

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Fernanda do Valle Corrêa Ramos

Alunos com transtornos globais do desenvolvimento:
da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão
escolar

Belo Horizonte
2012

Fernanda do Valle Corrêa Ramos

**Alunos com transtornos globais do desenvolvimento:
da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão
escolar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social

Linha de pesquisa: Psicologia, Psicanálise e Educação

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lydia Bezerra Santiago

Belo Horizonte
Agosto de 2012

Ramos, Fernanda do Valle Corrêa, 1972-

R175a Alunos com transtornos globais do desenvolvimento
T [manuscrito]: da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a
 caso nos processos de inclusão escolar / Fernanda do Valle
 Corrêa Ramos. - UFMG/FaE, 2012.

190 f., enc,

Dissertação - (Mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Educação.

Orientadora : Ana Lydia Bezerra Santiago.

Inclui bibliografia.

CDD- 371.9



UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Educação: conhecimento e inclusão social

Dissertação apresentada à linha de pesquisa Psicologia, Psicanálise e Educação do Programa de Pós-graduação em Educação: conhecimento e inclusão social, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação. Trabalho intitulado “Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: da categoria psiquiátrica à particularidade do caso a caso nos processos de inclusão escolar”, de autoria da mestranda Fernanda do Valle Corrêa Ramos. Aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores doutores:

Profª Drª Ana Lydia Bezerra Santiago – orientadora

Profª Drª Nádia Laguárdia – FAFICH/ UFMG

Profª Drª Raquel Martins de Assis – FaE/ UFMG

Profª Drª DAISY CUNHA

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação: conhecimento e inclusão social

FaE/ UFMG

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2012

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio e Marília, eu agradeço a transmissão dos valores da persistência e da vontade de vencer. Agradeço também pelo incentivo e apoio constantes na concretização de um sonho pessoal que se transformou em um projeto coletivo.

Às minhas irmãs, Fabiana e Amanda, e aos meus sobrinhos amados, Luíza, Beatriz e Vítor, a compreensão pelos momentos de indisponibilidade que já pareciam ser eternos! Aos meus tios e tias, a presença distante, mas sempre percebida. À avó Geracina, pelo amor e pela compreensão de minhas ausências.

À minha orientadora, professora doutora Ana Lydia Santiago, por me guiar por um campo de pesquisa tortuoso e inicialmente desconhecido por mim.

Ao professor doutor Marcelo Ricardo e às professoras doutoras Raquel Martins, Nádia Laguárdia, Maria José Salum e Mônica Rahme, pela disponibilização de seus saberes.

Aos demais professores com quem tive a oportunidade de conviver e aprender, especialmente à profa. Dra. Regina Helena de Freitas Campos pela transmissão generosa de seu saber à época de meu estágio docente.

Aos colegas Marlene Machado, Luciana, Kátia, Adriana, Márcio e Gustavo: obrigada pelas contribuições e pela companhia nesta travessia! Agradeço especialmente à Libéria Neves pelo apontamento dos novos caminhos a serem seguidos.

Aos amigos Juliana Pacheco, Rosilene, Lívia, Cláudia Boaretto, Pedro, Alexey, Fabrina, Vanessa, Rodrigo Araújo e às amigas da “Máfia”, o incentivo, o afeto, a permanência, os novos encontros e os reencontros possíveis ao longo dos últimos anos.

Aos funcionários da secretaria da Pós-graduação em Educação e aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina pelos auxílios precisos.

À Carla Figueiredo pelo auxílio nas primeiras organizações do material de campo.

Aos técnicos de inclusão da Superintendência Regional de Ensino e aos professores da Escola Normal em Patos de Minas: onde tudo começou!

Agradeço ainda à Elisa Alvarenga, pela oferta de escuta;

À Lilany Pacheco pela disponibilidade e o auxílio afetuoso e generoso na construção do projeto que possibilitou minha entrada neste curso;

À Iracema Pacheco, a parceria.

À CAPES, pelo incentivo financeiro.

Finalmente, aos participantes desta pesquisa, causa e fim de tudo!

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo geral analisar, por meio de estudos de casos clínicos, os processos de inclusão dos alunos identificados à escola regular através da categoria psiquiátrica de *transtornos globais do desenvolvimento* (TGD). Como objetivos específicos, listam-se: repertoriar as dificuldades dos professores na execução dos processos de inclusão; delimitar conceitualmente o termo transtorno global do desenvolvimento; e produzir material sobre tal categoria psiquiátrica, para favorecer o trabalho das equipes de inclusão e dos demais educadores nas escolas regulares. A partir da hipótese de que há dificuldades na compreensão dos educadores sobre o que seja transtorno global do desenvolvimento, este estudo investigou como ocorrem os processos de inclusão escolar destas crianças e por que alguns destes alunos constituem um problema para a escola. Para tanto, utilizou-se como metodologia de pesquisa do estudo de três casos clínicos. Na coleta de dados, utilizou-se de levantamento documental às pastas escolares dos alunos e de Entrevistas de Orientação Psicanalítica, tendo a Psicanálise como lente de leitura dos processos de inclusão escolar. Considerou-se também um percurso teórico em que se verificou a entrada do conceito categórico de *transtornos globais do desenvolvimento* no campo da Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva, face à construção dos diversos paradigmas educacionais, apontando as nomeações dadas à deficiência ao longo deste processo e a busca por uma homogeneização feita pelo campo da Educação Especial Inclusiva, por ainda necessitar das categorias psiquiátricas para distinguir o público-alvo das ações de inclusão escolar. Também apresentou-se o percurso de construção teórica da categoria psiquiátrica dos *transtornos globais do desenvolvimento*, salientando a predominância que o autismo ganha face às outras entidades clínicas que foram agregadas à mesma categoria – síndromes de Asperger, Rett e Heller e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Finalmente, apresentaram-se as repercussões deste conceito sobre as produções teóricas e técnico-legais do campo da Educação Especial sob a perspectiva inclusiva e sobre os processos de inclusão dos alunos em questão. Considerou-se que, na execução dos processos de inclusão escolar, há particularidades que não se reduzem à nomeação categórica do público a que se destinam, que o diagnóstico clínico requerido pelo campo da Educação ao saber médico não soluciona os impasses do educador e que os maiores impasses da inclusão escolar estão nas crianças que não aprendem ou que desafiam a autoridade do professor, independentemente da condição clínica ou psíquica que possam apresentar.

Palavras-chave: Educação Inclusiva. Processos de inclusão escolar. Psicanálise. Psiquiatria.
Alunos com transtornos globais do desenvolvimento. Autismo.

ABSTRACT

This research sought to analyze: the integration of students classified as having pervasive developmental disorder (PDD) in regular schools; to point and study the teachers difficulties in the execution of such processes; to delimit conceptually the persuasive development disorder definition in order to assure its integration in regular schools; and to produce supporting material seeking to favor the integration work for education professionals in general. From the hypothesis that there are comprehension difficulties by educators on what is the persuasive development disorder, this study investigated how school integration processes happen for those children and why some students are taken as problem by schools. For this purpose, the methodology of Psychoanalytical Oriented Interview and three case studies were taken along with the psychoanalysis approach to read these processes. It was considered a theoretical path in which it was verified the categorical concept of persuasive developmental disorder in the Special Education field contextualized in the Inclusive Education, which faced the development of a range of educational paradigms. The research pointed out the designations given to this deficiency along this process and the search for a homogeneous concept by the Inclusive Education field for it still needs psychiatric categories. It was also presented the theoretical development process of the psychiatric category of the persuasive developmental disorder, emphasizing the predominance that autism gets compared with other clinical psychic pathologies that were aggregated to the same category – Asperger syndrome, Rett syndrome, Heller syndrome and the persuasive developmental disorder - not specifically oriented. Finally, it was presented this concept's unfolding on the theoretical and legal-technical production of the Special Education in the inclusive perspective and on the inclusion processes of the related students. It was considered that, in the execution process of school integration, there are particularities not restricted to the stated public category for who they are addressed, and further more, that the clinical diagnosis requested by the education field, from the medical field, doesn't answer the educators' dilemmas and that the major school integration dilemma is on the children that don't learn or that challenge the teachers' authority, independently of their clinical or psychical conditions.

Keywords: Inclusive Education. Inclusive processes. Psychoanalysis. Psychiatry. Persuasive developmental disorder students. Autism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro comparativo de denominações de entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento (CID-10 e DSM IV-TR).....	76
Quadro 2 – Designações técnico-legais para os transtornos globais do desenvolvimento.....	92
Quadro 3 – Sujeitos de pesquisa entrevistados	103

LISTA DE SIGLAS

APA - Associação Americana de Psiquiatria

CAPES - Coordenadoria de Apoio ao Pessoal de Nível Superior

CEB - Câmara de Educação Básica

CFTMEA R-2000 - *Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente*

CID - *Classificação Internacional das Doenças*

CID-10 - *Classificação Internacional de Doenças* (10ª edição)

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNF - Currículo Natural Funcional

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CRIA - Centro de Referência da Criança e do Adolescente

DSM - *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*

DSM-IV-TR - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª edição revisada)

FaE – Faculdade de Educação

FAFICH – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

GERED – Gerência Regional de Ensino

INEP - Instituto Nacional de Educação e Pesquisas Nacionais Anísio Teixeira

LDB – Lei de Diretrizes de Bases da Educação

NIPSE - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Psicanálise e Educação

OEА – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAVS1 – Programa de Aceleração Escolar

PEI - Programa de Ensino Individualizado

PDD - *Pervasive Developmental Disorder*

PIPE – Projeto de Intervenção Pedagógica

PPC - Programa de Prestação Continuada

PSF - Programa de Saúde da Família

SARMU – Secretaria de Administração Regional Municipal

SMED/PMBH – Secretaria Municipal de Educação / Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Teacch – *Treatment and Education of Autistic and Communication Handcapped Children*

TGD-Soe / TGD-SOE - Transtorno Global do Desenvolvimento - sem outra especificação

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UMEI - Unidade Municipal de Educação Infantil

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OS PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E OS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO	20
2.1 No início, a segregação: uma concepção duradoura sobre a diferença.....	21
2.1.1 <i>Um tempo de passagem: novas perspectivas sobre a infância e sobre a diferença.....</i>	26
2.2 Paradigma da Integração: da deficiência ao conceito de necessidades educativas especiais	28
2.3 Educação Inclusiva: um novo paradigma	31
2.3.1 <i>As nomeações das dificuldades escolares na legislação brasileira</i>	33
2.3.1.1 <i>Da anormalidade e da deficiência mental à excepcionalidade da criança: as legislações educacionais de 1961 e 1971</i>	33
2.3.1.2 <i>Alunos com necessidades educativas especiais: reflexos das legislações internacionais da Inclusão sobre as novas legislações brasileiras</i>	34
2.3.2 <i>Críticas ao conceito de necessidades educativas especiais: definição de um público específico na Educação Inclusiva brasileira</i>	35
2.3.3 <i>Política de Educação na Perspectiva da Educação Inclusiva e os alunos com transtornos globais do desenvolvimento</i>	40
3 ANTECEDENTES E SURGIMENTO DA CATEGORIA DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO NA PSIQUIATRIA	47
3.1 Investigações anatomopatológicas do início do século XIX: retardo mental e lesões orgânicas.....	51
3.2 Surgimento das entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento: as grandes síndromes mentais infantis	53
3.2.1 <i>Síndrome de Heller</i>	56
3.2.2 <i>Autismo infantil precoce</i>	58
3.2.3 <i>Psicopatia autística ou síndrome de Asperger</i>	60
3.3 As investigações psicopatológicas quantitativas: o surgimento da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento e seus antecedentes	62

3.3.1 <i>Descrição fenomenológica das entidades clínicas: implicações para o surgimento dos transtornos globais do desenvolvimento</i>	63
3.3.2 <i>DSM-III e DSM-III-R: o distúrbio difuso do desenvolvimento</i>	65
3.3.2.1 <i>Décadas de 60 e 70 do século XX: a síndrome de Rett e as novas pesquisas sobre o autismo</i>	67
3.3.3 <i>CID-10, DSM-IV-TR e seus seguidores: a Babel das definições e das abordagens aos transtornos globais do desenvolvimento</i>	73
3.3.4 <i>Outras visões sobre os transtornos globais do desenvolvimento: duas críticas ao conceito categórico</i>	82

4 REPERCUSSÕES DO CONCEITO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO SOBRE OS PROCESSOS DE INCLUSÃO NAS ESCOLAS REGULARES

