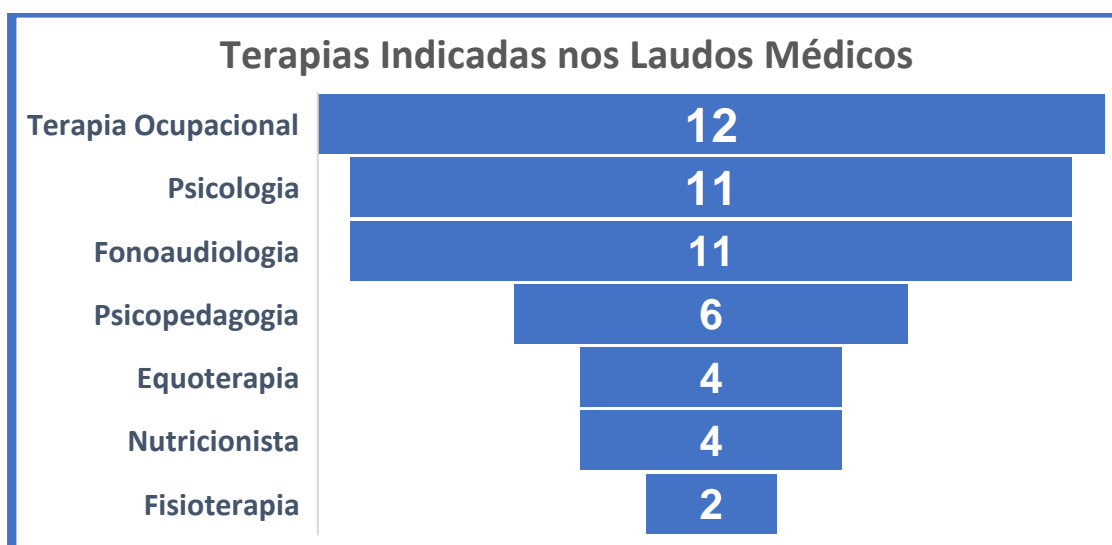
Nesta análise, foram considerados os 22 laudos médicos emitidos para as crianças diagnosticadas com necessidades educacionais especiais no CMEI Superman, no segundo semestre de 2023. Cada laudo apresenta recomendações específicas de terapias, baseadas nos diagnósticos individuais das crianças, visando atender suas necessidades de forma personalizada. Entretanto, ao analisar em conjunto, percebe-se uma tendência recorrente nas indicações de determinados tipos de terapias, o que levanta questões sobre a padronização das recomendações e a adequação dessas terapias à realidade de cada criança e sua família.

Ao avaliar o quantitativo de terapias indicadas nos laudos, as mais recorrentes foram: Terapia Ocupacional, com 12 indicações; Fonoaudiologia e Psicologia, ambas com 11 indicações cada. Além dessas, outras terapias também foram recomendadas, como Psicopedagogia (6 indicações), Equoterapia (4 indicações), Nutricionista (4 indicações) e Fisioterapia (2

indicações). Essas três terapias mais indicadas (Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia) se destacam pelo volume significativo de recomendações, o que sugere um foco nas áreas de desenvolvimento motor, comunicação e comportamento. A predominância dessas terapias levanta a importância de questionar se essa abordagem é a mais adequada para cada caso individual, considerando o perfil específico das crianças e suas necessidades.

A fim de proporcionar uma melhor visualização dos dados apresentados, o gráfico a seguir ilustra a distribuição quantitativa das terapias indicadas nos 22 laudos. Essa representação gráfica facilita a compreensão do volume e da frequência com que cada tipo de terapia que foi recomendada, destacando as três terapias mais recorrentes, além de permitir uma análise mais clara da proporção de outras terapias indicadas com menor frequência. Esse gráfico será um recurso importante para visualizar e interpretar as tendências apontadas nos laudos médicos.

Gráfico 4. Terapias Indicadas nos Laudos Médicos.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

Um aspecto que chama atenção nos laudos analisados é a indicação da abordagem da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), que aparece de forma explícita em alguns documentos. Diferentemente da recomendação de uma terapia específica, como Fonoaudiologia ou Terapia Ocupacional, a indicação de uma abordagem terapêutica nos laudos sugere que a família, além de procurar um profissional especializado, deve buscar alguém que atue especificamente com a ABA. Essa orientação levanta questões sobre a atribuição do médico ao definir a abordagem que será utilizada pelo terapeuta, um papel que tradicionalmente cabe ao próprio profissional da terapia, que avalia o paciente e decide a metodologia mais adequada para cada caso. Essa

situação reflete no saber médico, na qual o médico, de certa forma, ultrapassa o limite de prescrição da terapia e decide pelo terapeuta a abordagem a ser seguida.

Esse fenômeno se alinha ao que Illich aponta em sua crítica à colonização médica. Ao discutir o monopólio do saber médico, Illich afirma que “a empresa médica ameaça a saúde; a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado” (Illich, 1975, p. 6). Essa análise é particularmente pertinente ao contexto dos laudos médicos, nos quais o médico, ao prescrever abordagens terapêuticas específicas, acaba por interferir diretamente nas decisões que, em um cenário ideal, deveriam ser tomadas por outros profissionais especializados, como os terapeutas. Dessa forma, o saber médico não só define o diagnóstico, mas também invade o campo de atuação de outros saberes e práticas terapêuticas, muitas vezes sem levar em consideração a individualidade do caso ou a expertise do terapeuta envolvido.

5.5.5.1 PROCESSOS TERAPÊUTICOS EM MOVIMENTO

A vida social resume-se em organizar e submeter-se a terapias médicas, psiquiátricas, pedagógicas ou geriátricas. Reivindicar tratamento se transforma num dever político e o atestado médico, num meio poderoso de controle social. (Illich, p. 60, 1975).

A observação de Illich sobre a vida social revela a complexidade dos processos de medicalização e como eles afetam o cotidiano das pessoas. Ao apontar que a vida social se resume à organização e submissão a terapias, ele sugere que a sociedade moderna construiu um cenário em que a busca por tratamento se torna quase obrigatória.

A noção de saúde, antes associada ao bem-estar e à qualidade de vida, passa a ser vista como uma questão política, onde reivindicar acesso a tratamentos se transforma em um dever cívico. Esse controle se manifesta, sobretudo, através do atestado médico, que Illich identifica como um instrumento de regulação social. O atestado não apenas valida a condição de saúde ou doença, mas também impõe normas de comportamento, legitimando quem está apto ou inapto a participar da vida em sociedade. Dessa forma, a medicalização torna-se um mecanismo de controle, reorganizando as relações sociais e as formas de viver e agir dentro de padrões normativos estabelecidos pela medicina e pelas instituições terapêuticas.

Com a expansão do setor terapêutico da economia, um número crescente de pessoas é identificado como anormal em relação a alguma norma desejável. Consequentemente, essas pessoas se tornam clientes de terapias que visam reajustá-las às normas de funcionamento estabelecidas. Esse processo contribui para a criação de ambientes especializados que, embora destinados a tratar a "anormalidade", também servem para reforçar o controle social sobre os indivíduos, moldando comportamentos e limitando alternativas fora dos padrões estabelecidos (Illich, 1975).

Os dados produzidos que são apresentados a seguir foram extraídos de um formulário intitulado "Formulário Educação Especial" do CMEI Superman, preenchido pelos responsáveis das crianças, sem correção ortográfica ou ajustes. Esse formulário foi enviado via Google Forms para os celulares dos responsáveis, que relataram as terapias que seus filhos realizam fora do ambiente escolar, bem como os horários e dias dessas atividades terapêuticas. A tabela reflete a realidade das famílias em relação às terapias que as crianças frequentam, evidenciando a carga de atividades clínicas, terapêuticas e recreativas que algumas crianças já realizam paralelamente à sua rotina escolar.

Tabela 8 – Terapias: Formulário Educação Especial

	Realiza acompanhamento clínico, terapêutico ou outros tipos de atividades fora da escola?	Qual dia e horário a criança realiza atividades terapêuticas?
Criança 1	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia	Terça e quinta das 3 a 5 horas
Criança 2	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia	Segunda feira atarde
Criança 3	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ABA	Todas as segundas, terças e sextas feiras
Criança 4		
Criança 5	Fonoaudiologia, Psicologia	Quarta às 8h a cada 15 dias. Psicóloga e fonoaudióloga são no mesmo dia e horário.
Criança 6	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ABA	Toda quinta das 13 às 15 horas
Criança 7	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ABA	Seg e terça pela manhã
Criança 8		
Criança 9	Ela esta na lista de esperar na apae...coloquei ela no plano estou aguardando chamar ela pra fazer as terapias	Ainda ela n tá fazendo estou aguardando
Criança 10	Estou esperando fonoaudióloga	
Criança 11	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia	Segunda-feira e quarta-feira de 09:00 às 09:50 horas no PAD (APAE)

Criança 12	Terapia ABA	Segunda-feira 13:40 as 15:00 Terça-feira 13:40 as 15:00 Quinta-feira 13:40 as 15:00
Criança 13	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ABA, Esportes: natação, judô, futebol., Música (prática algum instrumento)., Clínica K.	Segunda, quarta e sexta.
Criança 14	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia	As quintas feira 09:20
Criança 15	Psicologia	No momento, aos sábados pela manhã.
Criança 16	Neuropediatra	
Criança 17	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ABA, Esportes: natação, judô, futebol.	Segunda feira: 14:20 as 16:20. Quarta feira: 15:40 as 17:40. (Aguardando retorno para aumento para mais 4 horários)
Criança 18	Neuropediatra	
Criança 19		Por enquanto nenhuma por eles não aceitam laudo particular
Criança 20	Nenhum	Ainda nenhum horário ou dia.
Criança 21	Terapia ABA	Quinta-feira (das 10:00hrs as 12:00hrs)
Criança 22		

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme Formulário Educação Especial disponibilizados pelo CMEI.

Ao comparar as terapias relatadas no formulário com as indicadas nos laudos médicos, percebe-se uma semelhança significativa em algumas áreas. As terapias de Fonoaudiologia (11) e Psicologia (11) sugeridas nos laudos também estão presentes de forma expressiva nas respostas dos responsáveis. A Terapia Ocupacional, sugerida em 12 laudos, também aparece de forma frequente nos relatos dos pais. No entanto, outras terapias como Equoterapia e Fisioterapia, indicadas em 4 e 2 laudos, respectivamente, não foram mencionadas com a mesma frequência no formulário. Isso sugere uma possível lacuna entre as terapias recomendadas e as efetivamente realizadas pelas crianças. É importante questionar se essa disparidade decorre de dificuldades de acesso às terapias ou da priorização de algumas intervenções em detrimento de outras.

Chama atenção a sobrecarga de terapias enfrentada por algumas crianças, que além de frequentarem o CMEI Superman, têm uma rotina intensa de atividades terapêuticas. Crianças como a Criança 3 e a Criança 6, que realizam Terapia ABA, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, têm sessões agendadas várias vezes por semana. A Criança 13 também possui uma carga elevada, com natação, judô, futebol e sessões terapêuticas em três dias da semana. A Criança 17, que aguarda aumento de horários, já tem uma rotina de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e atividades esportivas. Essa sobrecarga pode resultar em cansaço físico e mental para as crianças, além de limitar o tempo de socialização e

desenvolvimento natural, que são aspectos essenciais da educação infantil. A necessidade de conciliar tantas intervenções com o tempo de permanência no CMEI levanta questões sobre a qualidade de vida dessas crianças e a efetividade de tantas terapias.

Quadro 22 – Fala da Professora C.

Professora C: Porque, se você tem uma família parceira, que está aí, que está buscando as terapias, correndo atrás, as coisas fluem melhor. Agora, quando a família não aceita o diagnóstico, eu acho muito complicado. Não estou falando nem de medicação, nada disso. É questão desse apoio mesmo, dessa rede de apoio de terapias, que são importantes para a criança. Então, eu acho que isso é algo que me chateia.
Fala da Professora C.

Fonte: Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Professora C.

A fala da Professora C sublinha a relevância de uma parceria entre a escola e a família, enfatizando o engajamento familiar no processo terapêutico e a aceitação do diagnóstico. Segundo a professora, as terapias influenciam diretamente o desenvolvimento da criança. No entanto, é preciso atentar para o equilíbrio dessas demandas, pois o excesso de atividades terapêuticas pode gerar uma sobrecarga tanto para a criança quanto para a família. Assim, é importante considerar os limites e garantir que as intervenções propostas sejam seguras e harmonizadas com o bem-estar da criança.

Quadro 23. – Fala da Mãe da Clara.

Pesquisador: Me fale como a Clara está nas terapias.