4.1 Repercussões teóricas sobre o campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva	86
4.2 Repercussões técnico-legais: métodos de intervenção e nomenclaturas	88
4.3 Repercussões sobre a nomenclatura da legislação	90
4.4 Investigação das repercussões teóricas e técnico-legais sobre os processos de inclusão dos alunos com transtornos globais do desenvolvimento	92
4.4.1 <i>A pesquisa de Campo</i>	92
4.4.1.1 <i>Referencial teórico e questões de pesquisa</i>	92
4.4.1.2 <i>Sobre os sujeitos da pesquisa</i>	97
4.4.1.2.1- <i>A escolha da escola – o caso da Escola a</i>	97
4.4.1.2.2 <i>Sobre as crianças pesquisadas</i>	100
4.5 Estudos de Casos	
Clínicos	104
4.5.1 Caso T - Autismo na escola regular: o encontro com o desconhecido	104
4.5.1.1 <i>Apresentação do caso</i>	104
4.5.1.2 <i>A Criança</i>	107
4.5.1.3 <i>A criança e a aprendizagem</i>	108
4.5.1.4 <i>A criança e os colegas</i>	112
4.5.1.5 <i>A criança e o professor / O professor e a criança</i>	115
4.5.1.6 <i>O professor e a inclusão escolar</i>	116
4.5.1.7 <i>A escola, seus profissionais e a família / A família, a escola e seus profissionais</i>	118
4.5.1.8 <i>A família e a pesquisadora</i>	119
4.5.1.9 <i>Propostas de intervenção da escola</i>	121
4.5.1.10 <i>A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança</i>	123

4.5.1.11 Análise do caso	125
4.5.2 Caso G - “Faculdade de Aprender”: <i>uma impossibilidade diante de um saber incontestável</i>	129
4.5.2.1 Apresentação do caso	129
4.5.2.2 A Criança	133
4.5.2.3 A criança e a aprendizagem	135
4.5.2.4 A criança e os colegas	137
4.5.2.5 A criança e o professor / O professor e a criança	138
4.5.2.6 O professor e a família/ A família e a escola	140
4.5.2.7 A família e a pesquisadora	141
4.5.2.8 A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança	144
4.5.2.9 Propostas de intervenção da escola	148
4.5.2.10 O professor e a inclusão escolar	150
4.5.2.11 Análise do caso	151
4.5.3 Caso D - “Eu sou criança, eu apronto!”: <i>a medicalização da infância</i>	155
4.5.3.1 Apresentação do caso	155
4.5.3.2 A Criança	158
4.5.3.3 A criança e a aprendizagem	161
4.5.3.4 A criança e os colegas	162
4.5.3.5 A criança e o professor / O professor e a criança	163
4.5.3.6 O professor e a inclusão escolar	165
4.5.3.7 O professor e a família/ A família e a escola.....	166
4.5.3.8 A família e a pesquisadora	167
4.5.3.9 A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança	167
4.5.3.10 Propostas de intervenção da escola	168
4.5.3.11 Análise do caso	169
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
REFERÊNCIAS	180

1 INTRODUÇÃO

No início de nosso interesse pelo campo da Educação, mantínhamos uma parceria com uma escola estadual de uma cidade do interior de Minas Gerais. Neste trabalho, realizávamos acompanhamento psicológico a crianças que geravam impasse para a escola em razão das dificuldades de aprendizagem, por vezes bastante severas, quanto dos comportamentos considerados como desviantes (manifestados por alunos que mordem os colegas, usam de agressividade para se relacionar, não ficam assentados por muito tempo, perambulam pela sala de aula, emitem gritos e risos imotivados, isolam-se, manifestam comportamentos sexuais exacerbados no ambiente escolar, apresentam comportamentos regressivos e aquém do esperado para sua idade ou mesmo que se estabelecem numa recusa escolar, rejeitando a autoridade do professor e se recusando a participar das atividades escolares). Inicialmente, tal fato nos fez interrogar se as queixas escolares colocadas pelos educadores a partir destes quadros seriam índices de manifestações de psicoses infantis.

A partir desta interrogação, ingressamos no curso de Mestrado pela linha de pesquisa em Psicologia, Psicanálise e Educação do Programa de Pós-graduação em Educação: conhecimento e inclusão social, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Para o desenvolvimento de nossa pesquisa, tivemos o incentivo financeiro da Coordenadoria de Apoio ao Pessoal de Nível Superior - CAPES. Entretanto, ao iniciarmos nosso curso e acompanharmos os trabalhos desenvolvidos pelos pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Psicanálise e Educação – NIPSE¹, iniciamos também um processo de depuração em nossos questionamentos preliminares.

Desta forma, percebemos que, se por um lado as manifestações fenomenológicas anteriormente observadas compõem uma realidade que insiste no contexto escolar e, muitas vezes, independem da instauração de um quadro de sofrimento mental infantil de ordem patológica, por outro, quando diagnosticadas pelo saber clínico do campo da Saúde Mental (neurológico, psicológico e, sobretudo, psiquiátrico) e identificadas a partir de critérios patológicos, as crianças que apresentam as manifestações referidas acima recebem por parte

¹ O NIPSE é um núcleo de pesquisa ligado à linha de pesquisa *Psicologia, Psicanálise e Educação* do Programa de Pós-graduação da FaE/UFG. É coordenado pela Prof^a Dr^a Ana Lydía Santiago. Desde 2004, este núcleo desenvolve pesquisas, publicações, seminários e palestras sobre o fracasso escolar e o mal-estar docente como sintomas escolares passíveis de serem abordados pela clínica psicanalítica, através de metodologias de pesquisa-intervenção, tais como o Diagnóstico Clínico-Pedagógico, as Conversações de Orientação Psicanalítica e as Entrevistas de Orientação Psicanalítica. Quanto ao Diagnóstico Clínico-Pedagógico trata-se de um instrumento forjado por Santiago (2005) que busca suturar a hiância entre as dimensões pedagógica e clínica na investigação dos fracassos escolares.

da Educação um tratamento especial. Elas são nomeadas como *alunos com transtornos globais do desenvolvimento* e inseridas nos programas oficiais de Educação Inclusiva.

As investigações teóricas que se seguiram a estas primeiras constatações instauraram para nós uma perspectiva de pesquisa sobre a qual nada sabíamos e cujo campo verificou-se ser tão interessante quanto complexo: a Educação Especial voltada à inserção e inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas escolas regulares. Trata-se de um campo em que verifica-se a instituição na prática educativa de uma categoria proveniente de um momento de organização da Psiquiatria que aqui encontra-se denominada de *Psiquiatria das Classificações Internacionais* (BARRETO, 2010).

As constatações iniciais identificaram uma dificuldade conceitual dos educadores com o termo *transtornos globais do desenvolvimento* – pois algumas das interrogações destes profissionais giravam em torno de questionamentos tais como “*O que é transtorno global do desenvolvimento?*” ou ainda, “*Quem é o aluno com transtorno global?*”.

Também foi possível constatar que o diagnóstico de tal transtorno e a inserção de alunos nomeados a partir da categoria psiquiátrica de transtornos globais do desenvolvimento nas Equipes de Apoio à Inclusão não cessava as dificuldades dos educadores no manejo dos processos de inclusão escolar. Além disso, constatou-se que nem todos os alunos classificados como público especial representava um impasse para os educadores. Mesmo que o aluno estivesse diagnosticado, mas não manifestasse qualquer problema de comportamento ou de aprendizagem, na maioria das vezes esta criança não era alvo de queixas por parte dos profissionais da Educação. Desta forma, configurou-se o problema de pesquisa a partir da hipótese inicial de que, de modo geral, a dificuldade dos educadores não estaria centrada na ausência de um diagnóstico clínico, ofertado como um saber externo às avaliações do educador sobre seu aluno, mas, sim, em torno de uma questão dos educadores com uma categoria que não faz parte de seu domínio conceitual.

A formulação de tal hipótese deslocou o foco investigativo inicial sobre o diagnóstico clínico das queixas escolares para os processos de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento e para uma pesquisa que também privilegiasse a exploração conceitual sobre o campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Sendo assim, formulamos as duas questões que nortearam esta pesquisa, a saber: i) *Como acontece a inclusão de alunos com diagnósticos clínicos de transtornos globais do desenvolvimento?*; e, ii) *Por que alguns destes alunos são um problema para a inclusão escolar?*

Visando respondê-las estabelecemos como objetivo principal a análise dos processos de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento na escola regular. Como

objetivos secundários, têm-se: i) o estabelecimento do repertório das dificuldades encontradas pelos professores para a inclusão de alguns alunos com transtornos globais do desenvolvimento; ii) a delimitação conceitual do termo transtorno global do desenvolvimento, tendo em vista sua inclusão na escola regular; e, por fim, iii) a produção de material sobre transtorno global do desenvolvimento que favoreça o trabalho das Equipes de Inclusão nas escolas regulares.

Para tanto, inicialmente estabelecemos que a pesquisa deveria ser de cunho qualitativo, desenvolvida através de metodologia de Estudo de Casos Clínicos, elaborados a partir de levantamento documental a respeito da vida escolar do aluno e de metodologia de pesquisa-intervenção aos moldes da Entrevista de Orientação Psicanalítica. Com o desdobramento da pesquisa, houve também entrevistas semidirigidas e observações livres. Identificamos que tal metodologia seria pertinente para abordar três grupos distintos de sujeitos: alguns dos alunos que já estivessem diagnosticados a partir da classificação de transtornos globais do desenvolvimento e que representassem um problema para o programa de inclusão escolar; os professores da escola em que tais alunos estivessem inseridos; e os educadores da Equipe de Inclusão da Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte. Com o desdobramento da pesquisa de campo, também foram realizadas entrevistas com as mães dos alunos cujos casos serão abordados neste trabalho.

A inserção da pesquisadora neste campo de pesquisa ocorreu em função da necessidade de afastamento do campo de origem, a bem do critério de imparcialidade. Sendo assim, privilegiou-se a sua realização no sistema educacional de Belo Horizonte também em função da demanda feita por uma escola da rede municipal de ensino ao NIPSE para a realização do estudo do caso de uma criança identificada com *transtorno invasivo do desenvolvimento*. Os impasses com a aprendizagem desta criança causavam preocupação generalizada entre os educadores da Equipe de Apoio à Inclusão e da referida escola devido à falta de progresso na escolarização em detrimento da idade do aluno. Sendo uma pesquisa vinculada ao NIPSE, estabelecemos que a Psicanálise seria utilizada como lente de leitura dos dados coletados, organizados através dos Estudos de Casos Clínicos também de base psicanalítica. Objetivamos com isto verificar o que a particularidade de cada caso poderia nos ensinar sobre os processos de inclusão de alguns alunos identificados a partir da categoria psiquiátrica dos *transtornos globais do desenvolvimento* e sobre as dificuldades enfrentadas pelos educadores no decorrer de tais processos.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa cujo alcance é o professor da escola regular e os educadores que compõem as Equipes de Apoio à Inclusão. Para tanto, escolhemos percorrer

um caminho que pudesse circunscrever o conceito de transtornos globais do desenvolvimento tanto no campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva quanto em seu campo de origem - a *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, de modo a verificar a repercussão deste conceito sobre os processos de inclusão nas escolas regulares, verificado através do estudo de três casos que se demonstraram como um desafio ao programa de inclusão. Desta maneira, apresentaremos nosso trabalho em três capítulos, conforme se segue.

No Capítulo 2, será feito um percurso em que verificaremos a explanação dos paradigmas constituintes da Educação Especial e da Educação Inclusiva, identificando que, desde a sua origem, o campo da Educação Especial esteve aliado ao saber médico na produção de conhecimentos educacionais (RAHME, 2010). Concomitantemente, indicaremos um percurso em que as estratégias educativas passaram da segregação à proposta de “educação para todos”, buscando-se através de tal percurso as nomeações atribuídas ao público da Educação Especial, até a designação do conceito *necessidades educativas especiais*, o qual passa a identificar o público da Educação Inclusiva em âmbitos nacional e internacional. Como desdobramento de uma crítica, posteriormente estabelecida sobre o conceito de necessidades educativas especiais no âmbito das políticas de Educação Especial Inclusiva nacionais, verifica-se na evolução destas políticas uma focalização em públicos específicos. A partir desta evolução, detectaremos como o conceito de transtornos globais do desenvolvimento foi introduzido no campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Também alcançaremos neste capítulo as contribuições de autores da Psicanálise ao campo de saber em questão, apontando através desta leitura a tendência da política de educação inclusiva brasileira em responder à incompletude de sua proposta com um ideal homogeneizante, proveniente da lógica classificatória das nomeações. Interrogamos através de três autores que realizam uma leitura articulada entre Educação Especial Inclusiva e Psicanálise (LASERRE, 2001; RE, 2001; RAHME 2010) o que nos parece ser uma tentativa de homogeneização das práticas educativas a partir da vinculação entre Educação e Medicina para identificar os impasses das crianças com o ambiente escolar.

Da mesma maneira, assim como a categoria de transtornos globais do desenvolvimento não faz parte do corpo conceitual da Educação Especial Inclusiva desde sempre, verificar-se-á no Capítulo 3 que ele também não esteve presente desde sempre em seu campo de origem – a Psiquiatria. Visando a perseguir a gênese do conceito neste campo de saber – o qual, juntamente com Barreto (2010), denominamos *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, estabeleceremos um percurso em que fica evidenciado um rebaixamento conceitual das classificações patológicas ocorrido no campo da Psiquiatria e os efeitos destas

alterações sobre uma nova forma de se nomear os fenômenos mentais. Juntamente com uma nova visão sobre o autismo a partir do final da década de 60 do século XX, estes fatores contribuíram para agregar a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett, a síndrome de Heller e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação – TGD-Soe, dentre outros, sob a categoria patológica dos *transtornos globais do desenvolvimento*. Mesmo não se tratando de uma dissertação sobre o Autismo Infantil Precoce, apontaremos que este agrupamento fornece a tal patologia uma predominância em relação às outras entidades clínicas no se refere à descrição fenomenológica e às propostas de intervenção terapêutica, fundamentadas em intervenções cognitivo-comportamentais. Desta forma será evidenciada que a homogeneização conceitual promovida pelo campo da Psiquiatria também tem o mesmo efeito sobre as propostas de intervenção no campo da Educação. Contudo, a partir do posicionamento crítico a respeito do conceito categórico de *transtornos globais do desenvolvimento* de um dos autores pertencentes à tradição da *Psiquiatria das Classificações Internacionais* (DUMAS, 2011) e de autores pertencentes à Psicanálise de orientação Lacaniana, verificaremos as indicações realizadas em relação aos efeitos de nomeação desta categoria sobre as crianças. Sendo assim, no Capítulo 4, além da descrição sobre a metodologia e os procedimentos metodológicos empregados na pesquisa de campo, encontraremos uma construção em que, inicialmente, identificam-se as repercussões específicas do conceito categórico estabelecido no campo da *Psiquiatria das Classificações Internacionais* sobre a dimensão das pesquisas teóricas a respeito da educação dos alunos em questão nesta dissertação (VASQUES, 2008b), sobre a dimensão das orientações técnico-legais fornecidas para a execução dos processos de inclusão (BRASIL, 2010), e sobre a própria identificação para o campo da Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva dos alunos classificados a partir da categoria transtornos globais do desenvolvimento (BRASIL, 2008; 2009; APA, 2002; OMS, 2003).

Por fim, apresentaremos nesse mesmo capítulo a repercussão deste conceito nos próprios processos de inclusão de alguns alunos com transtornos globais do desenvolvimento, buscando a partir dos casos estudados responder às questões de pesquisa: “*como acontecem os processos de inclusão dos alunos com transtornos globais?*” e, de fato, “*por que alguns deles são um problema para a escola?*”. Assim, a partir do estudo de três casos identificados por diagnósticos diversos – síndrome do X-frágil com autismo secundário, transtorno invasivo do desenvolvimento e transtorno bipolar -, será evidenciada a dimensão da aplicação conceitual aos processos de inclusão de alunos que apresentam impasses com a aprendizagem e com o ambiente escolar. Na análise de cada caso, serão evidenciados os elementos que

compõem os processos de inclusão, estabelecendo a partir deste estudo o percurso das dificuldades enfrentadas pelos educadores.

A partir da verificação entre a teoria estabelecida e os casos estudados, esta dissertação pretende apontar como, no caso-a-caso dos processos de inclusão, é preciso estar atento à particularidade das características da criança e da dimensão dos laços estabelecidos entre: a criança e a aprendizagem; a criança e os colegas, a criança e o professor / o professor e a criança; o professor e a família/ a família e a escola; a criança e as propostas de intervenção a ela ofertadas; bem como entre o professor e inclusão escolar.

Por fim, destaca-se que esta dissertação seguiu as propostas de reformulação feitas pela banca examinadora no que toca ao destaque necessário às categorias de análise utilizadas para a formulação dos estudos de caso, ao aprimoramento da descrição da metodologia e das características da escola onde a pesquisa de campo foi desenvolvida, bem como à melhor elucidação das considerações finais.

2 OS PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E OS TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Os estudos sobre a Educação Especial nos revelam a constituição de um percurso que, a seu tempo e mediante os recursos técnicos e científicos disponíveis, buscaram dar respostas educacional e socialmente adequadas face às diversas formas de compreensão sobre a diferença, estabelecendo proposições e paradigmas diferentes para lidar com as dificuldades escolares vivenciadas por determinados alunos. As mudanças observadas nesta trajetória também sedimentaram designações para as marcas singulares que alguns alunos trouxeram para o contexto da organização das práticas pedagógicas na escola regular.

Desta forma, falar de inclusão escolar é ter em mente o campo conceitual da Educação Especial que, historicamente, delineou práticas e designações para as diferenças. De um modo geral, a gênese das primeiras discussões e abordagens a estas diferenças remonta ao final do século XVI, com as atenções médicas e pedagógicas às deficiências físicas e sensoriais. As premissas da Educação Especial ganham vulto a partir do século XIX, com a pesquisa e a atenção médico-pedagógica ao sofrimento mental infantil, selando uma relação entre a Medicina e a Pedagogia e, mais especificamente, entre a Psiquiatria e a Pedagogia que, ao longo de sua existência, passa por aproximações e distanciamentos. No campo da Educação Especial brasileira, verifica-se que ainda hoje esta articulação se faz presente. Apesar de todas as proposições encontradas no sentido de amenizar os efeitos do uso destas terminologias no âmbito das escolas, ainda hoje se identifica a designação de quadros de impasses escolares por meio de terminologias psiquiátricas.

Este é o caso específico do apontamento feito em torno dos alunos identificados nas legislações educacionais a partir de suas dificuldades de aprendizagem e de seus comportamentos peculiares. São os alunos com transtornos globais do desenvolvimento (BRASIL, 2008; 2009; 2010). Sua inserção nas escolas regulares costuma levantar questionamentos sobre a educação especial em detrimento da regular ou comum, sobre o diagnóstico psicopatológico encaminhado às escolas e sobre as estratégias pedagógicas pertinentes aos processos de adaptação da criança na escola. De certa forma, tais questões impelem o educador no sentido de revisitar momentos, práticas e conceitos que contribuíram para o que atualmente se concebe por inclusão escolar.

Ao se consultar alguns teóricos da inclusão escolar (COLL, 2004; MARCHESI, 2004; MANTOAN, 2006; MENDES, 2006; PALÁCIOS, 2007, GLAT; BLANCO, 2009), torna-se possível observar que as mudanças paradigmáticas impressas no campo da Educação Especial

trazem em si um deslocamento primordial para que este campo seja reconhecido como o lócus privilegiado das práticas pedagógicas de inclusão escolar. Este deslocamento se processa do olhar lançado sobre a deficiência como algo potencialmente irreversível e inerente a alguns indivíduos para a visão não só sobre as potencialidades dos sujeitos deficientes - as quais podem ser observadas para além destes quadros, como também para a verificação de que, no processo escolar, todos estão sujeitos a déficits maiores ou menores em algum momento de sua trajetória educativa. Neste sentido, a deficiência passa a ganhar a conotação de dificuldade, entendida como transitória ou permanente conforme cada caso. Isso embasa o conceito de necessidades educativas especiais, definidor do paradigma da inclusão escolar, arrolado pelos autores aqui referidos.

O que se recolhe disto é um constante tensionamento entre o que pode ser compreendido como possibilidades em torno de um projeto educativo inclusivo, bem como acerca da definição sobre quem deve ser o alvo destas ações, imprimindo-se, a partir destas questões, modelos paradigmáticos constantemente revisitados e aperfeiçoados. Sendo uma particularidade presente na Educação Especial Inclusiva brasileira a partir do ano de 2008, a inserção de crianças com *transtornos globais do desenvolvimento* nas escolas regulares não foge a um campo de discussões em que a questão da diferença se faz presente de forma radical.

Para buscarmos um entendimento sobre os fatores determinantes para esta inserção, iniciaremos nossas discussões a partir de uma breve exposição sobre os modelos paradigmáticos que sustentaram a formulação da Educação Especial até a concepção do que hoje se compreende como Educação Inclusiva e os conceitos neles envolvidos.

2.1 No início, a segregação: uma concepção duradoura sobre a diferença

O início das ações de Educação Especial pode ser considerado a partir das intervenções realizadas sobre as deficiências físicas e sensoriais, ainda nos séculos XVI e XVII. Segundo Palacios (2007), em texto sobre a organização da Educação Especial na Espanha, esta modalidade de atenção se originou das iniciativas de Ponce de León, visando à educação de surdos-mudos, e de Francisco Lucas, Alejo Venegas Bustos e Pedro Méxia² em torno de iniciativas de acesso à leitura e à escrita para pessoas cegas.

² Os nomes Francisco Lucas, Alejo Venegas Bustos, Pedro Méxia e Jean Paul Bonet são referenciados por Palacios (2007). Entretanto, não são encontradas em seu texto referências precisas a respeito destas obras.

O mesmo panorama é encontrado na tese de Mônica Rahme (2010) a respeito da constituição do laço social como forma de escolarização e tratamento de crianças autistas, quando a autora comenta sobre os primórdios da Educação Especial na França. A autora enfatiza o trabalho de Jean Paul Bonet³, também referido por Palácios (2007), como precursor da Educação Especial com crianças cegas no século XVII. Referindo-se ainda a outras experiências de escolarização dos alunos cegos, surdos e mudos, dentre as quais as que foram empreendidas no Brasil em meados do século XIX⁴, a autora afirma que estas ações foram articuladas de forma segregatória, por meio de instituições de internato, externato e escolas especiais.

A respeito desta afirmativa, podemos encontrar no trabalho de Rosana Glat; Leila de Macedo Varela Blanco (2009) que os ideais iluministas que se disseminaram pelo mundo ocidental a partir do século XVIII requereram o direito a uma escolarização para todos e, a partir do momento em que a escola pública se defrontou com o impasse de atender às dificuldades particulares dos alunos de forma homogênea, formulou-se um campo teórico e prático pautado no modelo médico ou clínico de avaliação e intervenção. Esta distorção epistemológica a respeito das deficiências (sobretudo as mentais), identificada tanto por Marchesi (2004) quanto por Glat; Blanco (2009), e também por Rahme (2010), inicia um deslocamento da visão sobre os transtornos em que o deficiente será identificado pela sua mínima capacidade de aprendizagem, o que dá início a estratégias de tratamento médico-pedagógico que buscarão estabelecer parâmetros educativos para crianças e jovens, em certa medida consideradas alienadas de suas faculdades mentais. Neste processo, a experiência de Jean-Marc-Gaspar Itard ao final do século XVIII com o menino Victor, considerado *idiota*, torna-se um divisor de águas de uma prática que será revisitada algum tempo depois pelos médicos-educadores.

O mesmo panorama é traçado por Mendes (2006) em texto em que a autora estabelece uma discussão sobre a inclusão escolar no Brasil. Neste trabalho, a autora também faz referências a um panorama geral sobre a Educação Especial e afirma que, nos momentos referidos pelos autores acima citados, as intervenções foram meramente custodiais e assistenciais. Inicialmente, elas circunscrevem-se em ações de institucionalização asilar e manicomial e, somente ao final século XIX e início do século XX, a assistência foi organizada através de classes e escolas especiais. Esta modalidade de atenção, que pode ser considerada

³ Segundo Rahme (2010), trata-se da obra *Redação das letras e arte de ensinar os mudos a falar*, datada de 1620.

⁴ A referência feita aqui diz respeito ao Imperial Instituto dos Meninos Cegos, instituído em 1854, e ao Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, instituído por D. Pedro II no ano de 1857.

como um tratamento médico-pedagógico, ganha força no campo das pesquisas a respeito das formas de apresentação e de intervenção sobre os desajustes psíquicos infantis e sobre o ponto considerado primordial – as deficiências mentais (SANTIAGO, 2005; RAHME, 2010), em um processo iniciado por Itard a respeito da educação dos idiotas e cujo modelo foi a experiência com Victor, o menino idiota (SANTIAGO, 2005; RAHME, 2010).

Ao se referirem à experiência de Itard, estas autoras afirmam o caráter humanista de sua empreitada e a visão deste médico no sentido de se assegurar a humanidade do menino Victor por meio da convivência em sociedade e da aposta no projeto educativo como forma de tratamento⁵. Na sequência desta iniciativa e sob a sua influência, as escolas e classes especiais como proposição de tratamento médico-pedagógico são instituídas e propostas por Edouard Seguin (1812-1880), Voisin e de Delausieue (1804-1893) e Bourneville (1840-1909), os educadores de idiotas. Também conta neste processo os estudos psicométricos de Alfred Binet (1857-1911) e Théodor Simon (1872-1961).