Mãe: A gente fica assim, só fica 40 minutos com ela. Aí, só porque ela não quer fazer as demandas, tem pessoas que não têm paciência [terapeutas]. Ela não quer fazer as demandas [propostas] e tudo, então eu já conversei com a psicóloga dela para fazer uma nova avaliação. Entendeu? Aí, ela quer que eu leve a menina toda hora no neuro [neurologista]. As terapeutas lá, qualquer comportamento que ela faz diferente, que acham que não é normal, já querem que eu leve para o neuro, sendo que eles não conseguem resolver. Entendeu? Igual a neuro falou: se ela não quer fazer as demandas, então a terapeuta [ocupacional] e a psicóloga têm que trabalhar de um jeito diferente para que ela queira fazer. Porque não adianta vir e jogar isso para cima de mim, porque eu só dou medicação. Mas esse trabalho é interno. E se ela não quer fazer, elas jogam a responsabilidade para cima de mim. Não tem como.

Mãe: Aí a menina vai ficar só de remédio, remédio, remédio, aumentando, aumentando, aumentando, aumentando. Sendo que elas têm que saber lidar com ela.
Fala da Mãe da Clara.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com a Mãe de Clara.

O relato da mãe de Clara traz à tona o desafio de lidar com a equipe terapêutica, que, ao invés de adaptar suas práticas à criança, acaba responsabilizando os pais. Esse aspecto destaca uma

tensão entre a expectativa de cumprimento das terapias e o real efeito sobre as crianças, algo que precisa ser considerado nas políticas de inclusão e tratamento.

Quadro 24 – Fala do Pai do Bento.

Pesquisador: E com quantos anos o Bento foi diagnosticado?

Pai do Bento Então, na verdade, há um mês e meio... a gente passou por um neuro que deu um laudo, mas ele deixou bem claro o seguinte: ele falou que, se eu não tivesse esse laudo, ele não teria acesso às terapias. Então, é muito precoce diagnosticá-lo, mas, por outro lado, é bom, porque ele passa a ter acesso às terapias. Se, por ventura, mais à frente ele tiver um diagnóstico fechado, já vai ter evoluído significativamente em função do acesso ao tratamento, vamos dizer assim. Então, foi com... dois aninhos, um ano e meio de idade, que a gente... com dois anos, a gente começou a fazer os tratamentos com ele.

Fala do Pai do Bento.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme entrevista com o Pai do Bento.

Por fim, a fala do pai de Bento mostra como a obtenção de diagnósticos, mesmo que ainda imprecisos, é frequentemente a única maneira de garantir o acesso às terapias, revelando uma falha estrutural no processo de apoio às crianças com necessidades especiais.

5.5.5.2 REFLEXÃO CARTOGRÁFICA SOBRE O PLANTÃO PEDAGÓGICO: UM RELATO DO DIÁRIO DE BORDO

Era dia de plantão pedagógico no CMEI Superman, um momento dedicado para que as famílias pudessem ler e discutir os relatórios avaliativos do semestre, além de tirar dúvidas sobre o trabalho realizado com seus filhos. Como professor de Educação Especial, já havia atendido os pais das crianças que acompanho, quando avistei uma mãe, Ana, sentada, lendo o relatório de sua filha, Beatriz. Observei que ela já havia terminado a leitura do relatório e me aproximei, sentando ao seu lado.

Naquele momento, Beatriz já não era mais acompanhada por mim, pois, com o aumento do número de alunos e a chegada de uma nova professora de Educação Especial, Fernanda, conforme a Resolução CMES Nº 203-2022, houve uma redistribuição dos atendimentos. Perguntei sobre Beatriz, e Ana, com um sorriso, disse que a menina estava bem, adaptada ao trabalho de Fernanda.

Ana estava esperando para conversar com a professora regente da turma, Bruna, sobre o desenvolvimento da filha. Aproveitei para perguntar como estavam as terapias de Beatriz. Para

minha surpresa, Ana me revelou que houve uma mudança radical desde a nossa última conversa sobre esse assunto, que havia ocorrido na acolhida no início do ano. Naquela ocasião, Ana acreditava muito na abordagem ABA, e Beatriz participava de uma intensa rotina terapêutica, com sessões de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia três vezes por semana — às segundas, quartas e sextas. Além disso, a menina no decorrer do ano foi envolvida em esportes primeiro com judô, acabou não se adaptando bem e foi para o futebol, mas a escolinha não manteve a turma com a idade dela, e recentemente havia iniciado natação, além de aulas de música para trabalhar a oralidade.

Ana confessou que, apesar das altas expectativas, a rotina era exaustiva, tanto para Beatriz quanto para a família. Ela mencionou que havia decidido tirar a filha das terapias com abordagem ABA e reduzir a carga de atividades. “Você lembra que eu falei sobre abordagem ABA, e você me disse para ir com calma, uma coisa de cada vez? Pois bem, agora no final do ano, percebo que não precisa de tudo isso. Beatriz tem apenas 3 anos, e essa jornada estava muito puxada para todos nós”, desabafou.

A mãe continuou dizendo que estava se sentindo desmotivada em relação à quantidade de terapias, e confessou que o lugar onde percebeu mais desenvolvimento da filha foi no próprio CMEI Superman, convivendo com os colegas e as professoras. Em silêncio, refleti sobre suas palavras e o impacto positivo que o ambiente escolar havia proporcionado à criança.

Ana disse que, no próximo ano, planejava investir mais em tempo de qualidade com Beatriz, ficando mais em casa e brincando, e que talvez continuasse apenas com a fonoaudiologia, mas em uma abordagem mais tranquila.

Eu respondi que era importante que a família avaliasse a situação continuamente, e de fato, uma jornada de quase 40 horas entre Educação Infantil, terapias, esportes e música era uma carga muito intensa para uma criança tão pequena. “Que bom que vocês fizeram essa avaliação e decidiram priorizar o tempo de qualidade com ela”, comentei, reconhecendo o valor dessa decisão. Nesse momento, a professora regente, Fernanda, chamou Ana para a conversa, e eu me despedi.

5.5.6 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO COMO ALTERNATIVA

As pessoas com deficiência encontram no Atendimento Educacional Especializado (AEE) um recurso fundamental para garantir sua inclusão no ambiente escolar. O AEE tem a função de complementar ou suplementar o ensino regular, oferecendo serviços que buscam eliminar as barreiras que dificultam a plena participação dos alunos com deficiência na sociedade, além de promover o desenvolvimento de sua aprendizagem (Brasil, 2009). Nesse contexto, Santos (2017) destaca que o AEE é imprescindível para a efetivação da inclusão escolar. A Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009, que estabelece as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, define, em seu artigo 4º, o público-alvo do AEE como os estudantes que apresentam necessidades educacionais especiais e demandam esse tipo de apoio especializado.

I – Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.

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

III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade. (Brasil, 2009).

Considerando o aspecto relevante do Atendimento Educacional Especializado. O formulário aplicado apresenta duas perguntas que são fundamentais para esse debate sobre os processos de acolhimento das crianças público-alvo da educação especial. A primeira pergunta é: “A criança realiza o Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Sala de Recursos Multifuncionais (SRM) no contraturno?” e a segunda: “Caso a resposta anterior seja NÃO, há interesse em realizar a matrícula?”

O contraturno no CMEI Superman envolve o encaminhamento dos alunos para o Atendimento Educacional Especializado (AEE) em duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFs), a "Primeira" ou a "Segunda", que possuem Salas de Recursos Multifuncionais (SRM). Esse atendimento é oferecido para garantir o suporte necessário às crianças Público-Alvo da Educação Especial (PAEE), mas ainda não é utilizado por todas as famílias. Dos dados

obtidos no formulário, verifica-se que 5 crianças já frequentam o AEE no contraturno nas EMEFs, enquanto 17 não o fazem. Dentre as famílias cujos filhos ainda não realizam o AEE, 9 manifestaram interesse em matriculá-los para esse atendimento, demonstrando uma demanda significativa. Entretanto, 8 famílias optaram por não matricular seus filhos no momento.

Esse cenário aponta para a importância crescente do contraturno como uma ferramenta de apoio à inclusão, com uma parte relevante das famílias buscando o atendimento especializado para suas crianças. Ao mesmo tempo, as famílias que ainda não se interessaram podem ter razões diversas, como questões logísticas ou pessoais, que precisam ser melhor compreendidas.

De acordo com a Resolução Nº 203/2022 do município da Serra, o AEE no contraturno é oferecido em Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFs) ou Centro Municipais de Educação Infantil (CMEIs) com Salas de Recursos Multifuncionais (SRM). O CMEI Superman, que não possui SRM, realiza o encaminhamento dos alunos PAEE para duas EMEFs designadas para esse atendimento. O objetivo do AEE é complementar as atividades escolares regulares, oferecendo suporte especializado para o pleno desenvolvimento das crianças. Essa oferta, opcional para as famílias, tem sido uma importante ferramenta para promover a inclusão, proporcionando um ambiente adequado para atender às necessidades educacionais específicas de cada aluno (Brasil, 2009).

5.5.7 LEGISLAÇÕES RELACIONADAS NO LAUDO MÉDICO

Nesta análise, foram considerados os 22 laudos médicos emitidos para as crianças diagnosticadas no CMEI Superman. Entre as informações encontradas, destaca-se a presença de citações de legislações nos laudos médicos, com o objetivo de justificar as terapias e direitos das crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista e outras condições. A presença de legislações pode indicar um esforço para respaldar o laudo com base em políticas públicas e garantir que as famílias tenham conhecimento de seus direitos. No entanto, essa prática também levanta a questão sobre o uso correto e a relevância dessas legislações no contexto individual de cada laudo.

Entre as legislações citadas nos laudos médicos, destacam-se a Portaria 948/2007 do Ministério da Educação, a Lei 12.764 – Política Nacional dos Direitos da Pessoa com TEA, a Lei

13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência, mencionada em dois laudos, e a Lei 13.370/2016. A Portaria 948/2007 merece atenção especial, pois foi citada erroneamente em um contexto que sugere que o médico pretendia referir-se à Política Nacional da Educação Especial de 2007, que seria mais apropriada. A Portaria 948/2007, por sua vez, apenas prorrogou os trabalhos do grupo que estava elaborando a política nacional na época, não abordando diretamente questões educacionais específicas.

Entre as legislações citadas nos laudos médicos, destaca-se a Lei 13.370/2016, que trata da não exigência de compensação de horário para servidores públicos federais que tenham cônjuge, filho ou dependente com deficiência. A inclusão dessa lei em um laudo médico levanta algumas questões: seria realmente necessário citá-la em um contexto estritamente médico, ou essa citação atende a uma solicitação dos cuidadores que buscam assegurar seus direitos?

Outra possibilidade seria a intromissão do médico em saberes alheios à prática clínica, como se estivesse atuando em áreas jurídicas, ou então buscando garantir, de forma proativa, direitos às famílias. A grande questão que surge, portanto, é se as legislações de caráter administrativo deveriam estar presentes nos laudos médicos, cujo foco principal deveria ser a saúde e as necessidades terapêuticas das crianças.

Para facilitar a compreensão dos dados sobre as legislações mencionadas nos laudos médicos, a tabela a seguir apresenta a distribuição das leis citadas. A visualização em formato de tabela permitirá uma análise mais clara sobre a frequência das legislações mencionadas.

Tabela 9 – Citações de Leis nos Laudos Médicos.

CITAÇÕES DE LEIS NOS LAUDOS MÉDICOS
Portaria 948/2007 Ministério de Educação
(2 laudos) Lei 12.764 – Política Nacional dos direitos da pessoa com TEA
Lei 13.146/2015 Estatuto da Pessoa com Deficiência
Lei 13.370/2016 que concedeu aos servidores públicos o direito à redução do horário de trabalho sem redução dos vencimentos.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

5.5.8 DIRETRIZES EDUCACIONAIS SUGERIDAS NO LAUDO

Os laudos médicos que chegam às escolas frequentemente apresentam diretrizes educacionais que visam adequar o processo de ensino às necessidades das crianças diagnosticadas. No entanto, é fundamental refletir sobre o impacto da medicalização no contexto escolar. Collares e Moysés (1994) alertam para o risco de transformar questões sociais e educacionais em problemas médicos, processo este conhecido como medicalização. Nesse cenário, aspectos relacionados ao comportamento ou à aprendizagem dos alunos, que poderiam ser influenciados por fatores sociais, pedagógicos ou emocionais, são frequentemente interpretados como distúrbios ou patologias a serem tratados sob a ótica médica.

A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo (Collares, Moysés, 1994. p. 45).