As propostas que surgem destes médicos para contornar o problema da educação dos débeis mentais provêm da educação dos cegos e surdos e, segundo Rahme (2010), são marcadas por concepções e objetivos diferentes. Porém, o que se destaca da experiência destes teóricos são os primeiros entendimentos sobre a educabilidade daqueles antes considerados ineducáveis e as proposições metodológicas para se efetivar este intento, dando-se início a uma lógica classificatória radical da debilidade mental, a qual será marcada por diferenças de posicionamentos. Enquanto em Bourneville encontramos a defesa em torno de uma prevenção terapêutica e educativa e a rejeição de medidas segretativas, todo o trabalho estruturado pela psicomетria de Binet e Simon a partir de 1906 se faz em torno da classificação para a identificação da modalidade de ensino adequada à criança e, portanto, de seu destino institucional (RAHME, 2010). Pode-se dizer que, entre uma e outra posição, são os pressupostos psicométricos de Binet e Simon que determinarão a configuração das metodologias aplicadas à Educação Especial⁶, inclusive na educação brasileira assim como é possível verificar nos textos recolhidos por Regina Helena de Freitas Campos (2002) a

⁵ “Na horda selvagem mais vagabunda, assim como a nação europeia mais civilizada, o homem é apenas o que o fazemos ser; necessariamente educado por seus semelhantes, ele incorpora desses seus hábitos e necessidades; suas ideias não são mais suas; ele goza da mais bela prerrogativa de sua espécie, a possibilidade de desenvolver seu entendimento pela força da imitação e da influência da sociedade” (ITARD, 1801, p. 127-128 apud RAHME, 2010, p. 80).

⁶ Alice Descoeders, reconhecida educadora desta época e contemporânea de Binet e Simon, traz o testemunho do vigor desta lógica em *A Educação das crianças retardadas: seus princípios, seus métodos. Aplicação a todas as crianças* (1948), cuja tradução da quarta edição para a língua portuguesa data de 1968. Nesta obra, a autora estabelece a defesa em torno da educação das crianças ditas por ela como *anormais*, a partir dos pressupostos da psicomетria.

respeito dos estudos realizados por Helena Antipoff (1892-1974) sobre as crianças em situação de fracasso escolar nas escolas mineiras já no início do século XX e cujo trabalho terá papel fundamental na educação brasileira a partir de então.

Retomando Mendes (2006), verifica-se que o que se coloca, naquele momento, como perspectiva de intervenção era a exclusão social e escolar feita de forma total⁷ ou parcial, visando ao cuidado e à proteção daqueles classificados como *anormais* em razão de suas diferenças físicas e também psíquicas, bem como à proteção da própria sociedade contra estas pessoas, as quais eram identificadas a partir de um signo deficitário.

Observa-se aqui a predominância da visão médica sobre a deficiência, cuja abordagem geralmente anunciava a etiologia em algum déficit orgânico. Trata-se então de um histórico em que os campos da Medicina e da Educação inicialmente caminharão lado a lado, apoiando-se mutuamente nos construtos práticos e teóricos para a abordagem do público inicial da Educação Especial. É nesta perspectiva que também localizamos o texto de Álvaro Marchesi (2004). Na abordagem feita pelo autor em um artigo denominado *Da linguagem da deficiência às escolas inclusivas*, Marchesi afirma que, na primeira metade do século XX, o conceito de deficiência apresentava a característica de ser inata à pessoa e estável ao longo do tempo. Assim, o deficiente era aquele que possuía uma diminuição irreversível de alguma função orgânica no início de seu desenvolvimento, que, se de ordem mental, estaria representada pelo déficit cognitivo, cuja modificação posterior era considerada, senão impossível, ao menos difícil de ser efetivada. O autor atesta que, ao longo dos anos, esta concepção impulsionou a tentativa científica de resumir todos os transtornos que pudessem ser verificados como categorias diferentes e imutáveis em denominações específicas, gerando assim uma taxonomia própria, e sobre a qual é possível verificar alterações nas concepções etiológicas sobre o déficit. Este percurso também é possível de ser localizado a partir da história dos estudos a respeito da constituição do campo da Psiquiatria e das entidades clínicas relacionadas aos transtornos globais do desenvolvimento, assim como será verificado no Capítulo 3 desta dissertação.

Nesta perspectiva, é interessante notar no texto de Marchesi (2004) um quadro demonstrativo, elaborado por Tomlinson (1982)⁸, em que o autor faz registrar as nomenclaturas utilizadas pela Educação Especial para designar os quadros deficitários com os quais ela lida, até a evolução que traz o conceito de necessidades educativas especiais para o

⁷ Tal proposta educativa vai contra o que é preconizado por Antipoff, cujo pensamento seguiu os pressupostos científicos de seu tempo, mas que evoluiu, propondo a medida da integração das crianças em situação de fracasso escolar a partir de suas condições intelectuais.

⁸ TOMLINSON, S. *A sociology of especial education*. Londres: Routledge and Kegan Paul. 1982.

seio da discussão a respeito das estratégias utilizadas por este campo de saber já na década de 70 do século XX. Assim, vemos, por exemplo, que em 1899, as nomenclaturas para os déficits intelectuais, inauguradas no campo dos estudos sobre a *idiotia* e a *deficiência mental*, passam a ser consideradas, respectivamente, a partir da classificação de *subnormal grave* e *subnormal educável*, em um claro reflexo sobre os novos entendimentos a respeito das noções da deficiência e sobre os critérios de educabilidade.

Contudo, em razão de, a princípio, estarem embasadas em uma concepção determinista a respeito do desenvolvimento humano, a transformação que as nomenclaturas passaram a sofrer preservaram a particularidade de manter a deficiência do lado da criança, como um problema inerente a ela, apesar dos avanços conceituais e técnico-pedagógicos verificados até então. Consequentemente, mesmo que se tenha buscado estabelecer ações pedagógicas que objetivassem a oferta de oportunidades educativas aos alunos considerados a partir de suas diferenças, a forma de operacionalizá-las continuou a traduzir um ideário educacional homogeneizador e segregacionista. Trata-se de uma operacionalização realizada através de um sistema classificatório pautado nos índices psicométricos das deficiências mentais, os quais determinam entre outras variáveis o tipo de educação a ser destinado ao aluno – regular ou especial.

No Brasil, a partir da década de 30, esta configuração de saberes em torno da debilidade ganha destaque através dos estudos desenvolvidos por Antipoff sobre as deficiências físicas e sobre a *debilidade mental*, anteriormente designada *anormalidade*. Incentivada pela filosofia educativa funcionalista e experimental divulgada pelo Instituto Jean Jacques Rousseau, do qual fazia parte, Antipoff buscou retirar estas crianças de uma condição de fracasso e de segregação escolar e social, imprimindo-lhes não só práticas educativas diferenciadas, desenvolvidas por ela na Fazenda do Rosário, no município de Ibité, Minas Gerais, como também atribuindo-lhes uma nova designação – *excepcional*. Campos (s.d), em um vídeo sobre a obra de Antipoff, afirma que em relação aos paradigmas que regem a inclusão escolar no Brasil, inicialmente o pensamento da autora pode ser considerado integracionista, em razão da defesa à organização de classes homogêneas, feita por ela por volta de 1930. Nesta época, como é possível verificar, Antipoff se pautava nos estudos psicométricos e, tal como Binet; Simon (1905 apud CLAPARÈDE, 1967) ou como Edouard Claparède (1967) e alguns outros estudiosos dos desvios educacionais observados em algumas crianças, preconizava a educação de acordo com agrupamento das deficiências (ANTIPOFF, 1992). Neste momento, Antipoff, assim como outros, entendia as classes

homogêneas como uma etapa preparatória para que a criança deficiente obtivesse condições de galgar estágios mais avançados na escolarização.

Entretanto, Campos (s.d.) salienta que, na evolução de seu pensamento, Antipoff verificou a necessidade de oferecer maiores oportunidades de convivência entre as diferenças. Percebeu que, ao contrário dos objetivos inicialmente estabelecidos, as classes homogêneas estavam gerando um novo processo de segregação do alunado a quem ela denominou de *excepcional*, pois não permitiam a convivência entre as diferenças; isto, em seu entendimento, significava um obstáculo à facilitação da aprendizagem.

2.1.1 Um tempo de passagem: novas perspectivas sobre a infância e sobre a diferença

Entre os anos de 1930 e 1940, verifica-se uma evolução conceitual no campo da atenção social e psiquiátrica à criança que deixará suas marcas na Educação Especial. Referimo-nos aos movimentos institucionais da nascente Psiquiatria Infantil que, a partir da década de 30 do século XX, se encarregou de apontar as particularidades constitucionais a que estavam submetidas as crianças e suas questões psíquicas (BERCHERIE, 2001; KANNER, 1990⁹ apud RAHME, 2010). É possível verificar nestes autores a afirmação de que a produção teórica vinculada a partir da Psiquiatria Infantil se difundiu para espaços institucionais e sociais diferentes da clínica psiquiátrica, disseminando uma nova concepção de infância e de seus problemas, bem como institucionalizando a prática da consulta dos educadores ao saber psiquiátrico. Nesta perspectiva, coube a este saber uma ampliação da noção sobre os desajustes psíquicos infantis, não cabendo mais ao psiquiatra apenas a avaliação sobre o sofrimento mental, mas a todos os tipos de reações emocionais infantis – “ [...] el psiquiatra moderno aprende a atender las reacciones de miedo, accesos de mal humor o terrores nocturnos de los niños [...]” (KANNER, 1976. p.76)¹⁰.

Esta construção torna-se um reflexo da agregação de várias teorias diferentes no corpo da Psiquiatria a partir da década de 30. Nota-se neste campo teórico as influências da Psicanálise, da Gestalt e das teorias do desenvolvimento psicológico infantil (KANNER, 1976; BERCHERIE, 2001), o que permitiu uma avaliação e uma distinção mais justa entre os

⁹ Rahme (2010) faz observar que se refere à quarta edição em língua espanhola do *Manual de Psiquiatria Infantil* de Leo Kanner, cuja primeira edição data de 1935. Entretanto, ao procedermos à mesma consulta, verificamos que se trata de uma edição datada de 1976. Sendo assim e por se tratar de uma mesma obra, quando realizarmos uma citação que referencie a consulta direta ao texto deste autor, consideraremos o ano de 1976 como data válida.

¹⁰ “O psiquiatra moderno aprende a atender às reações de medo, acessos de mal humor ou terrores noturnos das crianças” (KANNER, 1976. p.76. Tradução nossa).

problemas psíquicos infantis e a questão da debilidade mental. Isso oferece a possibilidade de um encaminhamento mais acertado das questões da infância em que estão implicadas inclusive as questões educacionais (RAHME, 2010), uma vez que, a partir deste tipo de visão sobre o sofrimento psíquico infantil, nem todas as questões estariam mais referidas ao campo cognitivo e, portanto, à deficiência.

Ao se retomar o texto de Marchesi (2004), verifica-se os possíveis reflexos das inovações no campo da Psiquiatria, notadamente pelas mudanças ocorridas entre os anos de 1940 e 1950. Segundo o autor, neste período foram realizados sérios questionamentos sobre a origem constitutiva e a incurabilidade da deficiência - dogma estabelecido desde as primeiras pesquisas em torno da idiotia no campo da Psiquiatria. De acordo com o autor, trata-se de uma nova visão, promovida a partir das influências sociais e culturais abarcadas pelas proposições ambientalistas e behavioristas que, nessa época, começaram a abrir caminhos tanto no campo da psicologia quanto no campo da deficiência.

Os questionamentos que decorrem destas posições abriram espaço para o questionamento da deficiência somente como questão inata e constitucional para uma noção sobre uma organização deficitária da personalidade gerada pela influencia do ambiente. O déficit seria causado tanto pela falta de estímulo adequado à formação da personalidade quanto pela condução equivocada dos processos de aprendizagem aplicados, sobretudo, sobre o atraso intelectual. Marchesi (2004) sustenta ainda que a distinção entre causas endógenas e exógenas para explicar os supostos déficits de personalidade representou um passo definitivo para se revisar o critério de incurabilidade que repousava sobre eles. A partir de então, a nova visão sobre o deficiente aponta que ele é, de fato, capaz de aprender. No campo da Educação Especial, a visão médico-pedagógica em torno da deficiência começa a ser substituída, ao menos parcialmente, por uma noção social do déficit, o que promove o início de um deslocamento dos fracassos escolares localizados a partir da criança para a responsabilidade ou corresponsabilidade do ambiente sobre eles.

No esteio da evolução social, científica e técnica que se seguiu após a década de 50 do século XX, o déficit já não poderia ser considerado uma categoria em que se verificavam perfis clínicos estáveis e as perspectivas integracionistas de educação dos deficientes começam a ser delineadas sob o pressuposto de que “[...] o sistema educacional pode intervir para favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos com alguma característica ‘deficitária’” (MARCHESI, 2004, p.17). Há nesse movimento uma nova concepção sobre os transtornos do desenvolvimento e a deficiência em que se verificam os reflexos das alterações experimentadas no campo das teorias do desenvolvimento e da aprendizagem.

Nesta vertente, o papel ativo e os conhecimentos prévios do aluno são levados em consideração, convertendo-se o processo de aprendizagem em uma experiência mais individualizada, em que as necessidades educativas serão avaliadas de forma particular e sem supor o mesmo ritmo de aprendizagem para todos, a despeito da mesma idade ou das características igualitárias da deficiência, definidas em termos de categorias médicas patológicas (MARCHESI, 2004). Segundo o autor, para tanto, concebia-se que as demandas dos alunos são distintas e colocava-se em questão a prática de agrupá-los considerando-se os critérios psicométricos para a classificação da deficiência. Para Marchesi (2004), a perspectiva de intervenção educacional que passa a vigorar reflete a necessidade de maior integração entre as diferenças, pleiteadas a partir de critérios teóricos e conceituais revisados no campo da Educação, sobretudo a partir da Psiquiatria e da Psicologia. Fortalece-se ainda mais a relação epistemológica, que será decisiva tanto para o questionamento radical sobre a permanência de conceitos categóricos da classificação psiquiátrica no campo da Educação Especial quanto, paradoxalmente, para a manutenção desta mesma lógica.

2.2 Paradigma da Integração: da deficiência ao conceito de necessidades educativas especiais

Os movimentos de direitos humanos, suscitados mundialmente na década de 60 do século XX, paulatinamente impuseram a necessidade de se romper com os grilhões da segregação e da desigualdade social. Abriu-se um tempo de reformas sociais, em que as práticas institucionais experimentadas em outros momentos da Educação Especial foram formalmente consideradas segregatórias, tais como a manutenção de doentes mentais em regime de internação permanente e/ou a destinação de uma parcela do alunado às escolas ou às classes especiais.

Estas instituições e seus modelos de ensino passaram a ser severamente interrogados, a partir do momento em que houve um questionamento generalizado a respeito dos grandes programas de institucionalização, tanto de doentes mentais quanto de alunos especiais. O *Princípio da Normalização da Convivência Comunitária*, iniciado nos países nórdicos na década de 60 e rapidamente convertido em *Princípio de Normalização dos Serviços Institucionais*¹¹ reivindicaram, respectivamente, a convivência comunitária entre os diferentes e a ruptura com uma lógica institucional segregatória (MENDES, 2006; GLAT; BLANCO,

¹¹ WOLFENBERGER, W. The Principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972.

2009; RAHME, 2010). A requisição feita a partir destes princípios centra-se na participação igualitária de todas as pessoas nas instituições sociais e comunitárias, sendo a escola comum uma delas. Passa-se a requerer para todos – deficientes físicos, sensoriais e intelectuais, bem como para os loucos submetidos à crônica institucionalização psiquiátrica - a participação social e comunitária em critério de igualdade com as pessoas ditas “normais”.

Desta forma, inaugura-se um princípio de integração social e escolar que, se ao mesmo tempo é bem aceito em razão dos avanços significativos em relação a um tempo de exclusão total ou parcial e em relação aos questionamentos sobre os estigmas, também recebe críticas, tal como pode ser verificado na referência que Rahme (2010) faz a Merch (2001)¹²:

Merch (2001) argumenta, nesse sentido[,] que a fixação de um parâmetro de normalidade fez com que ‘pessoas com deficiência’ ficassem no *quase*, já que podiam ter *quase* as mesmas condições de vida dos demais” (RAHME, 2010, p. 97).

Tais questões produzem impasses dado o encontro inevitável entre as dimensões particulares dos sujeitos a que se destina e a homogeneidade requerida pelos espaços que passam a frequentar, dentre os quais está a escola regular.

Contudo, apesar da crítica pertinente estabelecida por estas autoras a respeito dos movimentos de normalização, torna-se necessário reconhecer que foram estes princípios que, na década de 70 do século XX, influenciaram o estabelecimento do sistema ideológico presente no relatório elaborado pela equipe de *experts* coordenada por Mary Warnock para avaliar o sistema educacional inglês, conhecido como Relatório Warnock¹³ (MARCHESI, 2004; MENDES, 2006; GLAT; BLANCO, 2009; RAHME, 2010). Este relatório propôs o termo *necessidades educativas especiais* como forma de se fugir dos estigmas estabelecidos pelas categorias psicopatológicas estipuladas pela Psiquiatria e reiteradamente trazidas para o corpo teórico-prático da Educação Especial, na perspectiva de se nomear as marcas singulares de certos alunos.

Desta forma, tanto para Marchesi (2004) quanto para outros autores do campo da Educação Inclusiva, dentre os quais destacamos Mendes (2006) e Glat; Blanco (2009), ao final dos anos 70, o conceito de *necessidades educativas especiais*, definido no Relatório Warnock, surgiu interrogando as escolas sobre a sua responsabilidade no processo educativo daqueles alunos que são encontrados em desvantagem escolar, seja em razão de suas deficiências, seja em função de dificuldades circunstanciais no processo de escolarização.

¹² MRECH, Leny M. *O mercado de saber, o real da Educação e dos educadores e a escola como possibilidade*. 2001a. 204 f. Teses (Livre Docência). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

¹³ WARNOCK REPORT (1978). *Special Education Needs, report of the Committee of Inquiry into Education of Handicapped Children and Young People*. Londres: HMSO, [s.a.].

Busca-se, então, o deslocamento da deficiência apresentada pelo aluno para as deficiências institucionais e define-se estes pressupostos para consubstanciar a inclusão como modelo metodológico no campo da Educação Especial.

Assim, nos anos 70, a categoria de *necessidades educativas especiais* pode ser identificada entre as designações passíveis de serem encontradas num campo educacional que paulatinamente sai da perspectiva estrita da Educação Especial para buscar o horizonte da inclusão escolar e social de pessoas identificadas por quadros deficitários, sejam eles de ordem física, sensorial, mental ou cognitiva. Por fim, em 1981, último ano referenciado no quadro taxonômico de Tomlinson (1982 apud MARCHESI, 2004), verificam-se duas entidades clínicas que, até então, não haviam sido registradas pelo autor, quer sejam a *dislexia* e o *autismo*, numa alusão de que estas duas categorias patológicas somente passam a receber atenção especial por parte da Educação a partir deste período.

Assim, a partir do conceito de *necessidades educativas especiais*, passa-se a compreender que, durante a trajetória escolar, os alunos enfrentam dificuldades que não significam, necessariamente, deficiências. Trata-se de um conceito que buscou reorientar as práticas pedagógicas, bem como a realocação dos alunos, uma vez que colocou em pauta a defesa em torno da convivência com as diferenças, inclusive para os casos que estiveram circunscritos às instituições de saúde mental ou às instituições de educação especial – o que, por inferência, justifica o registro realizado por Tomlinson (1982 apud MARCHESI, 2004) em torno do autismo.

Desta forma, os impasses com a aprendizagem, antes vistos pela ordem da deficiência, passam a ser entendidos a partir da perspectiva das dificuldades educativas, as quais implicam em necessidades educacionais caracterizadas como sendo de ordem transitória ou permanente, dependendo da circunstância a que respondem. Isto pode ser verificado em obra organizada por Coll (2004) a respeito das questões educacionais de crianças que apresentam transtornos no desenvolvimento. Em razão do entendimento sobre os prejuízos no desenvolvimento e suas consequências para os processos educacionais, verifica-se, nos quadros de *autismo infantil precoce*, que este transtorno é enquadrado no rol de casos em que as necessidades educativas são identificadas como permanentes. Esta associação faz com que se pense em uma possível equiparação, no campo da Educação, entre esta entidade clínica e os quadros de deficiência mental, agora entendidos a partir do âmbito das dificuldades.

Entretanto, foi somente na década de 90 do século XX que as orientações mundiais para a inclusão escolar dos autistas entraram em vigência de forma generalizada nos países ocidentais. Estas orientações impuseram a necessidade de se efetivar esta nova atitude diante

das diferenças individuais apresentadas pelos alunos às escolas e já requeridas em diversos âmbitos sociais cerca de 30 anos antes.

2.3 Educação Inclusiva: um novo paradigma

Os documentos do campo da Educação Inclusiva formulados na década de 90 com o objetivo de rever as práticas de educação especial com os deficientes, tais como a *Declaração Mundial de Educação para Todos* (UNESCO 1990), a Declaração de Salamanca (ONU, 1994) e a *Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência* (OEA/Guatemala, 1999), apresentaram ao educador a necessidade de consenso discursivo em torno do direito de acesso às escolas regulares de todas as crianças e de todos os jovens, portadores ou não de necessidades educativas especiais. Estes textos orientaram os estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), inclusive o Brasil, a adotarem políticas educacionais que sejam inclusivas para todo e qualquer tipo de aluno, a partir de uma pedagogia centrada na participação de todos na escola regular, nas necessidades educativas da criança e na adaptação da escola a tais necessidades. Estas diretrizes são consonantes com as propostas estabelecidas pelo Relatório Warnock e constituem as premissas básicas do conceito de *necessidades educativas especiais*.

Assim como já pudemos identificar, a partir dos pactos estabelecidos internacionalmente em torno destes preceitos teóricos, não só os paradigmas em torno da escolarização especial foram sendo alterados como também a forma de se designar um público. Em tese, o percurso proposto para a constituição de uma escola inclusiva vai do deslocamento da avaliação categorial da deficiência para a verificação da necessidade educacional de cada aluno, com ou sem deficiência previamente identificada. Trata-se de um percurso em que o discurso da inclusão, também em tese, não é mais um grande problema entre os educadores, podendo ser definido como um paradigma que aponta para a perspectiva de inserir todas as crianças na escola regular, de forma a se promover a convivência com a diferença, oferecendo subsídios para que elas possam transpor suas dificuldades (GLAT; BLANCO, 2009). Contudo, em uma pesquisa desenvolvida por Glat et al. no ano de 2003¹⁴ a respeito da percepção dos educadores brasileiros sobre a inclusão escolar, os autores afirmam que foi possível constatar que há uma hegemonia discursiva em torno da necessidade da

¹⁴ GLAT, R. et alli. Panorama Nacional da Educação Inclusiva no Brasil. Relatório de consultoria técnica. *Banco Mundial*, 2003. Disponível em: www.cnotinfor.pt/projectos/wordbank/inclusiva. Acesso em: 21 nov. 2003. Nota nossa: em acesso na data de 11 de agosto de 2012, a pesquisa encontrava-se indisponível no *site*.

inclusão, mas que o mesmo não ocorre em relação à melhor forma de fazê-la acontecer, pois ainda são encontrados entre os educadores tensionamentos e divergências sobre sua operacionalização prescindir ou não de estratégias educacionais pertinentes à Educação Especial – inclusive aquelas que dizem respeito à identificação de seu público.

Por pólos epistemológicos diferentes, Aníbal Leserre (2001), psicanalista ligado à Fundación Infâncias, na Argentina, assinalando o que traz a psicanalista Susana Re (2001) na mesma publicação, destaca que as maneiras de se promover a inclusão não podem se reduzir à formalidade. Re (2001) destaca que nem toda proposta de inclusão que se refere à Educação Especial pode ser considerada segregatória, muito antes pelo contrário. Isto porque estes autores entendem que uma proposta de educação especial se coloca na possibilidade de se potencializar a singularidade do um a um, do caso a caso, “atendiendo a las características de cada país, de su historia, su política educativa, su economía, su estructura, como así también, de las características que cada alumno tenga para poder realizar este proceso” (RE, 2001, p. 15)¹⁵.

De acordo com Lessere (2001), uma proposição como esta se traduz no ideal de que toda educação seja especial, independentemente do público a que se destina, tornando-se interessante resgatar estas diferenças, sem colocá-las a serviço de um ideal de igualdade. Esta posição conjuga-se com o que explicita Rahme (2010) ao estabelecer a crítica em torno do ideário de igualdade que passou a ver vinculado a partir dos movimentos de inclusão social da década de 60. Neste sentido, atender à diferença não é o mesmo que entender que esta diferença possa ser anulada, pois, assim como nos refere Jacques Lacan (1901-1981) em publicações datadas de 1969 e 1970, há um ponto no discurso do sujeito que sempre se furta ao ideal da igualdade. Acreditamos que tal questão impõe uma série de desajustes para a prática da inclusão escolar que se queira homogênea.