Essa medicalização das práticas educacionais, como observam Marques e Costa (2021), reduz as complexidades das vivências escolares a diagnósticos médicos, muitas vezes desconsiderando o contexto sociopolítico que também afeta o desempenho e o comportamento das crianças. Ao enfatizar apenas aspectos biológicos e individuais, as diretrizes sugeridas nos laudos podem desviar a atenção da necessidade de intervenções pedagógicas mais amplas e inclusivas, comprometendo a construção de um ambiente escolar que valorize a diversidade e promova a inclusão verdadeira.

Nesse sentido, é preciso questionar se as diretrizes educativas sugeridas nos laudos não estão, em certos casos, contribuindo para a perpetuação da medicalização no ambiente escolar, ao invés de promover uma educação inclusiva que considere o aluno em sua totalidade, incluindo as influências sociais, culturais e emocionais que também fazem parte do processo de aprendizagem.

Os 22 laudos médicos emitidos para as crianças do CMEI Superman diagnosticadas foram analisados nesta pesquisa. Esses laudos, além de trazerem diagnósticos e indicações de terapias, também apresentam diversas recomendações direcionadas aos profissionais da educação que atuam no contexto da educação infantil. A presença dessas recomendações nos laudos suscita

questionamentos sobre a função e o papel que o saber médico tem assumido na orientação pedagógica, especialmente quando se trata de incluir alunos com necessidades especiais. As recomendações são variadas e tocam desde a organização da sala de aula até a necessidade de profissionais de apoio. No entanto, é fundamental avaliar a pertinência e adequação dessas indicações no contexto escolar e quem de fato tem que realizar essas avaliações.

Para uma melhor visualização das recomendações médicas voltadas aos profissionais da educação, foi elaborada uma tabela que quantifica as citações nos laudos analisados. Entre as 20 recomendações encontradas, algumas indicam a necessidade de apoio especializado, como “auxílio com professor de educação especial” e “frequentar creche com cuidador”. Outras recomendações abordam aspectos mais específicos, como “intolerância ao barulho” ou “realizar testes adaptados”. A tabela permite uma leitura mais precisa sobre quais são as orientações, muitas vezes de forma padronizada, em diferentes laudos.

Tabela 10 – Diretrizes médicas nos laudos destinados aos profissionais da educação.

DIRETRIZES MÉDICAS NOS LAUDOS DESTINADOS AOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO	
01	“Auxílio com professor de educação especial”
02	“Frequentar creche com cuidador”
03	“Frequentar creche, visando desenvolvimento de linguagem e socialização.”
04	“Frequente a escola como aluno de inclusão”
05	“Indico cuidador e professor educação especial em sala de aula”
06	“Indico inclusão na escolinha com cuidadora”
07	“Intolerância ao barulho”
08	“Necessita de atenção especial na sala”
09	“Necessita de auxiliar – pedagógico na sala de aula conforme lei 12.764/2012.”
10	“Necessita de educador especial a fim de intermediar sem desenvolvimento na escola, aprendizado, Linguagem, socialização e comportamento.”
11	“Necessita de escolinha para estímulo de linguagem e socialização. Pode se beneficiar de libras também.”
12	“Necessita frequentar escola com cuidador”
13	“O paciente necessita ir todos os dias sem interrupções para escola para maior eficácia e adesão ao tratamento.”
14	“Preservado de sons na frequência que tornam impossível a Sala de aula e todos ambientes”

- 15 “Professor auxiliar (de apoio) em sala de aula, ajuda nos cuidados escolares e ajuda nos cuidados de vida diários, deve ser avaliado quanto a sua real necessidade junto com família/escola.”
- 16 “Realizar testes adaptados”
- 17 “Seletividade alimentar se necessário acompanhada pela nutricionista e se possível levar os próprios alimentos para a escola.”
- 18 “Senta-se perto da professora”
- 19 “Ter se necessário Intermediário/cuidador dedicado”
- 20 “Recomendo atendimento na APAE para que o menor tenha um acompanhamento especializado.”

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

Uma recomendação que aparece em um dos laudos é “frequente a escola como aluno de inclusão”. No entanto, cabe questionar se essa indicação deveria partir do médico, já que a inclusão de alunos com necessidades especiais na escola é uma responsabilidade da equipe pedagógica, que deve trabalhar em conformidade com a legislação educacional vigente. De acordo com a Resolução CMES Nº 203-2022, o processo de inclusão deve ser articulado pela escola, levando em consideração as necessidades e o desenvolvimento individual de cada criança, em conjunto com a equipe de Atendimento Educacional Especializado. O papel do médico deve se restringir às orientações clínicas, enquanto a decisão sobre inclusão é competência dos profissionais da educação.

Uma recomendação comum nos laudos médicos é “ter, se necessário, intermediário/cuidador dedicado”. No entanto, essa indicação levanta a questão de quem é responsável por avaliar e contratar um profissional com essas características. A decisão sobre a necessidade de um cuidador ou auxiliar pedagógico é, em última instância, de responsabilidade da equipe escolar e dos profissionais de educação, que devem avaliar o contexto de aprendizagem e as particularidades de cada criança. Além disso, a recomendação de um profissional “dedicado” envolve questões de contratação e acompanhamento que vão além do âmbito médico, e que exigem a colaboração entre educação e saúde para garantir que a criança receba o suporte adequado.

As recomendações médicas para o ambiente escolar, como as discutidas acima, podem ser analisadas à luz do conceito de “colonização médica da vida”, apresentado por Ivan Illich. Segundo Illich (1975), a medicina moderna tem expandido seu campo de atuação para áreas que anteriormente eram da esfera pessoal, comunitária ou de outros saberes, resultando em uma

dependência excessiva dos indivíduos em relação ao sistema médico. Nesse sentido, a presença crescente de recomendações médicas nas práticas educativas pode ser vista como um exemplo dessa colonização, em que o saber médico começa a ditar condutas que antes eram de responsabilidade exclusiva da educação. Essa medicalização da vida, segundo Illich, desvaloriza a autonomia dos profissionais de outras áreas e dos próprios indivíduos, criando uma cultura de dependência excessiva da autoridade médica.

Apenas três médicos, de um total de 11 que emitiram para os 22 laudos analisados, não fizeram qualquer recomendação direcionada aos profissionais da educação, nem indicaram terapias. Além disso, entre os laudos, cinco foram redigidos manualmente, o que chama a atenção para a diversidade de formatos utilizados na emissão desses documentos. A ausência de recomendações e a variação no formato dos laudos levantam questões sobre a padronização e a uniformidade das informações repassadas às famílias e aos profissionais envolvidos no processo educacional.

O Médico B, por exemplo, redigiu manualmente dois laudos, ambos sem indicativo de terapias ou recomendações voltadas para a educação. Um ponto relevante é que o Médico B atendia na mesma clínica que o Médico A, cujos três laudos já foram discutidos e problematizados anteriormente. Outro dado interessante é que, dos 22 laudos emitidos para as crianças do CMEI Superman, quatro foram provenientes da Clínica B, o que representa a maior parte dos laudos de uma única clínica, sugerindo uma concentração de atendimentos nesse local.

O Médico C, que também redigiu seu laudo manualmente, não fez qualquer recomendação para os profissionais da educação. Esse atendimento foi realizado em uma instituição filantrópica que oferece assistência a crianças com necessidades especiais. Além disso, o laudo do Médico C também não incluiu nenhuma indicação de terapias, o que é incomum considerando o padrão observado nos outros laudos. A criança em questão foi diagnosticada com Paralisia Cerebral Infantil aos 1 ano e 11 meses de idade, o que levanta a importância de um acompanhamento multiprofissional desde os primeiros anos de vida, embora isso não tenha sido refletido no laudo.

Por fim, o Médico G realizou o atendimento pelo SUS e diagnosticou uma criança, a mais velha entre as 22 analisadas, com Deficiência Intelectual. Em seu laudo, o médico não incluiu nenhuma recomendação para os profissionais da educação ou sobre processos terapêuticos.

Essa ausência de orientações, tanto para a educação quanto para a terapia, destaca uma divergência em relação ao padrão adotado pelos outros médicos, o que suscita reflexões sobre o nível de suporte fornecido a família em casos de diagnóstico de deficiência intelectual.

É importante destacar que, nos casos de Paralisia Cerebral Infantil e Deficiência Intelectual, os laudos não apresentaram qualquer indicação de terapias ou recomendações específicas. Em contrapartida, os laudos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) se sobressaem pela quantidade de observações, abrangendo desde orientações para os profissionais da educação e terapeutas até a citação de diversas legislações. No entanto, chama atenção o fato de que muitos desses laudos exibem uma uniformidade excessiva, com recomendações bastante similares entre si, sugerindo uma abordagem padronizada, sem a devida personalização para cada criança. Esse foco desproporcional no TEA levanta questionamentos sobre a adequação das avaliações e a necessidade de maior individualização nos diagnósticos e nas orientações oferecidas.

Outro aspecto que merece ser discutido é a questão da *medicalização indefinida*, que, segundo Castro (2009), ocorre quando a medicina se impõe como uma autoridade sobre os indivíduos, expandindo seu domínio para além das enfermidades, passando a controlar a vida em geral. Isso se reflete na forma como a saúde é tratada como um bem de consumo, de modo que “hoje, a medicina está dotada de um poder autoritário com funções de normalização que vão mais além da existência das enfermidades e da petição do enfermo” (Castro, 2009, p. 300). O corpo humano, nesse processo, passa a ser duplamente mercantilizado: primeiro, quando o indivíduo vende sua força de trabalho; depois, mediante a comercialização da saúde.

Essa lógica se entrelaça com a crescente medicalização das práticas educativas, que desconsidera fatores sociais, culturais e emocionais, contribuindo para que o ambiente escolar se submeta, de maneira preocupante, a um saber médico que nem sempre contempla a totalidade das vivências escolares. A ampliação do controle médico na educação também reforça o que Illich (1975) denomina de “colonização médica da vida”, tornando a medicina um mecanismo de controle social que padroniza e medicaliza o que outrora pertencia ao campo da educação e de outros saberes.

5.5.9 INVESTIGAÇÃO SOBRE PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS

Prescrever medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes é um fenômeno recente, já que relativamente, poucos jovens eram medicados antes de 1980 (Whitaker, 2017, p. 225)

A crescente prescrição de medicamentos psiquiátricos para jovens reflete uma transformação significativa no campo da saúde mental, especialmente em relação à infância e adolescência. O cenário atual, marcado pelo aumento expressivo no uso de medicações, levanta questionamentos sobre a medicalização de comportamentos e condições diagnosticadas em crianças. Isso é particularmente relevante no contexto da educação especial, onde o uso de medicamentos pode impactar diretamente o desenvolvimento e o cotidiano escolar dos alunos. Essa realidade é exemplificada pelos dados apresentados a seguir, que mostram o uso de medicamentos por crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista no CMEI Superman.

A tabela 11 a seguir descreve informações detalhadas sobre os laudos médicos de três crianças atendidas no CMEI Superman, diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, e os medicamentos prescritos, conforme indicado nos laudos médicos. Chama atenção o fato de apenas 3 laudos apresentarem essa informação, enquanto a maioria das crianças do CMEI Superman utiliza medicação prescrita via receituário, sem que o uso dos medicamentos esteja documentado diretamente nos laudos. Os horários de administração e os medicamentos utilizados foram extraídos dos documentos fornecidos pelas famílias, reforçando a necessidade de uma análise cuidadosa sobre o uso de medicamentos em crianças público-alvo da educação especial.

Tabela 11 – Medicamentos prescritos nos laudos médicos.

Medicamentos Prescritos nos Laudos Médicos:			
Médico	Diagnóstico	Idade	Medicamentos
Médico D	TEA	2 anos, 11 meses	Risperidona
Médico I	TEA	3 anos	Sertralina
Médico H	TEA	2 anos, 2 meses	Risperidona 1mg e Melatonina 2mg/noite

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme laudos médicos disponibilizados pelo CMEI.

A tabela 12 a seguir apresenta os dados coletados diretamente do Google Forms, contendo as informações fornecidas pelas famílias das 22 crianças atendidas no CMEI Superman. Os dados foram transcritos exatamente como recebidos, sem correções ortográficas. Observamos que alguns campos estão em branco, indicando que as famílias não responderam a essas questões. Supomos que, nesses casos, as crianças não utilizam medicação, embora não possamos afirmar isso com segurança. Todas as informações foram firmadas com base nas respostas fornecidas pelos responsáveis.

Tabela 12. Nome dos medicamentos e horários que são administrados.