Constata-se, assim, que a inclusão escolar refere-se a um processo de mudanças paradigmáticas em que se percebe certo tensionamento entre o que se verifica como forma de identificação da deficiência, do déficit, sua nomeação e as formas de operar sobre estas diferenças a partir de um ponto de vista educacional que pretendia fazer desaparecer o peso estigmatizante das classificações médicas. Todavia, verifica-se que a atenção às patologias físicas e da aprendizagem faz parte de uma história em que as categorias de deficiências descritas pela Medicina se reverteram no campo da Educação Especial e, por consequência,

¹⁵ “Atendendo às características de cada país, de sua história, sua política educativa, sua economia, sua estrutura, como também as características que cada aluno tenha para poder realizar este processo” (RE, 2001, p. 15. Tradução nossa).

no âmbito da Educação Inclusiva, em terminologias próprias para designar públicos específicos, muitas vezes identificados como prioritários no direcionamento de ações educativas especiais.

Tal constatação introduz algumas questões em nossa pesquisa sobre os processos de inclusão de alunos com *transtornos globais do desenvolvimento* nas escolas regulares brasileiras. Afinal, como esta categoria médica foi agregada ao contexto da Educação Inclusiva brasileira? Como ela entra como categoria prioritária no contexto da prática escolar, se os textos internacionais de orientação do campo da Educação Inclusiva utilizam a denominação genérica de alunos com *necessidades educativas especiais*?

A partir destas questões, nos interessa elucidar o que de fato significa para o campo da Educação Especial, sob a perspectiva da Educação Inclusiva, o retorno à priorização de uma categoria médica. Acreditamos que, para isto, devemos proceder a uma digressão no campo da legislação educacional brasileira, verificando a partir de que pressupostos ocorre a inserção de determinadas nomeações das dificuldades escolares, incluindo aí a categoria a que se refere esta dissertação.

2.3.1 As nomeações das dificuldades escolares na legislação brasileira

2.3.1.1 Da anormalidade e da deficiência mental à excepcionalidade da criança: as legislações educacionais de 1961 e 1971

No Brasil, as legislações utilizadas para regulamentar o campo da Educação Especial nos fornecem uma base para a constatação sobre as alterações que foram ocorrendo com as terminologias designativas de seu público em um momento crucial em relação ao início dos questionamentos a respeito da segregação a que foram submetidas as crianças em razão de suas diferenças.

Caso seja traçado um percurso cronológico e, inicialmente, peguemos como referência cinco textos aleatórios no campo da Educação brasileira, veremos surgir designações distintas para identificar este público. Desta forma, na Lei 4.022 de 1961 – *Lei de Diretrizes e Bases da Educação* (Brasil, 1961), encontra-se expresso o termo “*excepcional*”, utilizado para adjetivar o público-alvo da educação especial, sobretudo os deficientes físicos e mentais. Também já se observa a recomendação expressa em se atingir o objetivo final desta modalidade de ensino: a integração social destes alunos, a partir de sua inserção na escola regular por meio das classes homogêneas, claramente estabelecidas através de parâmetros psicométricos.

Na Lei 5.692 de 1971, que fixava diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus (atuais Ensinos Fundamental e Médio, respectivamente), é possível encontrar a determinação de se prestar tratamento especial, dentre outros, para os alunos com *deficiências mentais*. Nesta legislação, o termo *excepcional*, cunhado por Antipoff na década de 1930 e adotado na primeira legislação educacional brasileira cerca de 30 anos depois, desaparece sendo substituído por referências às categorias médicas indicativas do déficit. Dezoito anos depois, o Decreto Lei 7.853 de 1989 prevê a regulamentação do acesso às classes especiais nas escolas regulares e a integração social de *pessoas com deficiências* ou *pessoas portadoras de deficiência*.

Assim, percebe-se que, desde o princípio, há uma tentativa das legislações educacionais nacionais de acompanhar a produção teórica proveniente do campo das deficiências (sobretudo da Medicina), bem como as proposições realizadas em âmbito internacional.

2.3.1.2 Alunos com necessidades educativas especiais: reflexos das legislações internacionais da Inclusão sobre as novas legislações brasileiras

A Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, promulgada em 1996 e ainda em vigência, seguindo as diretrizes internacionais referidas anteriormente, utilizará a terminologia *alunos com necessidades educativas especiais* para designar, de forma genérica e menos estigmatizante, não só o público da Educação Especial Inclusiva como também os demais alunos que apresentam impasses transitórios com o universo escolar. Ressalta-se nestes documentos uma grande preocupação por parte dos legisladores neste período: garantir o acesso educacional para os alunos identificados por suas deficiências físicas e sensoriais e por suas deficiências mentais, as quais passam a ser observadas a partir das necessidades especiais.

Em um documento concernente à orientações a respeito da Política Nacional de Educação Especial, a qual ficou em vigência de 1994 a 2007, lê-se que a justificativa para a alteração destas terminologias nas legislações brasileiras segue o mesmo movimento de orientação internacional acerca da inclusão comunitária e institucional das deficiências. Nele, lê-se que:

Dentre outras razões, com a substituição dos termos: “excepcional”, “deficiente”, “portador de deficiência”, “pessoa com deficiência” e outros, pela expressão “necessidades especiais”, objetiva-se a substituição do paradigma reducionista organicista – centrado na deficiência do sujeito – para o paradigma integracionista –

que exige uma leitura dialética e incessante das relações sujeito / mundo. Sob este enfoque interacionista, necessidades especiais traduzem as exigências experimentadas por qualquer indivíduo as quais devem ser supridas pela sociedade. Enquanto que na expressão ‘pessoa portada de deficiência’ destaca-se a pessoa que ‘carrega’ (porta, possui) uma deficiência, pretende-se que a expressão ‘necessidades especiais’ evidencie a responsabilidade social de prever e prover meios de evitá-las ou de satisfazê-las (BRASIL, 2006)

Nesta passagem, verificamos o deslocamento que se buscou operar em relação à deficiência, salientado anteriormente por Marchesi (2004). Embora este autor não discuta a realidade da Educação Especial Inclusiva brasileira, refere-se ao caráter estigmatizante das categorias médicas. A visão deste autor serve-nos como parâmetro, pois, pactuada com as diretrizes dos organismos internacionais, a legislação brasileira objetivou a mobilização social e institucional em torno da inclusão de pessoas que estiveram alijadas da convivência social e comunitária. Desta forma, é possível identificar em nossa legislação a presença de concepções tais como o *Princípio de Normalização da Convivência* e o *Princípio de Normalização Institucional*, bem como o conceito de *necessidades educativas especiais*.

Estas concepções gerais a respeito da inclusão escolar e da Educação Especial Inclusiva estão presentes nas legislações educacionais brasileiras. Assim como nos revelaram Marchesi (2004), Glat; Blanco (2009), Mendes (2006) no cerne da concepção do conceito de *necessidade educacional especial* está a tentativa, nem sempre profícua – assim como nos aponta Rahme (2010), de se realizar a retirada do aluno de um lugar social que o identifica inexoravelmente à patologia. Busca-se uma discussão que privilegie o âmbito específico das ações educativas que possam ofertar meios de respostas efetivas ao fracasso escolar.

2.3.2 Críticas ao conceito de necessidades educativas especiais: definição de um público específico na Educação Inclusiva brasileira

Retomando o texto de Marchesi (2004), verificamos que o autor destaca que a noção de *necessidades educativas especiais*, muitas vezes, recebe críticas. Estas críticas relacionam-se à abrangência demasiada do conceito e alegam que esta amplitude termina por não definir o foco exato a que se destinam as ações educacionais especiais.

O mesmo ponto de vista é conjugado por Marcos José da Silveira Mazzotta (2010) e por Rosângela Gaviolli Prieto (2010), esta no artigo “Política de Inclusão Escolar no Brasil: sobre novos/velhos significados para Educação Especial”. Tal autora atesta que, nos textos das legislações brasileiras construídas após 2008, ou após a formulação da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008), há críticas a respeito

da terminologia *necessidades educativas especiais*, a qual passou a ser entendida pelos legisladores e por alguns teóricos brasileiros como vaga e pouco assertiva do ponto de vista diagnóstico e, conseqüentemente, em relação ao direcionamento de ações educativas.

A abordagem da realidade sob este prisma cria um movimento que parece ter influenciado uma condução política específica, pois, uma vez que as políticas de educação especial brasileiras estão pactuadas em torno do conceito de *necessidades educativas especiais* e que ele se refere a um contingente de alunos que apresenta dificuldades diversas, considera-se que tais políticas atendem à concepção fundamental do preceito estabelecido pelo Relatório Warnock (WARNOCK REPORT, 1978 apud MARCHESI, 2004).

Contudo, mesmo que por meio de pequenas nuances que visaram a retirar o caráter estigmatizante da deficiência proveniente dos diagnósticos clínicos médicos, ao longo de sua constituição, as políticas educacionais brasileiras passaram a definir um público-alvo prioritário das ações educacionais especiais. As categorias médicas terminam novamente por ganhar destaque na elaboração da inclusão escolar em nosso país. Verifica-se um debate que sempre parece estar distante de ser encerrado, já que incide sob a convocação de saberes alheios à formação do educador, tais como os diagnósticos clínicos psicopatológicos. Não raramente, estes diagnósticos são solicitados pela escola às equipes de saúde mental, quando os recursos diagnósticos do educador se esgotam. Estes diagnósticos são legitimados por resolução da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, a Resolução CNE/CEB 02/2001¹⁶, que, apesar de ser uma regulamentação anterior à atual Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008), ainda encontra-se em vigência. Desta forma, ao verificarmos o quadro psicopatológico em que se estabelecem as *necessidades educativas especiais* de determinado aluno, identifica-se a tendência de se dirigir o foco da atenção educacional especial a algumas categorias médicas. Esta estratégia delimita um público específico dentro da assistência às necessidades educativas especiais dos alunos e reinstaura a discussão sobre as categorias médicas e os estigmas gerados por elas.

Em relação a esta priorização nos textos legais brasileiros, é possível identificar alguns aspectos a serem destacados a partir do texto das Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001)¹⁷, publicado pouco antes do Brasil ter ratificado a

¹⁶ Esta resolução é datada de 11 de fevereiro de 2001.

¹⁷ Texto instituído em 11 de setembro de 2001.

Convenção de Guatemala (OEA, 1999)¹⁸. Este texto embasa a Resolução CNE/CEB 02/2001, já referida anteriormente, e constitui um dos principais norteadores da antiga Política de Educação Especial (Brasil, 1994-2007) e da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008). Estes textos representam momentos distintos tanto na forma de designação de um público-alvo prioritário quanto em relação às estratégias preferenciais de acesso deste público à escola inclusiva.

A partir de uma ampla análise dos pressupostos conceituais implicados na questão da inclusão escolar, Mazzotta (2010) aborda a questão da eleição de um público prioritário nas recentes políticas de educação especial. Afirma ele que esta eleição deve-se a uma tentativa do Estado de estabelecer a prática de políticas públicas universalistas cujas focalizações possam “[...] diminuir ou reparar as desigualdades sociais” (MAZZOTA, 2010, p.81). Aqui, o paralelo estabelecido pelo autor alerta que tal focalização, contudo, não deve encontrar eco no alunado proveniente da educação especial, mas, sim, fazer transparecer a justificativa de garantia e de viabilização do exercício do direito à educação a todos. Na concepção deste autor, ao se focalizar um público específico para a destinação das ações de educação especial na perspectiva da educação inclusiva, o que se faz não é uma exaltação às diferenças e às desigualdades a serem amparadas e reparadas pelo Estado através da prática de ações afirmativas, mas o exercício social contínuo na direção do *Princípio da Equidade*¹⁹ também defendido nos textos dos órgãos internacionais.

O primeiro aspecto diz respeito à posição generalizada da legislação brasileira na defesa da colocação em caráter *preferencial* na escola regular de todos os alunos em todos os níveis, etapas e modalidades de educação. O segundo aspecto pode ser entendido como um desdobramento do primeiro e, neste sentido, significa o desafio de garantir a escolarização *a todos* os indivíduos, *inclusive* àqueles com necessidades educacionais especiais e, *particularmente* àqueles definidos como público prioritário. Estes modificadores, ora em destaque, podem ser recolhidos no texto das Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001). Nesta formulação, chamam-nos a atenção os termos “*a todos*”, “*inclusive*” e “*particularmente*”, pois verificamos neles a necessidade da elaboração de uma hierarquização que vai do “*todos*” à “*particularidade*” de casos específicos definidos na legislação. É sob estes aspectos que Mazzotta (2010) defende o ideário de formulação de

¹⁸ Esta convenção internacional foi promulgada pela Organização dos Estados Americanos – OEA em 06 de junho de 1999 e ratificada no Brasil através do Decreto n. 3956, de 08 de outubro de 2001.

¹⁹ Trata-se de um princípio jurídico, de origem aristotélica, que define a oferta desigual de oportunidades para pessoas que apresentam condições de vida também desiguais, com o objetivo final de se promover uma equiparação destas condições.

uma política equitativa, visando à perspectiva de oferta educativa diferenciada ao público que, em razão das dificuldades enfrentadas, também exige um posicionamento diferenciado por parte da escola.