Nome:	Nome dos medicamentos e horários que são administrados?
Criança 1	Repiridona
Criança 2	
Criança 3	Rispiridona (a noite antes de dormir)
Criança 4	Resperidona 06h, 12h, 19h
Criança 5	
Criança 6	
Criança 7	
Criança 8	Resperidona, 19:00 horas
Criança 9	Risperidona 1 mg de 12/12 melatonina 2 mg/noite
Criança 10	Furosemida captopril Espironolactona 9:00hs da manhã e noite
Criança 11	Risperidona a noite
Criança 12	Risperidona 1mg Sempre pela manhã.
Criança 13	Risperidona: 0,7 ml as 06:30 e 0,3 ml as 20: 00 h.
Criança 14	
Criança 15	
Criança 16	Risperidona, 19:30
Criança 17	Risperidon - 6:00 e as 19:00 horas.
Criança 18	
Criança 19	Rispiridona 20 horas
Criança 20	Risperidona, 8h da noite
Criança 21	Risperidona (8:00hrs e as 20:00hrs)
Criança 22	

Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme Formulário Educação Especial disponibilizados pelo CMEI.

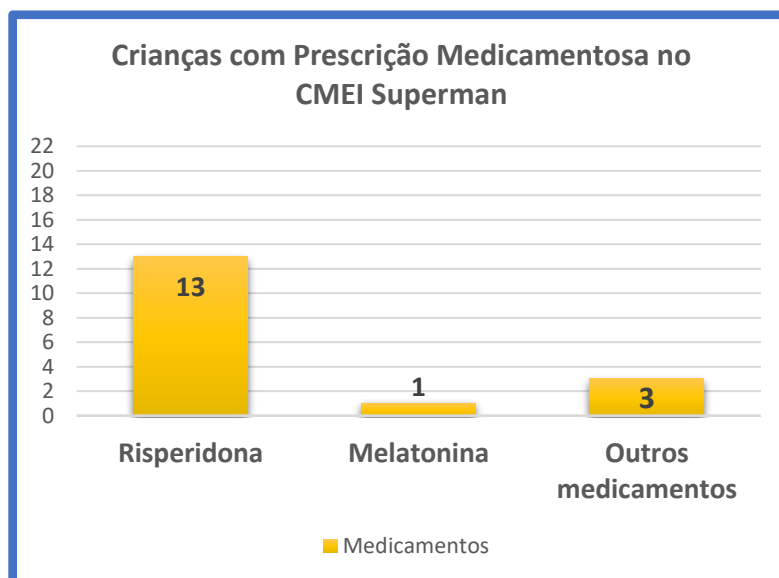
Para ilustrar a crescente dependência da prescrição de medicamentos no ambiente médico, Illich (1975) destaca a transformação que ocorreu nas práticas médicas ao longo do tempo:

As consultas médicas que acabam sem uma prescrição de especialidade farmacêutica praticamente desapareceram. O número de produtos por receita aumentou relativamente pouco, perto de 1% ao ano. Mas o de substâncias químicas prescritas por consulta multiplicou-se bem mais rapidamente, porque os medicamentos receitados com mais frequência são na maior parte associações de vários princípios farmacêuticos. A multiplicação das associações permite ao médico evitar a procura de uma etiologia distante e orientar a ação no tratamento dos sintomas; é também um

sintoma da invasão do modesto saber médico tradicional por um pseudo-saber farmacêutico. (Illich, p. 38, 1975).

Com base nos dados dos laudos e do formulário preenchido pelas famílias, observamos que um número significativo de crianças diagnosticadas com TEA estão em uso de medicação, especialmente a Risperidona, que é prescrita em diferentes doses e horários para a maioria delas. O Gráfico 5 quantifica o uso de medicamentos entre as 22 crianças avaliadas.

Gráfico 5 – Crianças com Prescrição Medicamentosa.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador conforme Formulário Educação Especial disponibilizados pelo CMEI.

Com base nos dados apresentados no gráfico, observa-se que 14 das 22 crianças atendidas no CMEI Superman, ou seja, 63,6%, possuem prescrição de medicamentos. Dentre essas, 13 crianças (59,1% do total) utilizam Risperidona, um antipsicótico comumente prescrito para transtornos como o Transtorno do Espectro Autista. Além disso, uma criança (4,5%) faz uso de Melatonina, uma substância indicada para ajudar na regulação do sono. Outra criança (4,5%) faz uso de Furosemida, Captopril e Espironolactona, medicamentos normalmente associados ao tratamento de condições cardíacas específicas. Esses dados indicam uma predominância do uso de Risperidona entre as crianças, destacando a importância de uma análise cuidadosa quanto à segurança e eficácia dessa medicação em crianças nessa faixa etária.

Entre as crianças que utilizam a Risperidona, há uma variação nos horários de administração, sendo que a maioria a toma à noite, o que indica um possível objetivo de controle dos sintomas mais intensos durante esse período. Outros casos apresentam a medicação administrada em

múltiplos horários ao longo do dia (manhã, tarde e noite), sugerindo um manejo mais contínuo dos sintomas.

A prescrição de Melatonina, associada à Risperidona, foi registrada para uma criança, apontando para a necessidade de apoio no sono, algo comum em crianças com TEA. No caso de Sertralina, a criança de 3 anos está recebendo esse medicamento, que é um antidepressivo utilizado para lidar com sintomas de ansiedade e regulação emocional.

Esses dados levantam questões importantes sobre o uso de medicação em crianças com necessidades educacionais especiais, especialmente no que diz respeito à alta prescrição de Risperidona para crianças muito jovens. É necessário refletir sobre os possíveis impactos desses medicamentos no desenvolvimento infantil, além de considerar a necessidade de monitoramento contínuo e avaliações multiprofissionais que garantam que a medicação seja apenas uma parte do apoio integral oferecido a essas crianças.

A discussão sobre o uso de medicação em crianças menores de 5 anos levanta questões importantes sobre dois aspectos fundamentais de qualquer tratamento medicamentoso: segurança e eficácia. Conforme a bula da risperidona, o uso do medicamento é indicado para “USO ORAL, USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 5 ANOS” (Eurofarma, 2024, p. 2). Ainda, a bula afirma que “não há experiência em crianças com menos de 5 anos de idade” (Eurofarma, 2024, p. 14). Este ponto é crucial para a reflexão, considerando que todas as crianças do CMEI Superman que utilizam medicação são menores de 5 anos.

A regulamentação de medicamentos tem sido um fator determinante no controle de sua proliferação e uso, especialmente em populações vulneráveis, como crianças. Em 1962, por exemplo, a regulamentação norte-americana passou a exigir que os fabricantes demonstrassem não apenas a segurança, mas também a eficácia dos medicamentos que produziam, o que representa um avanço importante no controle da prescrição e distribuição de remédios (Illich, 1975, p. 40). Esse tipo de controle se torna ainda mais relevante quando analisamos o uso de medicamentos em crianças menores de 5 anos, como ocorre no CMEI Superman, visto que nem sempre há evidências suficientes para assegurar a segurança e a eficácia dessas medicações para essa faixa etária.

Nesse contexto, é importante questionar o uso off-label, uma prática em que o médico prescreve um medicamento para uma faixa etária ou condição para a qual ele ainda não foi formalmente aprovado.

No caso das crianças do CMEI Superman, os médicos têm utilizado esse recurso, baseando-se em sua experiência clínica ou em evidências indiretas. Embora o uso off-label seja uma prática comum na medicina, ele reforça a necessidade de estudos específicos que possam avaliar com mais rigor a segurança e a eficácia desses medicamentos para populações infantis, como as crianças público-alvo da educação especial. Assim, é imprescindível que se investigue os efeitos de tais medicações em crianças tão jovens, garantindo que seu uso seja sempre baseado em evidências robustas e no melhor interesse da criança.

No contexto da utilização de risperidona em pacientes pediátricos, a dosagem recomendada varia significativamente de acordo com a idade e o peso da criança, sendo necessária uma avaliação individualizada para garantir a segurança e a eficácia do tratamento. No entanto, para pacientes mais jovens, especialmente aqueles abaixo de 13 anos, há uma limitação clara nos estudos disponíveis, o que traz à tona preocupações sobre o uso apropriado do medicamento nessa faixa etária. É importante destacar que as orientações para o uso da risperidona em crianças autistas estão fundamentadas em doses ajustadas conforme as características de cada paciente (Eurofarma, 2024).

Pacientes pediátricos (13 a 17 anos)

Recomenda-se uma dose inicial de 0,5 mg por dia, administrada em dose única diária pela manhã ou à noite. Se indicado, essa dose pode ser então ajustada em intervalos de, no mínimo, 24 horas com incrementos de 0,5 ou 1 mg/dia, conforme tolerado, até a dose recomendada de 3 mg/dia. A eficácia foi demonstrada em doses de 1 a 6 mg/dia. Doses maiores do que 6 mg/dia não foram estudadas.

Os pacientes que apresentarem sonolência persistente podem se beneficiar da administração de metade da dose diária, duas vezes por dia.

Não existem estudos sobre o uso de risperidona em crianças menores de 13 anos de idade.

- Autismo

Pacientes pediátricos (5 a 17 anos)

A dose de risperidona deve ser individualizada de acordo com as necessidades e a resposta do paciente. O tratamento deve ser iniciado com 0,25 mg/dia para pacientes com peso < 20 kg e 0,5 mg/dia para pacientes com peso ≥ 20 kg. (EUROFARMA, 2024, p. 13).

5.8. A ERA DOS MANUAIS

A compreensão e o diagnóstico dos transtornos mentais têm evoluído significativamente ao longo das décadas, impulsionados pela criação e constante revisão de classificações diagnósticas amplamente utilizadas na saúde mental e na educação. Dois dos principais sistemas que orientam essas práticas são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da American Psychiatric Association, e a Classificação Internacional de Doenças (CID), coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses manuais são mais do que apenas ferramentas diagnósticas; eles moldam a forma como entendemos a saúde mental, influenciam políticas públicas e norteiam as práticas clínicas e educacionais em diversos contextos.

No Brasil, a CID desempenha um papel preponderante na regulação legal e institucional, sendo o principal instrumento utilizado para diagnósticos médicos e psicológicos, além de servir como base para a concessão de direitos e benefícios. Ao mesmo tempo, o DSM exerce uma considerável influência no campo clínico, especialmente na identificação e tratamento de transtornos psiquiátricos e neuropsicológicos, como o Transtorno do Espectro Autista, que hoje constitui o maior quantitativo de alunos do público-alvo da educação especial.

A convergência entre esses dois sistemas é notável, principalmente nas últimas edições do DSM-5 e da CID-11, que consolidaram o diagnóstico de TEA como uma única categoria, refletindo uma visão mais inclusiva e abrangente do transtorno (American Psychiatric Association, 2014; Organização Mundial da Saúde, 2018).

Essas atualizações têm um impacto direto no diagnóstico médico. A seção a seguir explora a evolução desses manuais e a ampliação dos critérios diagnósticos, com base no diagnóstico de maior incidência em nossa pesquisa.

Vamos pontuar as mudanças que impactam o diagnóstico de crianças com TEA. Em seguida, discutiremos as revisões do DSM, bem como o papel da CID-11, com o objetivo de problematizar como essas classificações têm contribuído para a forma atual de diagnóstico.

5.8.1 DISCUTINDO A EXPANSÃO DOS CRITÉRIOS NO DSM-5

A linha do tempo das classificações psiquiátricas, começando pelo DSM-I até o DSM-5, revela uma evolução significativa na forma como os transtornos mentais foram descritos e diagnosticados. Essa trajetória é marcada por mudanças conceituais, críticas e controvérsias tanto em relação ao desenvolvimento científico quanto às suas implicações práticas na clínica psiquiátrica.

A seguir, apresento uma tabela que sintetiza a evolução da quantidade de transtornos listados nas diferentes edições do DSM, desde sua primeira versão até o DSM-5, de acordo com os dados coletados em Whitaker (2017), Martinhago e Caponi (2019) e a American Psychiatric Association (2014):

Tabela 12 – Aumento da quantidade de Transtornos nas versões do DSM

EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE TRANSTORNOS NAS VERSÕES DO DSM		
Versão do DSM	Ano de Publicação	Quantidade de Transtornos
DSM-I	1952	106
DSM-II	1968	182
DSM-III	1980	265
DSM-III-R	1987	292
DSM-IV	1994	297
DSM-IV-TR	2000	297 (21 categorias no apêndice)
DSM-5	2013	Mais de 300

Fonte: Adaptado pelo pesquisador de Whitaker (2017), Martinhago e Caponi (2019), American Psychiatric Association (2014).

Em 1952, o DSM-I foi publicado com 106 categorias diagnósticas. Ele refletia um enfoque psicanalítico, baseando-se nas ideias de Adolf Meyer, que priorizava as reações mentais dos pacientes e suas histórias de vida. O manual estabelecia uma clara distinção entre neurose e psicose, enfatizando aspectos biológicos e sociais na etiologia das doenças mentais (Martinhago; Caponi, 2019). Essa primeira edição ainda refletia uma psiquiatria fortemente influenciada pela psicanálise e pelas teorias psicodinâmicas.

Com a publicação do DSM-II em 1968, houve uma tentativa de convergir com a CID-8 (Classificação Internacional de Doenças), ampliando o número de categorias para 182. Apesar disso, essa versão foi criticada pela imprecisão de termos e pela falta de inovação em relação à primeira edição. A inclusão de novos diagnósticos, como a esquizofrenia, gerou debates sobre a terminologia adotada, o que levou à necessidade de uma nova revisão logo após sua publicação (Martinhago; Caponi, 2019).

Em 1980, sob a liderança de Robert Spitzer, foi publicado o DSM-III, o qual representou uma verdadeira “revolução científica” na psiquiatria. Essa edição ampliou o número de diagnósticos para 265, e trouxe uma abordagem mais objetiva e baseada em evidências. O manual introduziu o sistema multiaxial, que buscava uma descrição mais detalhada das condições psiquiátricas, separando os distúrbios clínicos em cinco eixos distintos. Contudo, críticos como Theodore Blau argumentaram que essa nova classificação carecia de uma base científica sólida, sendo mais uma declaração política da psiquiatria norte-americana do que uma evolução genuína do conhecimento (Martinhago; Caponi, 2019; Whitaker, 2017). A exclusão do conceito de neurose e a eliminação da homossexualidade como categoria clínica foram marcos de mudanças significativas.

O DSM-IV, publicado em 1994, trouxe 297 categorias diagnósticas e consolidou as mudanças introduzidas no DSM-III, especialmente em termos de confiabilidade e validade dos diagnósticos. No entanto, manteve as críticas por sua dependência de uma abordagem categórica, que continuava a negligenciar aspectos subjetivos e históricos dos pacientes. A revisão do DSM-IV em 2000, conhecida como DSM-IV-TR, introduziu pequenos ajustes, mas não alterou substancialmente a estrutura do manual (Martinhago; Caponi, 2019; Whitaker, 2017).

A versão mais recente, o DSM-5, lançada em 2013, manteve mais de 300 categorias e trouxe uma abordagem dimensional para os diagnósticos, permitindo que os transtornos fossem medidos em termos de gravidade. Essa edição incorporou aspectos do ciclo de vida nas descrições clínicas, mas foi criticada por continuar a priorizar uma visão biomédica e categórica dos transtornos mentais. Como Whitaker aponta, muitos diagnósticos parecem ser mais fruto de convenções arbitrárias do que de descobertas científicas concretas, perpetuando a medicalização da vida cotidiana (Martinhago; Caponi, 2019; Whitaker, 2017). Essas transformações ao longo das edições do DSM evidenciam a progressiva “biologização” da

psiquiatria, em detrimento de uma compreensão mais holística do sofrimento mental, que considere a subjetividade e o contexto social dos pacientes.

A ampliação dos critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista tem gerado preocupações e debates entre profissionais da saúde e da educação, especialmente em relação ao aumento significativo do número de crianças que recebem esse diagnóstico.

No CMEI, onde a pesquisa está sendo realizada, dos 22 alunos classificados como público-alvo da educação especial, 19 têm diagnóstico de TEA. Isso representa uma predominância expressiva desse transtorno, o que pode ser explicado, em parte, pela ampliação dos critérios diagnósticos introduzida pelo DSM-5. Essa atualização trouxe mudanças que englobam condições antes classificadas separadamente, como o transtorno de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Embora essas mudanças tenham permitido uma maior inclusão de crianças no espectro autista, há uma crescente preocupação de que o uso mais amplo desses critérios possa levar a uma “superclassificação”, rotulando crianças com dificuldades diversas sob um único diagnóstico. Isso não só pode impactar a maneira como as intervenções pedagógicas são direcionadas, mas também levanta questões sobre a personalização e à adequação dos serviços oferecidos a essas crianças, que apresentam diferentes graus de necessidade.

De acordo com o DSM-5:

O transtorno do espectro autista é um novo transtorno do DSM-5 que engloba o transtorno autista (autismo), o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação do DSM-IV. Ele é caracterizado por déficits em dois domínios centrais: 1) déficits na comunicação social e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades. (American Psychiatric Association, 2014, p. 809).

5.8.2 O CID-11 COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA

No Brasil, a Classificação Internacional de Doenças é o instrumento oficial utilizado para diagnósticos e codificações no âmbito legal e institucional, regulando, por exemplo, o acesso a serviços de saúde e a concessão de benefícios sociais. Embora a CID tenha esse caráter formal, o DSM também exerce uma forte influência no campo clínico e educacional, especialmente em diagnósticos psiquiátricos e de desenvolvimento neurológico, como o Transtorno do Espectro

Autista. Essas duas classificações dialogam em diversos momentos, alinhando seus critérios diagnósticos, como evidenciado nas atualizações do DSM-5 e da CID-11, que consolidaram o TEA como um diagnóstico unificado. Essa aproximação tem particular relevância no contexto da educação especial, considerando que, no CMEI analisado, a maior parte dos alunos do público-alvo da educação especial possui o diagnóstico de TEA, destacando-se como o transtorno mais prevalente entre as crianças atendidas.

A ampliação dos critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista na CID-11 trouxe mudanças significativas no cenário de saúde mental, especialmente na educação e no atendimento a crianças. A nova classificação, que passou a vigorar em 2022, segue uma linha semelhante ao DSM-5 ao unificar diagnósticos anteriormente separados sob o guarda-chuva do TEA. Essa atualização consolida transtornos que antes eram categorizados individualmente, como o autismo infantil, a síndrome de Asperger e outros transtornos globais do desenvolvimento, simplificando o diagnóstico e o acesso aos serviços de saúde.

Segundo Carneiro (2020), a Classificação Internacional de Doenças (CID) é um instrumento essencial para a gestão de saúde e prática clínica, padronizando diagnósticos e permitindo comparações globais das condições de saúde (Carneiro, 2020, p. 247). A CID-11 segue essa tradição, mas introduz mudanças importantes para refletir avanços no conhecimento clínico e nas necessidades práticas. No caso do TEA, a CID-11 codifica o transtorno sob a categoria 6A02, subdividindo-o de acordo com a presença de deficiência intelectual e a funcionalidade da linguagem (Paiva Junior, 2022, p. 35). Essa abordagem permite uma classificação mais precisa das necessidades dos indivíduos, facilitando o planejamento e a implementação de intervenções adequadas.

As mudanças trazidas pela CID-11, ao simplificarem os diagnósticos de TEA, refletem um esforço para alinhar as práticas de saúde mental globalmente. No entanto, assim como no DSM-5, essa simplificação tem gerado debates. A padronização pode facilitar o diagnóstico, mas também levanta preocupações sobre uma possível “superclassificação”, similar ao que foi observado com o aumento expressivo de diagnósticos após a ampliação dos critérios no DSM-5. No caso específico da pesquisa realizada no CMEI, onde 19 dos 22 alunos classificados como público-alvo da educação especial possuem diagnóstico de TEA, essa questão torna-se evidente. O uso mais amplo dos critérios diagnósticos parece ter contribuído para o aumento

do número de crianças diagnosticadas com TEA, o que demanda uma reflexão cuidadosa sobre a adequação e a personalização dos serviços oferecidos.

Em termos históricos, Carneiro (2020) aponta que, ao longo das revisões da CID, houve uma ampliação progressiva do número de categorias e subcategorias, refletindo a necessidade de uma classificação mais abrangente e detalhada (Carneiro, 2020, p. 248). Na CID-11, essa tendência continua, especialmente no que diz respeito a condições relacionadas ao desenvolvimento neurológico, como o TEA. Embora a ampliação dos critérios tenha o potencial de melhorar o acesso a serviços, é fundamental que os profissionais de saúde e educação mantenham um olhar atento para evitar a generalização excessiva dos diagnósticos e garantir que as intervenções sejam adaptadas às necessidades individuais de cada criança.

5.8.3 INVESTIGANDO OUTRA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Ao longo desta pesquisa, ficou evidente que, apesar da relevância e do uso extensivo de sistemas classificatórios hegemônicos como o DSM-5, existem outras abordagens que oferecem perspectivas diferenciadas para o diagnóstico dos transtornos mentais na infância. Foi na revisão da literatura que me deparei com o trabalho de Schnorenberger (2021), que apresentou uma visão crítica e contrastante ao DSM, ao destacar a Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTEMEA). Embora essa classificação não estivesse entre os objetivos iniciais da minha investigação, ela oferece uma oportunidade relevante para ampliar o debate acerca da forma como os transtornos mentais são diagnosticados e compreendidos, especialmente no contexto infantil.

A CFTEMEA, desenvolvida em 1983, surgiu como uma resposta direta ao modelo diagnóstico do DSM, que era considerado pelos psiquiatras franceses como excessivamente reducionista, desconsiderando as nuances do desenvolvimento psíquico infantil e as interações com o ambiente familiar e social (Valle, 2013 apud Lucena, 2016 apud Schnorenberger, 2021). Foi justamente essa crítica que me motivou a aprofundar a análise dessa classificação e a trazê-la para este trabalho. Ao longo desta seção, pretendo explorar como a CFTEMEA pode contribuir para uma compreensão mais contextualizada e integrada do desenvolvimento mental das crianças, oferecendo uma alternativa à abordagem biomédica predominante nos sistemas classificatórios como o DSM e a CID.

A partir dessa perspectiva, a CFTEMEA nos convida a olhar para o desenvolvimento infantil não apenas por meio de categorias diagnósticas fixas, mas também levando em conta os aspectos psicossociais e familiares que influenciam diretamente a saúde mental da criança. Assim, mesmo que não estivesse nos objetivos iniciais da pesquisa, acredito que a inclusão de uma sessão específica sobre a CFTEMEA se faz necessária, não apenas para apresentar esse sistema alternativo, mas também para refletir criticamente sobre as implicações do uso de abordagens diagnósticas que priorizam uma visão mais integrada do ser humano.

A CFTEMEA representa uma importante alternativa aos sistemas classificatórios hegemônicos, como o DSM e a CID. Trazendo uma abordagem fundamentada na psicanálise, a CFTEMEA enfatiza as relações psíquicas da criança com seu meio, em particular com o núcleo familiar. Isso contrasta com os modelos mais biomédicos adotados pelo DSM-5 e pela CID-11, que tendem a focar em descrições categóricas e na neutralidade teórica dos transtornos (Lima, 2019). A chegada dessa classificação ao Brasil é uma oportunidade para repensar as formas tradicionais de diagnóstico e intervenção na saúde mental infantil, especialmente à luz das complexas interações entre o desenvolvimento psíquico e o ambiente social da criança.

Ao contrário do DSM e da CID, a CFTEMEA não advoga por uma visão “ateórica”, mas sim valoriza explicitamente as contribuições da psicanálise. Termos como “falso-self” e “patologias-limite” são exemplos de categorias que ilustram como a teoria psicanalítica molda a compreensão dos transtornos mentais nessa classificação (Lima, 2019). Além disso, a CFTEMEA incorpora um segundo eixo, destinado a descrever fatores associados que podem ter um papel etiológico, como problemas psicossociais e orgânicos, o que evidencia uma abordagem mais abrangente e contextualizada (Lima, 2019).

Outro ponto relevante é que a CFTEMEA mantém o autismo associado aos transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), ao contrário do DSM-5 e da CID-11, que o classificam sob os transtornos do neurodesenvolvimento. Esse alinhamento do autismo com as psicoses infantis, longe de ser um anacronismo, reflete a visão de que as fronteiras entre esses quadros ainda não foram completamente definidas (Lima, 2019; Cabral, 2019). Na pedopsiquiatria francesa, por exemplo, termos como “desarmonias psicóticas” ainda são usados para descrever casos de autismo, o que demonstra uma continuidade de compreensão que difere dos paradigmas adotados pelas classificações internacionais mais recentes (Cabral, 2019).

A CFTEMEA também se distingue por sua inclusão de um eixo específico para os bebês, de 0 a 3 anos, algo que falta nos outros sistemas. Isso destaca a importância de observar as peculiaridades do desenvolvimento psíquico nessa fase crucial e reconhecer a influência das relações primárias com os cuidadores, algo que o DSM e a CID não enfatizam tanto (Lima, 2019). A presença de uma categoria chamada “variações da normalidade” também sublinha que nem toda aflição ou dificuldade no desenvolvimento infantil deve ser rotulada como patológica, reforçando uma visão mais flexível das fronteiras entre normalidade e patologia.

Em suma, a CFTEMEA oferece uma importante contribuição ao campo da saúde mental infantil ao combinar a tradição psicanalítica com uma visão crítica das classificações hegemônicas, como o DSM e a CID. Sua chegada ao Brasil pode estimular um diálogo enriquecedor sobre as abordagens diagnósticas, principalmente no que diz respeito à infância e adolescência, favorecendo uma compreensão mais ampla e integrada do desenvolvimento mental.