No momento de organização desta diretriz nacional, alguns destes casos diferenciados são identificados a partir das manifestações de fenômenos típicos de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos e psiquiátricos²⁰ e se atrelam uma série de patologias específicas. Dentre outras diferenças, encontram-se aquelas que são descritas como a manifestação de

significativas diferenças intelectuais, decorrentes de fatores genéticos, inatos ou ambientais, de caráter temporário ou permanente e que, em interação dinâmica com fatores sócio-ambientais, resultam em necessidades muito diferenciadas da maioria das pessoas. (BRASIL, 2001, p.22)²¹

Neste texto, estas manifestações ficaram conhecidas através da terminologia *condutas típicas* (BRASIL, 2001), em mais uma clara tentativa do campo educacional em dar um contorno diferenciado à classificação categorial proveniente do campo da Medicina. Esta nomeação, supostamente cunhada no campo da Educação, foi utilizada sob a justificativa da necessidade de ampliação das ações de educação especial, mais uma vez, objetivou eliminar ou minimizar os efeitos estigmatizantes e segregatórios gerados pelas classificações provenientes das ciências médicas.

Entretanto, no cerne da construção deste conceito educacional, o que mais uma vez vemos emergir são categorias médicas que identificam patologias, catalogadas tanto no campo da Psiquiatria quanto no campo da Neurologia. Assim, verifica-se a descrição das seguintes condições mentais e médicas, gerando a designação de um público-alvo específico: alunos com *transtornos globais do desenvolvimento*, com distúrbios psiquiátricos tais como *psicose* e *esquizofrenia*, com quadros neurológicos tais como a *síndrome de West* e as síndromes médicas como, por exemplo, *síndrome do X-frágil*, *síndrome de Willians*, *síndrome de Cornélia de Lange*, dentre outros.

Entre os autores que comentam sobre a introdução do termo *condutas típicas* na legislação brasileira encontramos Edicléia Mascarenhas Fernandes; Luciane Porto Frazão de Sousa; Maryse Suplino (2009), em um artigo sobre as características dos alunos que se apresentam com *condutas típicas* e sobre a inclusão escolar destes alunos. Na visão destas autoras, as *condutas típicas* estavam relacionadas a comportamentos disfuncionais e peculiares, geradores de dificuldades na aprendizagem, no estabelecimento e na manutenção

²⁰ Os demais casos referem-se às deficiências físicas, sensoriais e intelectuais, além das manifestações de precocidade e superdotação.

²¹ De acordo com o que se encontra em nota deste texto, esta definição é proveniente do Conselho de Educação do Estado de São Paulo.

de relacionamentos sociais na escola ou a quadros associados de deficiência mental que dificultem o acompanhamento do ritmo normal da aprendizagem. Tais comportamentos seriam considerados inapropriados por estarem direcionados ao próprio aluno ou a outrem e por gerarem desconforto e angústia para quem convive com este aluno.

Na descrição dos fenômenos que expressam a tipicidade de tais condutas, as autoras ressaltam que as crianças e os jovens que apresentam condutas típicas também apresentam dificuldades de manter contato visual com seu interlocutor, grande resistência às mudanças nas dimensões espaço-temporais, além de, eventualmente, apresentarem fobias expressas por reações de medo exagerado diante de situações corriqueiras. Desta forma, as mudanças de espaço físico promovidas na sala de aula ou as alterações na organização da rotina de atividades são citadas por Fernandes et al. (2009) como situações em que se pode recolher do aluno com condutas típicas algum desajuste em seu comportamento. Destacam ainda que, dentre todos os comportamentos peculiares apresentados por estes alunos, encontram-se aqueles classificados como autoestimulatórios, tais como o balanceio do corpo e a agitação das mãos; ou os comportamentos autolesivos, exemplificados na prática eventual da criança de chocar a cabeça contra a parede ou contra o chão. Demarcam também a destruição de objetos ou a agressão física a outras pessoas sem motivo aparente e a atenção seletiva e inapropriada a determinados estímulos, tais como a fixação em determinada palavra ou caractere, ignorando o restante que está escrito. Destacam também que não se trata de utilizar o conceito para simplesmente designar “crianças e adolescentes com ‘problemas de comportamento’ ou indisciplina, mas sim indivíduos com alterações comportamentais associadas a síndromes ou distúrbios graves” (FERNANDES et al., 2009, p.156).

Desta forma, na leitura trazida pelas autoras, o que marca a diferença entre a situação patológica de um comportamento ou de aprendizagens disfuncionais e outras manifestações de teor semelhante é a intensidade, a frequência de ocorrência e a gravidade da combinação dos fenômenos manifestos pelos alunos, os quais podem ser apresentados por qualquer aluno, em qualquer faixa etária e grau de escolaridade. As autoras entendem que, assim, fica demarcada a diferença entre as *condutas típicas* e as outras manifestações que podem indicar a apresentação de necessidades educacionais especiais dos alunos. Fernandes et al. (2009) esclarecem ainda que o termo *condutas típicas* é estritamente um conceito educacional e não um diagnóstico clínico, uma vez que, na escola, indivíduos com diferentes diagnósticos “[...] podem apresentar quadro de condutas típicas” (FERNANDES et al., 2009, p. 156).

Não se pode deixar de notar que, na especificação das condições associadas às condutas típicas listada nos documentos legais, encontramos a indicação de manifestações

próprias a distúrbios psiquiátricos tais como *psicose* e *esquizofrenia* como sendo quadros também passíveis de determinar a manifestação de condutas típicas no ambiente escolar. Entretanto, as descrições fenomenológicas feitas a respeito dos comportamentos e aprendizagens desviantes apresentados no conceito de condutas típicas são compatíveis com quadros de Autismo Infantil Precoce, descritos como entidade patológica pertencente ao rol dos *transtornos globais do desenvolvimento*, assim como verificaremos posteriormente. Também os quadros neurológicos e médicos listados pelas autoras para identificar o público-alvo das ações de inclusão no período que vai dos anos de 1994 a 2007, via de regra, são associados a fatores causais ou a comorbidades relacionadas a este transtorno do desenvolvimento infantil.

Diante destas evidências, depreende-se da leitura feita nestes referenciais que a estratégia adotada nas diretrizes de inclusão escolar no país, a partir de 1994, tem primado por buscar a especificidade de um público dentro do amplo rol das crianças e adolescentes identificados por suas *necessidades educacionais especiais* a partir das dificuldades escolares apresentadas. Tais dificuldades independem de que sejam da ordem da aprendizagem ou do comportamento ou de que sejam também estas questões transitórias ou permanentes.

Neste caso, se o conceito de condutas típicas se estabeleceu a partir da justificativa de se retirar da criança e do adolescente o peso estigmatizante da categorização psicopatológica e de dar maior amplitude de cobertura às ações de educação especial na escola regular, a nosso ver, ao delimitar um público prioritário, tal conceito encontrou o mesmo limite das versões de nomeação utilizadas anteriormente para as deficiências. Ou seja, uma descrição fenomenológica dos impasses vivenciados pelos alunos na escola regular que, inexoravelmente, remete ao privilégio identificatório de uma entidade psiquiátrica. Referimo-nos especificamente aos quadros de *Autismo Infantil Precoce*. Notamos que esta entidade clínica se tornou regente do conceito educacional *condutas típicas* e sua manutenção como foco de atenções das políticas de educação determinará a necessidade de uma nova classificação dos alunos que apresentam dificuldades escolares significativas.

2.3.3 Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva e os alunos com transtornos globais do desenvolvimento

No âmbito da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), estabelece-se como público-alvo prioritário os alunos com deficiências

motoras e sensoriais, os alunos com altas habilidades, e aqueles com *transtornos globais do desenvolvimento*, em substituição ao termo *condutas típicas*.

No texto legal concernente à Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) e notadamente na Resolução CNE/CEB 04/2009 (BRASIL, 2009), tais *transtornos globais do desenvolvimento* são definidos e descritos como aqueles que

apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil (BRASIL, 2008, p. 9).

Quanto aos tipos de patologias que abrangem esta descrição, o rol descrito pelo documento da Política Nacional (BRASIL, 2008) e pela Resolução do CNE/CEB 04/2009 busca esclarecer esta relação, acrescentando à lista a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância para indicar a especificidade da psicose infantil listada nesta resolução.

Na identificação do público prioritário das ações de Educação Especial Inclusiva, os consultores do CNE/CEB para assuntos relacionados à inclusão escolar e de alunos com *transtornos globais do desenvolvimento*²² tomam como bases referenciais para construir o conceito de *transtorno global do desenvolvimento* no campo da Educação Especial brasileira o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* em sua 4ª edição revisada – DSM-IV-TR e a *Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)* – CID-10, dois instrumentos classificatórios da Psiquiatria. Embora estes consultores tenham uma definição clara sobre o que é esta categoria, torna-se necessário destacar a imprecisão, trazida na concepção destes dois códigos classificatórios, quanto ao limite entre o transtorno global do desenvolvimento e as outras patologias geralmente descritas no campo do Autismo Infantil Precoce, tais como o retardamento mental e mesmo as próprias manifestações fenomenológicas do autismo, assim como poderá ser verificado no capítulo 3 desta dissertação.

Ao seguirmos esta pesquisa, acreditamos que as séries históricas do Instituto Nacional de Educação e Pesquisas Nacionais Anísio Teixeira – INEP, correspondentes aos anos de 2003 e 2008, explicitadas Prieto (2010) também apresentadas no texto da *Política de*

²² Destaca-se que as definições e as elaborações oficiais em relação aos alunos com transtornos globais do desenvolvimento são subsidiadas pelo Dr. José Belisário Ferreira Filho, mestre em pediatria, professor coordenador do Ambulatório de Déficits de Atenção da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e por Rosane Lowenthal, mestre em distúrbios do desenvolvimento. No campo das políticas de inclusão, é salientado o nome do Prof. Dr. Cláudio Roberto Batista, coordenador desde 2005 do projeto Políticas de Inclusão Escolar no Rio Grande do Sul: contextos e perspectivas.

Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) podem auxiliar a esclarecer sobre o momento de inserção dos alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas escolas regulares.

De acordo com os dados observados a partir das séries históricas do censo escolar iniciado em 1998, cerca de dois anos após a promulgação da LDB/1996 e salientados por Prieto (2010), neste primeiro ano de observação censitária, o percentual de alunos provenientes da Educação Especial e vinculados à classe comum era correspondente a 13% do total das matrículas. Ao final de 2008, uma década depois, este percentual já alcançava o patamar de 47% e, no ano de 2009, chegava a 54% do total de matrículas.

Desta forma, Prieto (2010) salienta, que a partir de 2007, inicia-se o registro de um declínio no volume de matrículas feitas nas escolas e nas classes especiais, seguido assim de um aumento significativo do vínculo às classes das escolas regulares. De acordo com a autora, o Censo Escolar de 2007 do INEP revela que os dados da Educação Especial evidenciam a supremacia de matrículas nas escolas regulares de alunos com deficiência, com altas habilidades/superdotação e com transtornos globais do desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos do Ensino Fundamental. A partir da leitura de seus resultados, verifica-se que estes movimentos censitários influenciaram a organização de uma legislação de suporte para a realização de ações de educação especial na perspectiva da educação inclusiva. Contudo, no censo referido pela autora, ao se observar a distribuição das categorias segundo as quais se define o público focal de acordo com o *locus* de matrícula, observam-se as concentrações a seguir.

Nas escolas exclusivamente especializadas, do total de 279.305 alunos matriculados, encontravam-se aproximadamente 56% das matrículas de alunos identificados por deficiência mental, seguidos por 16% das matrículas de alunos com deficiências múltiplas e de 8% dos alunos com síndrome de Down. Já nas classes especiais, dos 79.488 alunos nelas matriculados, segundo Prieto (2010), pode-se verificar pelo Censo 2007 que esta distribuição se altera para 57% das matrículas de alunos com deficiência mental, seguidos de 9,5% de alunos com transtornos globais do desenvolvimento.

Em relação às matrículas relacionadas ao vínculo dos alunos na escola regular, tem-se que, do contingente de 313.404 alunos matriculados, aproximadamente 31,5% dos alunos foram identificados com deficiência mental, enquanto 20,5% deste contingente foi identificado como pertencente ao universo de alunos com *transtornos globais do desenvolvimento*. De acordo com Prieto (2010), os demais dados relativos ao Censo escolar 2007 dizem respeito aos somatórios das matrículas de outras categorias de alunos

identificados como alunos da Educação Especial²³ e a análise informada por ela privilegia os dados classificados até a terceira posição do ranking de classificação deste censo.