6 PRODUTO ACADÊMICO

Através da Portaria Normativa/MEC nº 17, datada de 28 de dezembro de 2009, a qual versa sobre os mestrados profissionais em educação, o Artigo 7º, inciso VIII, destaca a flexibilidade no que diz respeito aos formatos de apresentação dos trabalhos de tal disposição ressalta a variedade de abordagens que os projetos de pesquisa podem adotar, permitindo uma expressão criativa e compartilhada dos resultados alcançados pelos estudantes no âmbito acadêmico:

§ 3º O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica, produção artística, sem prejuízo de outros formatos, de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, desde que previamente propostos e aprovados pela CAPES (Brasil, 2009).

O Produto Acadêmico “As Aventuras de Miguel” é composto por três histórias que acompanham a jornada de Miguel, um menino com autismo, e sua família, oferecendo uma narrativa sensível e educativa sobre inclusão e medicalização da infância. As histórias são destinadas a apoiar famílias de crianças com necessidades especiais, proporcionando informações valiosas de forma acessível e envolvente. Cada história explora diferentes aspectos do desenvolvimento de Miguel, desde o diagnóstico até a integração escolar e as discussões sobre práticas desmedicalizantes, refletindo temas importantes na educação inclusiva e no cuidado infantil.

O primeiro e-book, “O Mundo Especial de Miguel”, introduz a história de Miguel desde o nascimento até o diagnóstico de autismo, destacando os desafios enfrentados pela família e a importância do amor e da aceitação. Esta narrativa estabelece uma base emocional ao abordar as experiências iniciais de Ana e Marcos, seus pais, que passam por um processo de descoberta e adaptação enquanto aprendem a lidar com as particularidades de Miguel. A história enfatiza

a necessidade de apoio e compreensão, mostrando como o diagnóstico é apenas o começo de uma jornada repleta de desafios, mas também de muitas alegrias e aprendizados.

O segundo e-book, “Miguel e o Caminho da Inclusão”, continua a jornada de Miguel ao focar em sua inserção no sistema educacional. A história destaca o papel fundamental do apoio pedagógico especializado, explicando as diretrizes municipais de inclusão e detalhando os recursos disponíveis para crianças com necessidades especiais na rede pública de ensino. A narrativa acompanha a adaptação de Miguel no ambiente escolar, mostrando como o trabalho colaborativo entre professores e a comunidade escolar é essencial para promover a inclusão e o desenvolvimento de todas as crianças. Essa história visa ampliar o entendimento das famílias sobre as possibilidades de suporte dentro do sistema educacional.

No terceiro e-book, “Miguel e a Roda de Conversa sobre Medicalização”, a narrativa se aprofunda na temática da medicalização da infância, um fenômeno cada vez mais presente no cotidiano das famílias. A história apresenta uma roda de conversa organizada pelo CMEI Superman, onde Ana e Marcos aprendem sobre como comportamentos comuns das crianças têm sido frequentemente medicalizados e rotulados como transtornos. A história destaca a importância de práticas desmedicalizantes e propõe alternativas centradas no bem-estar integral das crianças, promovendo uma visão mais holística e inclusiva do desenvolvimento infantil.

As três histórias de Miguel estão intimamente ligadas aos temas abordados na dissertação de mestrado, que investiga a medicalização das infâncias e a inclusão educacional. A narrativa de Miguel e sua família serve como uma ponte entre os conceitos teóricos e a prática cotidiana, humanizando as discussões acadêmicas sobre inclusão e práticas desmedicalizantes. Ao explorar os desafios e as soluções encontradas pela família de Miguel, o Produto Educacional torna os conceitos acessíveis e relevantes para outras famílias, promovendo um diálogo entre a pesquisa e a realidade vivida pelas crianças e suas famílias. Assim, as histórias não apenas ilustram os temas da dissertação, mas também oferecem uma ferramenta prática para educar e empoderar os leitores.

Para ampliar o alcance e a utilização prática do Produto Acadêmico “As Aventuras de Miguel”, foi criado o canal no YouTube Cartografias da Infância: Inclusão e Medicalização. Nesse espaço, cada e-book foi transformado em um vídeo narrado, oferecendo uma forma acessível e envolvente de compartilhar as histórias de Miguel e sua família. Além dos vídeos, os e-books

estão disponíveis para download na descrição de cada publicação, facilitando o acesso ao material completo.

O canal busca divulgar os temas de inclusão e medicalização da infância, tornando o conteúdo acessível para um público mais amplo, incluindo famílias, educadores e profissionais da área. Dessa forma, potencializa o impacto do Produto Acadêmico, oferecendo não apenas uma leitura reflexiva, mas também um recurso audiovisual prático e de fácil compartilhamento.

Acesse o canal através do link abaixo para explorar os vídeos e os e-books:

[www.youtube.com /@CartografiasdaInfanciaInclusão](https://www.youtube.com/@CartografiasdaInfanciaInclusão)

Para facilitar ainda mais o acesso, utilize o código QR abaixo:



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O CAMINHO TRAÇADO E AS TRILHAS EMERGENTES

Ao final desta jornada de pesquisa, a cartografia revelou-se não apenas como um método, mas como uma postura investigativa que busca mapear não territórios fixos, mas fluxos de sentidos e práticas que emergem no campo da educação especial e da medicalização. Diferente de uma análise linear, as trilhas percorridas se ramificaram em múltiplas direções, permitindo uma compreensão mais abrangente e crítica do processo de diagnóstico e intervenção educacional nas crianças do CMEI Superman.

Retomando o objetivo central desta dissertação, o estudo buscou problematizar os processos de medicalização das infâncias em crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial, com base em um contexto educacional específico. A pesquisa permitiu problematizar sobre os diagnósticos médicos e intervenções terapêuticas são construídas, considerando os processos de medicalização da vida em especial na infância.

Os resultados apresentados ao longo da análise evidenciam que, no caso das crianças atendidas no CMEI, o processo de medicalização tende a se consolidar a partir da emissão de laudos médicos que, muitas vezes, são encarados como definições fixas e irremovíveis. Essa característica se relaciona diretamente com a ampliação dos critérios de diagnóstico do DSM-5 e do CID-11, que se destacam para a identificação de transtornos e dificuldades de aprendizagem em uma escala crescente. Observe-se que esses diagnósticos podem, em certas circunstâncias, restringir as possibilidades de desenvolvimento e inclusão das crianças, ao invés de potencializá-las, refletindo um tensionamento entre o saber médico e as práticas educativas.

No entanto, o estudo também evidenciou a importância das intervenções colaborativas entre professores especialistas e regentes, juntamente com os pedagogos, para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo eficaz. A pesquisa demonstrou que essa colaboração pode abrir novas possibilidades para práticas mais inclusivas.

A pesquisa chama a atenção para uma reflexão crítica sobre os processos de diagnóstico e a medicalização, evidentes nos laudos médicos. Esse cenário reflete um processo de colonização médica, que interfere na educação e nos saberes terapêuticos, impondo uma lógica biomédica sobre o desenvolvimento infantil e as práticas educativas.

A análise das entrevistas evidenciou a importância de uma formação continuada de qualidade, que capacite os educadores para promover a inclusão de maneira crítica e consciente frente às exigências impostas pelos laudos médicos. Também ficou claro que os professores precisam de condições adequadas de trabalho para efetivamente contribuir com o desenvolvimento de uma educação especial que, de fato, seja inclusiva e de qualidade, conforme previsto nas diretrizes educacionais.

Ainda que o estudo tenha alcançado seus objetivos, algumas limitações devem ser apontadas. A escassez de dados atualizados sobre a medicalização infantil, pode ter limitado a abrangência de algumas análises.

Diante desses desafios, surgem algumas sugestões para pesquisas futuras. Estudos que aprofundem a problematização do aumento de diagnósticos médicos em crianças pequenas, bem como a análise de práticas inclusivas coletivas e não medicalizantes, podem contribuir significativamente para o avanço no campo da educação especial. Além disso, seria importante investigar como diferentes contextos socioeconômicos influenciam a medicalização das infâncias e se as práticas de diagnóstico e intervenção variam conforme a localização geográfica e o perfil das instituições de ensino.

Por fim, esta dissertação não apenas contribui para a compreensão crítica dos processos de medicalização na educação infantil, mas também levanta questionamentos sobre a forma como a sociedade e as instituições escolares estão respondendo às demandas impostas por diagnósticos médicos. A reflexão sobre o biopoder, aplicada ao contexto da educação especial, evidencia a necessidade de práticas que promovam a inclusão e respeitem as subjetividades das crianças, ao invés de reforçar padrões normalizadores e excludentes. A partir dessa pesquisa, espera-se que novas práticas mais inclusivas e humanizadas possam emergir, transformando a realidade educacional e abrindo caminhos para um futuro onde a educação não se submeta cegamente às imposições do saber médico, mas dialogue criticamente com ele.

8 REFERÊNCIAS

ARCHIVOS BRASILEIROS DE HYGIENE MENTAL. Ano 5, n. 2, p. 1-XX, out./dez. 1932. Disponível em: <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-5-numero-2-outubro-dezembro-1932-parte-1.pdf>.

Acesso em: 26 ago. 2024.

ALBERTI, Verena. **Manual da História Oral.** Rio de Janeiro: Editora FGV. 2004.

ALENCAR, Bruno Araújo; MOTA, Fernanda. **Alguns aspectos das noções de governamentalidade e governabilidade como processo de constituição de si na educação.** SABERES, Natal RN, v. 19, n. 2, Agosto, 2018, 174-187.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMORIM, Ana Paula. **Metodologia do trabalho científico,** FTC EaD, 2º Ed, 2001.

ANDRADE, Henrique S., CARVALHO, Sérgio R., COSTA, Fabrício D., RODRIGUES, Camila de O. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.

ANDRÉ, M. E. D. A. de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional.** Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional.** Brasília: Liberlivros, 2005.

ARAÚJO, Gleiciene Gomes de. **Uma interface entre medicalização escolar e os profissionais da educação: construindo estratégias para uma autonomia ao saber médico.** 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Federal Fluminense, Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, Santo Antônio de Pádua, 2017.

BASSANI, Elizabete; VIÉGAS, Lygia de Sousa. **A medicalização do “fracasso escolar” em escolas públicas municipais de ensino fundamental de Vitória-ES.** *Revista Entreideias*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 9-31, jan./abr. 2020.

BERTOLINI, J., **O conceito de biopoder em Foucault: apontamentos bibliográficos.** SABERES, Natal RN, v. 18, n. 3, Dezembro, 2018, 86-100. ISSN 1984-3879.

BOTTON, Leticia Thomasi Jahnke, **Os direitos à saúde e à educação de meninos e meninas à luz da teoria da proteção integral: uma análise sobre a medicalização infantil e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com base no programa saúde na escola em Santa Maria RS.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito. UNISC, Santa Cruz do Sul. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 02 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, **Orientações para implementação da política de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&Itemid=30192>. Acesso em: 07 de agosto de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. CNE/CEB nº 4, de 2 de outubro de 2009. **Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf>. Acesso em: 20 atrás. 2024.

BRASIL, **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducacional.pdf>>. Acesso em: 31 de julho de 2023.

BRASIL, **Sistema de pós-graduação colhe informação com nova ferramenta**, 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/20337-sistema-de-pos-graduacao-colhe-informacao-com-nova-ferramenta>>. Acesso em: 31 de julho de 2023.

BRATS, Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Ano VIII, nº 23, Março de 2014. ISSN 1983-7003.

CAMIZÃO, Amanda Costa, **Conhecimentos, concepções e práticas de professores de educação especial: o modelo médico-psicológico ainda vigora?** 2016. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, Vitória/ES, 2016.

CARNEIRO, Jeane Lima e Silva. **Saúde Coletiva: Volume 1**. Medcel Afya Educacional, 2020. E-book.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Controle e medicalização da infância**. DESIDADES. Número 1. Ano 1. Dez 2013.

CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DA SERRA (CMES). *Assembleia Municipal de Educação (AMED 2023) – período Matutino*. Participação de Nilceia Elias Rodrigues Moreira. YouTube, 9 ago. 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zcO1B2l3iRY>. Acesso em: 27 de novembro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.658/2002. **Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 422, 20 dez. 2002. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1658>. Acesso em: 27 nov. 2023.

CMEI SUPERMAN. Laudo 1. Banco de dados interno. 2023.

CMEI SUPERMAN. Laudo 2. Banco de dados interno. 2023.

CMEI SUPERMAN. Laudo 3. Banco de dados interno. 2023.

CMEI SUPERMAN. *Formulário Educação Especial*. Formulário online enviado aos responsáveis via Google Forms. 2023. Disponível apenas para os responsáveis, não publicado.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. **A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. Psicologia: Ciência e Profissão**, 2013, 33 (2), p. 446-459.

DINIZ, Francisco Rômulo Alves; OLIVEIRA, Almeida Alves de. **Foucault: do poder disciplinar ao biopoder**. *Scientia*, v. 2, n. 3, p. 01-217, nov. 2013/jun. 2014. Faculdade Luciano Feijão.

DUARTE, Beatriz Pombo Spinassé. **Crianças que não aprendem na Escola: Problematizando Processos de Medicalização e Patologização das Infâncias**. Dissertação de Mestrado Profissional em Educação – Centro de Educação, UFES, Vitória. 2020.

EUROFARMA. **Bula para profissional de saúde: Risperidona**. Comprimido revestido 1 mg, 2 mg e 3 mg. Disponível em: <https://eurofarma.com.br/produtos/bulas/healthcare/pt/bula-risperidona.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

FERREIRA, Bárbara Carvalho; MENDES, Enicéia Gonçalves; ALMEIDA, Maria Almeida; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. **Parceria colaborativa: descrição de uma experiência entre o ensino regular e especial**. Revista Educação Especial, n. 29, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/4137>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FERREIRA, Daniela Natividade da Silva. **Medicalização infantil: proposta de reflexão**. Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, UniFOA, Volta Redonda. 2019.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014)**. 25 páginas, Junho de 2015.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins fontes, 2008.

FOUCAULT, M. A. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. 8ª ed. Vozes. Petrópolis, RJ, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama do Município da Serra**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/serra/panorama>. Acesso em: 15 de julho de 2024.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, Rossano Cabral. **Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTEMEA)**. Estilos da Clínica, São Paulo, v. 24, n. 1, jan./abr. 2019. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v24i1p173-177. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282019000100017. Acesso em: ago. 2024.

MENDOZA, Ana Maria Tejada. **Escolarização em diagnóstico: Crianças em concreto**. 2014. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARQUES, Anaguiza; COSTA, Mariana Sant'Anna. **Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura**. *Novo Milênio*, v. 3, n. 4, 2021. Disponível em: <https://novomilenio.br/wp-content/uploads/2021/09/DIALOGOS-SOBRE-MEDICALIZACAO-DA-INFANCIA-E-EDUCACAO-UMA-REVISAO-DE-LITERATURA.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MONTEVERDE, Eudes Alexandre. **A influência da inflação diagnóstica no discurso da escola sobre o comportamento infantil**. Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Educação Básica do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, UFES, São Mateus. 2019.

COLLARES, Cecilia Azevedo Lima; MOYSES, Maria Aparecida Affonso. *A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação)*. Série Ideias, n. 23: p. 25-31. São Paulo: FDE, 1994. Disponível em: https://midia.atp.usp.br/plc/plc0604/impressos/plc0604_aula01_ativPres_texto3.pdf. Acesso em: 02 de jul de 2024.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: SOUZA, Marilene Proença Rebello de; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima (Orgs.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2014. p. 21-43.

NIERO, Barbara Cristina. **O diagnóstico e o uso de medicamento controlado em crianças da Educação Infantil e Séries Iniciais do Ensino Fundamental: Uma análise de um município do interior do Paraná.** 150f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2017.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim falou Zaratustra.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

OLIVEIRA, Adriana Cristina Gomes. **Medicalização e patologização da/na primeira infância: conversas sobre práticas pedagógicas não medicalizantes.** Dissertação de Mestrado Profissional em Educação – Centro de Educação, UFES, Vitória. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças: CID-11. 11. ed. 2018.** Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: ago. 2024.

PAIVA JUNIOR, Francisco. **Autismo e a nova CID-11: A nova CID (11) une os transtornos do espectro num só diagnóstico alinhando-se ao mais atual DSM (5).** Revista Autismo, Ano VII, n. 15, p. 34-37, dez./jan./fev. 2022. ISSN 2596-0539. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br/wp-content/uploads/2023/07/RevistaAutismo015-1.pdf>. Acesso em: ago. 2024.

PASSOS, Eduardo; PORTO, Raquel; KASTRUP, Virgínia. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** Organizado por Maria Helena Souza Patto. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2022.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais / Judith Revel, tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlo Piovesani.** - São Carlos: Claraluz, 2005.

SANTOS, Joseane Frassoni. **Análise das práticas do atendimento educacional especializado para a educação infantil nas redes municipais de ensino (RME) de quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul: Caxias do Sul, Porto Alegre, Santa Maria e Uruguaiana.** 2017. 195 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SERRA, PREFEITURA MUNICIPAL DA. Conselho Municipal de Educação. **Resolução CMES nº 203, de 30 de maio de 2022. Reformula as Diretrizes Municipais de Educação Especial em uma perspectiva inclusiva de crianças/estudantes da Rede Pública Municipal de Ensino da Serra - Espírito Santo.** Diário Oficial do Município da Serra, Serra, 30 maio 2022. Seção Atos Municipais.

SERRA, PREFEITURA MUNICIPAL DA. **Gerência de Educação Especial - GEE**. Disponível em: <https://www4.serra.es.gov.br/site/pagina/educacao-especial>. Acesso em: 2 ago. 2024.

SERRA, PREFEITURA MUNICIPAL DA. Secretaria Municipal de Educação – SEDU. **Monitoramento do Plano Municipal da Educação - Síntese (Dezembro/2023)**. Disponível em: <https://www.serra.es.gov.br/admin/download/1711047008740-sintasedados-at-31dez2023.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SERRA, PREFEITURA MUNICIPAL DA. **Processo Seletivo Simplificado, edital nº 006/2023, para Cargos do Magistério Municipal. Serra, ES: Secretaria Municipal de Educação**, 31 out. 2023. Disponível em: <https://www.serra.es.gov.br/arquivo/1699034235373-edital-de-abertura-ps-006-2023.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SCHNORENBERGER, Patricia Fabiane. **A educação infantil pré-escolar no município de Toledo – PR em tempos de medicalização da infância: reflexões à luz da psicologia histórico-cultural**. Dissertação de Mestrado Acadêmico, UNIOESTE, Cascavel. 2021.

SILVA, Livia. Machado; CANAVÊZ, Fernanda. **O Estudo da Medicalização da Vida e suas Implicações para a Clínica Contemporânea**. Revista Subjetividades, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 117–129, 2018. DOI: 10.5020/23590777.rs.v17i3.5813. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/5813>. Acesso em: 14 ago. 2023.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. (org) **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. 14a edição Papirus, 2002.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. Interface (Botucatu). 2018; 22(66):721-31.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

9 APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE EDUCAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO

Prezado(a) Diretor(a), Pedagogo(a), Professor(a) e pais;

Estamos convidando-o (a) para participar da pesquisa: “PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: CARTOGRAFIAS EM UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL”. Esta pesquisa está sendo realizada pelo mestrando Tiago Nascimento de Oliveira, sob orientação do Prof. Dr. Jair Ronchi Filho, e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Educação (PPGMPE) do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Esta pesquisa buscará problematizar os processos de medicalização em crianças público-alvo da educação especial matriculadas no CMEI, buscando compreender os fundamentos, as práticas e os impactos da medicalização nesse contexto específico.

Diante da proposta e do objetivo desta pesquisa, a sua participação consiste em conceder uma entrevista, respondendo a perguntas semiestruturadas, que durará, aproximadamente 25 minutos, mediante a sua autorização e contará com a utilização de um gravador para assegurar que nenhum dado seja perdido. Suas respostas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, não havendo identificação de seu nome, imagem e nem autoria. A entrevista será gravada por meio de registro de voz que será utilizado para transcrição das informações cedidas, sem a utilização ou identificação da voz do/a entrevistado/a. Portanto, seu anonimato será garantido.

Desse modo, torna-se oportuno enfatizar que a sua participação é facultativa e que todos os dados fornecidos ficarão armazenados por 5 anos após o término da pesquisa aos cuidados da pesquisadora e do orientador deste trabalho. Ressaltamos que tudo que for gravado será mantido em sigilo, sendo utilizados apenas para fins acadêmicos.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá nenhuma vantagem financeira. Caso haja despesa com sua participação na pesquisa, você será totalmente ressarcido (a). Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Sua recusa não trará nenhuma penalidade ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Esta pesquisa poderá, eventualmente, causar momentos de timidez, desconforto, cansaço por conta do tempo estimado em 25 minutos de entrevista sobre as quais, em caso de ocorrência, realizaremos a interrupção da abordagem. Caso o/a participante não se sinta confortável em seguir com a entrevista, poderá desistir a qualquer tempo, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para o/a mesmo/a.

A respeito dos benefícios, os/as participantes que aderirem à proposta contribuirão para o fomento da pesquisa no cenário local, e, também, nacional, no tocante ao debate de temáticas consideradas atuais e relevantes, como é o caso da medicalização na infância.

Ao participar desta pesquisa você não receberá nenhum tipo de pagamento, brinde ou bonificação da pesquisadora. Da mesma forma, sua participação não lhe acarretará nenhum custo. No entanto, eventuais e inevitáveis despesas serão prontamente ressarcidas pela pesquisadora. Para eventuais danos, físicos, morais e materiais, decorrentes desta pesquisa, é garantido ao participante o direito de requerer a cabível indenização, de acordo com a Resolução 510 de 2016, em seu Artigo 19, § 2º do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o (a) Sr. (a) pode contatar o pesquisador Tiago Nascimento de Oliveira no telefone (27) 99810-8071, pelo e-mail: pr_tigonascimento@hotmail.com ou no endereço Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória – Espírito Santo, Brasil, CEP 29075-910, endereçando ao Centro de Educação procurar atendimento na secretaria do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Educação (PPGMPE) ou pelo Tel: (27) 4009-7779. Orientador da Pesquisa Prof. Dr. Jair Ronchi Filho, Professor do PPGMPE/UFES Tel: (27) 99943-8236, pelo e-mail: jarofi310562@gmail.com ou no endereço Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória – Espírito Santo, Brasil, CEP 29075-910, endereçando ao Centro de Educação procurar atendimento na secretaria do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Educação (PPGMPE) ou pelo Tel: (27) 4009-7779.

Caso queira fazer alguma denúncia ou caso ocorra intercorrência na pesquisa, o/a participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo telefone (27) 3145-

9820, e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

Este termo será encaminhado em duas vias aos participantes para autorização da participação na pesquisa. Concordando com a participação, as duas vias deverão ser devidamente assinadas e rubricadas pelo/a participante e pela pesquisadora, sendo uma via da responsável pela pesquisa e uma do/a participante. As informações obtidas serão confidenciais e privativas e em qualquer momento que o/a participante preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida e não implicará em penalização ao sujeito da pesquisa. Garantimos confidencialidade das informações, privacidade do/a participante, bem como a proteção da identidade.

Declaro que fui informado/a dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além da pesquisadora, terá acesso aos nomes dos/as participantes da pesquisa. Entendo também que tenho direito a receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora. Declaro, também, que compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar e que voluntariamente:

- () Aceito participar da pesquisa
- () Não aceito participar da pesquisa

Registrar local e data de resposta a este Termo de consentimento Livre esclarecido (a)

_____, _____ de _____ de 2023.

PESQUISADOR:

Nome: Tiago Nascimento de Oliveira

Assinatura: _____

PARTICIPANTE:

Nome: _____

Assinatura: _____

10 APÊNDICE B – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS PROFISSIONAIS DO CMEI:

7.1) PROFESSOR(A) REGENTE:

1) Poderíamos falar um pouco sobre você? Qual é a sua idade? Qual é a sua formação acadêmica e experiência na educação? Já teve alguma experiência anterior com crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial? O que a motivou a trabalhar na educação infantil?

2) Quando você foi informado(a) de que uma criança pertencente ao público-alvo da educação especial estava matriculada em sua turma, como se sentiu? Quais foram os desafios que você imaginou que teria, e quais foram os desafios reais no exercício da prática pedagógica com essa criança?

3) Quais recursos e apoios estão disponíveis no CMEI para auxiliar no processo de inclusão das crianças do público-alvo da educação especial? Existem materiais adaptados ou tecnologias assistivas que são utilizadas? Quais ações são tomadas para criar um ambiente inclusivo e acolhedor para todas as crianças?

4) Quais são as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem específicas oferecidas na educação infantil que podem ser benéficas para a criança do público-alvo da educação especial?

5) Considerando o processo desde a avaliação clínica até a entrega do laudo médico, qual é o seu papel nesse processo? Quando você tem um aluno que, na sua opinião, faz parte do público-alvo da educação especial, como o CMEI encaminha a criança para avaliação com o profissional de saúde? Qual é a função do laudo médico para o CMEI e quais desdobramentos ele produz?

6) Quantos alunos pertencentes à educação especial você tem em sua sala de aula? Você sabe se algum deles faz uso de medicamentos, terapias, ou participa de atividades esportivas ou projetos? Se sim, quais resultados foram observados com essas intervenções?

7) Como você avalia a educação especial na perspectiva inclusiva? Como percebe a inclusão e a presença de crianças com necessidades especiais na sociedade atual?

8) Quais são os critérios de avaliação adotados pelo CMEI para monitorar o desenvolvimento e o aprendizado das crianças do público-alvo da educação especial? Na sua opinião, o que mais favorece o desenvolvimento do seu aluno: a matrícula na educação infantil ou a participação em processos terapêuticos individualizados nas clínicas?

9) Na sua opinião, qual deveria ser a ordem de prioridade para favorecer o desenvolvimento do seu aluno: matrícula na Educação Básica (educação infantil), terapias clínicas, ou uso de medicamentos?

10) Você está familiarizado(a) com a proposta da educação especial do município da Serra, assim como com a abordagem do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos do público-alvo da educação especial? Na sua concepção, o que significa trabalho colaborativo na educação inclusiva?

11) Como funciona o planejamento com a pedagoga e os professores de áreas e o(a) especialista DI para atender as crianças do público-alvo da educação especial da sua turma?

12) Momento: deixe seu recado, fala livre, envie sua mensagem para a academia ou sociedade em geral.

7.2) PROFESSOR(A) ESPECIALISTA EM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI):

- 1) Poderíamos falar um pouco sobre você? Qual é a sua idade? Qual é a sua formação acadêmica e experiência na educação? Já teve alguma experiência anterior com crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial? O que a motivou a trabalhar na educação infantil e educação especial?
- 2) Quais foram os desafios que você imaginou que teria, e quais foram os desafios reais no exercício da prática pedagógica com as crianças do público-alvo da educação especial?
- 3) Quais recursos e apoios estão disponíveis no CMEI para auxiliar no processo de inclusão das crianças do público-alvo da educação especial? Existem materiais adaptados ou tecnologias assistivas que são utilizadas? Quais ações são tomadas para criar um ambiente inclusivo e acolhedor para todas as crianças?
- 4) Quais são as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem específicas oferecidas na educação infantil que podem ser benéficas para a criança do público-alvo da educação especial?
- 5) Considerando o processo desde a avaliação clínica até a entrega do laudo médico, qual é o seu papel nesse processo? Quando você observa um aluno que, na sua opinião, faz parte do público-alvo da educação especial, como o CMEI encaminha a criança para avaliação com o profissional de saúde? Qual é a função do laudo médico para o CMEI e quais desdobramentos ele produz?
- 6) Quantos alunos pertencentes à educação especial você tem? Você sabe se algum deles faz uso de medicamentos, terapias ou participa de atividades esportivas ou projetos? Se sim, quais resultados foram observados com essas intervenções?
- 7) Como você avalia a educação especial na perspectiva inclusiva? Como percebe a inclusão e a presença de crianças com necessidades especiais na sociedade atual?
- 8) Quais são os critérios de avaliação adotados pelo CMEI para monitorar o desenvolvimento e o aprendizado das crianças do público-alvo da educação especial? Na sua opinião, o que mais favorece o desenvolvimento do seu aluno: a matrícula na educação infantil ou a participação em processos terapêuticos individualizados nas clínicas?

9) Na sua opinião, qual deveria ser a ordem de prioridade para favorecer o desenvolvimento do seu aluno: matrícula na Educação Básica (educação infantil), terapias clínicas ou uso de medicamentos?

10) Você está familiarizado(a) com a proposta da educação especial do município da Serra, assim como com a abordagem do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos do público-alvo da educação especial? Na sua concepção, o que significa trabalho colaborativo na educação inclusiva?

11) Como funciona o planejamento com a pedagoga, os professores regentes e de áreas para atender as crianças do público-alvo da educação especial da sua turma?

12) Momento: deixe seu recado, fala livre, envie sua mensagem para a academia ou sociedade em geral.

7.3) PEDAGOGA:

1) Poderíamos falar um pouco sobre você? Qual é a sua idade? Qual é a sua formação acadêmica e experiência na educação? Já teve alguma experiência anterior com crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial? O que a motivou a trabalhar na educação infantil?

2) Quais recursos e apoios estão disponíveis no CMEI para auxiliar no processo de inclusão das crianças do público-alvo da educação especial? Existem materiais adaptados ou tecnologias assistivas que são utilizadas? Quais ações são tomadas para criar um ambiente inclusivo e acolhedor para todas as crianças?

3) Quais são as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem específicas oferecidas na educação infantil que podem ser benéficas para a criança do público-alvo da educação especial?

4) Considerando o processo desde a avaliação clínica até a entrega do laudo médico, qual é o seu papel nesse processo? Quando você tem um aluno que, na sua opinião, faz parte do público-alvo da educação especial, como o CMEI encaminha a criança para avaliação com o profissional de saúde? Qual é a função do laudo médico para o CMEI e quais desdobramentos ele produz?

5) Quantos alunos pertencentes à educação especial há no seu turno? Você sabe se algum deles faz uso de medicamentos, terapias ou participa de atividades esportivas ou projetos? Se sim, quais resultados foram observados com essas intervenções?

6) Como você avalia a educação especial na perspectiva inclusiva? Como percebe a inclusão e a presença de crianças com necessidades especiais na sociedade atual?

7) Quais são os critérios de avaliação adotados pelo CMEI para monitorar o desenvolvimento e o aprendizado das crianças do público-alvo da educação especial? Na sua opinião, o que mais favorece o desenvolvimento do seu aluno: a matrícula na educação infantil ou a participação em processos terapêuticos individualizados nas clínicas?

8) Na sua opinião, qual deveria ser a ordem de prioridade para favorecer o desenvolvimento do seu aluno: matrícula na Educação Básica (educação infantil), terapias clínicas ou uso de medicamentos?

9) Você está familiarizado(a) com a proposta da educação especial do município da Serra, assim como com a abordagem do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos do público-alvo da educação especial? Na sua concepção, o que significa trabalho colaborativo na educação inclusiva?

10) Como funciona o planejamento com os professores (regentes, áreas e especialista DI) para atender as crianças do público-alvo da educação especial?

11) Existe algum programa ou iniciativa específica no CMEI para apoiar a transição das crianças do público-alvo da educação especial da educação infantil para o ensino fundamental?

12) Fale sobre a relação com as famílias das crianças do público-alvo da educação especial aqui do CMEI. Quais estratégias são adotadas para resolver as tensões? Como ocorre essa mediação com a família?

13) Momento: deixe seu recado, fala livre, envie sua mensagem para a academia ou sociedade em geral.

7.4) DIRETORA:

- 1) Poderíamos falar um pouco sobre você? Qual é a sua idade? Qual é a sua formação acadêmica e experiência na educação? Já teve alguma experiência anterior com crianças pertencentes ao público-alvo da educação especial? O que a motivou a trabalhar na educação infantil?
- 2) Quais recursos e apoios estão disponíveis no CMEI para auxiliar no processo de inclusão das crianças do público-alvo da educação especial? Existem materiais adaptados ou tecnologias assistivas que são utilizadas? Quais ações são tomadas para criar um ambiente inclusivo e acolhedor para todas as crianças?
- 3) Quais são as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem específicas oferecidas na educação infantil que podem ser benéficas para a criança do público-alvo da educação especial?
- 4) Considerando o processo desde a avaliação clínica até a entrega do laudo médico, qual é o seu papel nesse processo? Quando você tem um aluno que, na sua opinião, faz parte do público-alvo da educação especial, como o CMEI encaminha a criança para avaliação com o profissional de saúde? Qual é a função do laudo médico para o CMEI e quais desdobramentos ele produz?
- 5) Quantos alunos pertencentes à educação especial há no CMEI? Você sabe se algum deles faz uso de medicamentos, terapias ou participa de atividades esportivas ou projetos? Se sim, quais resultados foram observados com essas intervenções?
- 6) Como você avalia a educação especial na perspectiva inclusiva? Como percebe a inclusão e a presença de crianças com necessidades especiais na sociedade atual?
- 7) Quais são os critérios de avaliação adotados pelo CMEI para monitorar o desenvolvimento e o aprendizado das crianças do público-alvo da educação especial? Na sua opinião, o que mais favorece o desenvolvimento do seu aluno: a matrícula na educação infantil ou a participação em processos terapêuticos individualizados nas clínicas?
- 8) Na sua opinião, qual deveria ser a ordem de prioridade para favorecer o desenvolvimento do seu aluno: matrícula na Educação Básica (educação infantil), terapias clínicas ou uso de medicamentos?

9) Você está familiarizado(a) com a proposta da educação especial do município da Serra, assim como com a abordagem do Projeto Político-pedagógico (PPP) do CMEI para os alunos do público-alvo da educação especial? Na sua concepção, o que significa trabalho colaborativo na educação inclusiva?

10) Como funciona o planejamento com os professores (regentes, áreas e especialista DI) e a pedagoga para atender as crianças do público-alvo da educação especial?

11) Existe algum programa ou iniciativa específica no CMEI para apoiar a transição das crianças do público-alvo da educação especial da educação infantil para o ensino fundamental?

12) Fale sobre a relação com as famílias das crianças do público-alvo da educação especial aqui do CMEI. Quais estratégias são adotadas para resolver as tensões? Como ocorre essa mediação com a família?

13) Momento: deixe seu recado, fala livre, envie sua mensagem para a academia ou sociedade em geral.

7.5) ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS PAIS:

- 1) Qual a idade do seu filho hoje? Ele tem irmãos? Com quantos anos ele foi diagnosticado?

- 2) Quais foram os sinais ou comportamentos que levaram você a buscar uma avaliação médica para o seu filho?

- 3) Qual é o diagnóstico? O que o laudo médico diz? O médico que fez o laudo era do SUS ou particular (plano de saúde ou consulta paga)? Quantas consultas? Você se lembra do que ele disse? Você levou algum relatório do CMEI?

- 4) Como foi o processo de receber o diagnóstico do seu filho e como você lidou com suas primeiras reações e emoções? Além disso, você buscou apoio emocional e informações sobre o diagnóstico nesse momento?

- 5) Como é o dia a dia do seu filho? Ele tem alguma necessidade de apoio para as tarefas do cotidiano?

- 6) Você já o levou a algum profissional da saúde (terapias)? Foi pelo sistema público ou particular?

- 7) Há quanto tempo ele estuda no CMEI? Como você avalia a contribuição do CMEI para o desenvolvimento do seu filho?

- 8) Para o desenvolvimento do seu filho, o que você acha que deveria vir primeiro: estudar no CMEI, uso de medicamentos ou terapias? Classifique essa ordem.

- 9) Seu filho faz uso de algum medicamento? Qual é o nome? Há quanto tempo? Você observa alguma melhora quando ele faz uso? Há algum efeito colateral?

- 10) Você sabe como funciona a Educação Especial aqui no CMEI?

- 11) Se você tivesse que enviar um recado. Fala, Pai, qual seria o recado?

11 ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA PREFEITURA DA SERRA/ES



AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Recebemos a solicitação do pesquisador TIAGO NASCIMENTO DE OLIVEIRA, aluno do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, para realização da pesquisa em uma unidade de ensino do município, com o título: "PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS: CARTOGRAFIAS EM UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL, na linha de pesquisa Práticas Educativas, Diversidade e Inclusão Escolar.

A pesquisa objetiva a problematização dos processos de medicalização de crianças público-alvo da educação especial em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) na Serra. O estudo adotará uma abordagem qualitativa, combinando estudo de caso e cartografia. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com pais, professores, pedagogos e a diretora do CMEI, com o objetivo de compreender as experiências e subjetividades dos participantes, bem como os fenômenos complexos relacionados à medicalização. Além disso, serão realizadas observações participantes e análise de documentos relevantes.

Após análise realizada pela Gerência de Educação Especial, entendemos que a **autorização deve ser concedida** para acesso à Unidade de Ensino, assim como para realizar ações previstas na dimensão metodológica da pesquisa, garantindo o contato prévio com o gestor escolar para a apresentação e encaminhamentos referentes ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos ainda, que a pesquisadora deverá ter autorização dos sujeitos envolvidos no processo de coleta de dados dos registros escritos, e dos registros fotográficos que comporão a pesquisa.

Serra, 07 de agosto de 2023.

Giovana Rodrigues Nascimento
Subsecretária Pedagógica

Giovana Rodrigues Nascimento
Secretária Pedagógica
Mat.: 57348 - Dec.: 4031/2023
SEDU / Serra