Acreditamos que estes dados revelam não só o aumento gradativo do volume de matrículas de alunos da Educação Especial na escola comum como evidenciam de forma inegável que, em se tratando de alunos com *transtornos globais do desenvolvimento*, há a identificação de uma prevalência de matrículas não em relação às outras categorias, mas em relação ao vínculo às escolas regulares em detrimento a este mesmo vínculo às escolas e classes especiais. Acreditamos também que estes dados auxiliam na explicação sobre por que estes alunos passaram a figurar como público focal de ações de atendimento educacional especializado nas escolas regulares e, portanto, como uma categoria especial dentro do rol de alunos com *necessidades educacionais especiais*. Entretanto, o que justifica esta passagem?

No mesmo texto, Pietro (2010) realiza uma análise comparativa entre a atual política de educação especial inclusiva brasileira e a que a precedeu em 1994, o que pode ser elucidativo desta questão. Para realizar sua análise, a autora parte dos referidos dados censitários e de uma comparação entre as nuances conceituais existentes na *Política Nacional de Educação Especial*, adotada pelo Ministério da Educação entre os anos de 1994 e 2007, e a atual *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008). Entre um texto legal e outro, a autora observa que o termo *condutas típicas* presente na *Política de Educação Especial* (1994) foi substituído pelo termo *transtornos globais do desenvolvimento*, a partir da instituição da *Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008).

Em seu artigo, Prieto (2010) sustenta que na proposta de 1994 já se constavam preocupações atuais, tais como: a definição da população-alvo; o objetivo de se concluir a educação básica e atingir o ensino superior; os objetivos de se realizar uma integração do sistema educacional de forma a não o segmentar em educação comum e educação especial e de atender às mesmas finalidades da educação escolar geral. Na interpretação da autora, nas diretrizes presentes na *Política* de 1994, a escolarização regular estava indicada para todos. Porém, havia um obstáculo a este *para todos* na medida em que se objetava sobre o vínculo possível para aqueles que não apresentassem condições de acompanhar e desenvolver os programas de aprendizagem propostos pelo ensino comum.

²³ Outros dados são levados em consideração pela autora, tais como os descritores “raça/cor”, “sexo” e “dependência administrativa” das matrículas. Entretanto, por não representarem fator de relevância nesta dissertação, são indicados para consulta em Prieto (2010, p.69).

Prieto (2010), referindo-se a Mendes (2006), afirma que tal perspectiva ainda trazia a noção da centralidade do problema sobre a deficiência da criança, deixando explícita uma visão acrítica da escola e avançando pouco em direção a uma solução que levasse em consideração os impasses ambientais experimentados no âmbito do currículo escolar e do plano pedagógico, considerados pelos teóricos da Educação Inclusiva como pontos nodais da constituição de uma escola inclusiva.

Embora a autora não mencione, fica claro que o que gera esta noção é o paradigma integracionista, a partir de uma modalidade de inclusão que ficou conhecida como inclusão parcial e que se utiliza de parâmetros classificatórios relacionados sobretudo à psicométrica para direcionar o destino institucional dos alunos e as estratégias pertinentes de serem utilizadas. Desta forma, de acordo com este paradigma, das avaliações diagnósticas podem decorrer também o direcionamento do aluno com deficiência às escolas exclusivamente especiais. De acordo com a autora, no próprio texto da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008) é possível ler uma crítica a respeito dessas estratégias de inclusão. Na concepção dos formuladores desta política, a diretriz de 1994 não provocava

uma reformulação das práticas educacionais de maneira que sejam valorizados os diferentes potenciais de aprendizagem no ensino comum, mas mantendo a responsabilidade da educação desses alunos exclusivamente no âmbito da educação especial (BRASIL, 2008, p. 10 apud PRIETO, 2010, p. 63).

Nesta concepção sobre o documento de 1994, as ações se guiam por padrões homogêneos de participação e aprendizagem. Este documento estabelece que as ações de educação especial devem ser desenvolvidas como “uma modalidade transversal a todos os níveis de modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular” (BRASIL, 2008, p. 11 apud PRIETO, 2010, 64). Segundo a autora, com a *Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*, instituída em 2008, a questão da homogeneidade do público esperado na composição da escola regular em tese é corrigida e a Educação Especial Inclusiva brasileira termina definida como um paradigma fundamentado nos direitos humanos da convivência indiscriminada de todos.

Na interpretação de Prieto (2010), dentro do escopo da nova legislação, a Educação Especial se firma como um apoio e não como uma modalidade de ensino em substituição à escolarização em classe comum. A Educação Especial passa a ser então compreendida como estratégia de ensino que deve integrar a proposta pedagógica da escola regular, a partir de sua previsão no plano pedagógico da escola e do acesso à escola regular de um público que, ao contrário do que pontua Mazzotta (2010), originalmente é proveniente da Educação Especial.

Assim, como já foi assinalado, no texto da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008), a designação *condutas típicas* desaparece. Ao se apagar este conceito, em tese, desapareceram também algumas de suas especificações, sobretudo aquelas ligadas aos distúrbios psiquiátricos (no caso, a esquizofrenia) e às síndromes neurológicas e médicas listadas anteriormente. Todavia, no âmbito das perturbações escolares que podem ser relacionadas a questões de ordem de saúde mental, permanecem figurados os fenômenos de comportamentos atípicos e de dificuldades de aprendizagem, relacionados especificamente aos *transtornos globais do desenvolvimento*, cujo caráter deficitário não deixa de ser notado a partir do referencial teórico que o define, tal como verificaremos a diante.

Na localização da atenção a este público, destaca-se, a permanência das classificações psiquiátricas no cerne da política de educação especial inclusiva, praticada atualmente no Brasil. Identifica-se uma prática que se quer inclusiva, mas que parece ainda necessitar dos parâmetros classificatórios dos paradigmas integracionistas (GLAT; BLANCO, 2009).

A desta necessidade classificatória, Rahme (2010) nos faz lembrar a partir de Voltolini (2005)²⁴ que a incompletude inerente à Educação Inclusiva é a mesma de qualquer política que pretenda eliminar as diferenças. Diante desta incompletude, a tendência seria uma

[...] tentativa de homogeneização, adaptação e ajuste social via dispositivo escolar. Assim, embora essa perspectiva questione os serviços tidos como segregadores, propondo a construção de outra realidade institucional para os alunos e alunas considerados especiais, não se encontra imune à lógica classificatória das nomeações da diferença, como vimos no caso da política brasileira [...]. (RAHME, 2010, p. 192).

Desta forma, os textos da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008; 2009) ao buscarem efetivar os pressupostos de acesso à escolarização regular, estabelecidos nos documentos pactuados internacionalmente e ao buscar dar melhor contorno à expressão “*necessidades educativas especiais*”, altera uma vez mais a nomenclatura da deficiência e legitima a prática classificatória a partir da utilização de um referencial clínico psiquiátrico (que, via de regra, encontra-se distante da realidade dos educadores). Assim, estabelece-se a eleição de uma categoria específica para identificar um público focal com a qual o educador se defronta a partir do mal-estar cotidiano de não saber operar com a realidade que lhe é apresentada. Além disto, ao se considerar o DSM-IV-TR e a CID-10 como bases referenciais para a construção desses conceitos, é preciso levar em

²⁴ VOLTOLINI, R. A Inclusão é não toda. In: COLLI, F.A.G.; KUPFER, M.C.M. *Travessias inclusão escolar: A experiência do Grupo Ponte – Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 149-155.

consideração que os sistemas diagnósticos utilizados para a construção de categorias nosológicas presentes nestes códigos são estabelecidos sob uma metodologia própria e diferente daquela em que a Psiquiatria Clássica e a Psiquiatria Moderna fundaram suas bases, sendo também diferente das diretrizes diagnósticas preconizadas para as práticas avaliativas no âmbito da Pedagogia.

Configura-se um campo em que a busca pela homogeneidade das classificações provenientes da Psiquiatria para nomear os impasses das crianças com o ambiente escolar serão sempre atravessados pelas disjunções e pelos tensionamentos conceituais dos próprios educadores. Constituem-se, assim, em motivos de debates e dúvidas práticas e conceituais sobre este 'novo' público da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva e sobre a melhor forma de se operacionalizar a inclusão destes alunos.

Dados os impasses dos educadores diante do universo conceitual que se encontra implicado no campo da Educação Inclusiva, torna-se necessário considerar se a orientação expressa pelos instrumentos classificatórios provenientes da Psiquiatria, de fato, têm possibilitado considerar as diversidades dos alunos de maneira particular, tal como nos apontam as conceituações que sustentam os textos internacionais e nacionais da Educação Inclusiva e como também nos apontam os psicanalistas Leserre (2001) e Re (2001), bem como Rahme (2010) a propósito da necessidade de observância às diferenças particulares de cada caso. Também parece necessário questionar sob que bases se fundamentam o conceito de transtornos globais do desenvolvimento e se, diante do impasse dos educadores com esta ordem conceitual, o diagnóstico clínico proveniente dos códigos classificatórios da Psiquiatria cumpre, de fato, o papel de orientar esses profissionais. Objetivando-se atingir a questão sobre "Como vem acontecendo os processos de inclusão escolar de alunos com transtornos globais", interroga-se afinal, quais são os elementos que concorrem para este processo e qual é a repercussão deste conceito no campo da Educação Especial no contexto de uma Educação Inclusiva?

3 ANTECEDENTES E SURGIMENTO DA CATEGORIA DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO NA PSIQUIATRIA

Uma das particularidades da Psiquiatria é ser um campo de saber que, desde os primórdios de sua organização, se interessa pelas classificações das condições mentais. Trata-se do estabelecimento de balizas que configuraram critérios para os diagnósticos clínicos psiquiátricos e que terminaram por definir as possibilidades de alcance desta clínica e de seus pressupostos, mediante uma mutação conceitual verificada ao longo dos tempos. Identifica-se, com isto, um movimento em que as investigações psicopatológicas e o *corpus* de saber da Psiquiatria, inicialmente localizado no campo restrito ao especialista, paulatinamente deixaram o espaço dos hospitais psiquiátricos e se inseriram em outros contextos institucionais, assim como identificamos no capítulo 2 a propósito da Psiquiatria Infantil.

Em última análise, as investigações realizadas tanto no campo estrito da Psiquiatria quanto em sua aplicação a outros espaços têm como objetivo principal definir os critérios clínicos possíveis na distinção entre o normal e o patológico. O que se observa em relação a essas investigações é que os seus critérios são variáveis. Tal variação implica não somente em metodologias variáveis de abordagem classificatória e diagnóstica do fenômeno mental, como também em formas aleatórias de nomeá-los, dentro e fora do dispositivo da clínica psiquiátrica. Implica, portanto, em concepções epistemológicas distintas, sobretudo em relação à etiologia do adoecimento mental. Vê-se que, no que se refere aos *transtornos globais do desenvolvimento*, eles são fruto desta variação classificatória, não estando presentes desde sempre, nem na história da Educação Inclusiva nem no desenvolvimento da Psiquiatria.

Na verdade, estes dois campos de saber tornam-se conjugados justamente a partir do momento em que um passa a ser destinatário da aplicação das classificações produzidas no outro e das formas de intervenção sobre os quadros patológicos, assim como pode ser demonstrado no capítulo anterior. No caso da Educação Especial Inclusiva brasileira, conta-se um espaço de 21 anos entre o estabelecimento da categoria em questão na área das investigações da psicopatologia psiquiátrica até sua entrada no escopo das legislações que regulamentam a delimitação do público-alvo específico das ações de inclusão escolar. Repete-se um processo em que, uma vez mais, as escolas regulares brasileiras sabidamente se tornaram representantes dos contextos em que as classificações produzidas pela Psiquiatria aplicaram-se à avaliação dos impasses de crianças e jovens com a escolarização, dentre eles aqueles com *transtornos globais do desenvolvimento*.

Este cenário, no momento, nos faz levantar as seguintes questões: ao importar mais um conceito e uma nomeação do campo da Psiquiatria, quais são os antecedentes na organização do que se concebe como *transtornos globais do desenvolvimento*? Em que bases conceituais ele se constitui? De que maneira esta questão pode nos auxiliar a responder nossas duas questões básicas de pesquisa (como ocorrem os processos de inclusão destes alunos na escola regular e por que alguns destes alunos representam um problema para os professores)?

Observa-se que, no campo específico da Psiquiatria, os critérios classificatórios e diagnósticos que lhe são pertinentes foram sendo alterados ao longo do tempo, imprimindo-se às classificações valores conceituais distintos, que marcam os antecedentes da formação da categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*. Isto porque, no histórico deste campo de saber, é possível identificar a existência de formas diferenciadas de identificar, analisar, descrever e nomear os fenômenos mentais, na justa tentativa de se diagnosticar os limiares existentes entre a patologia mental e a normalidade, bem como para, finalmente, determinar os destinos possíveis de tratamento para os casos identificados como patológicos.

Em última análise, no campo da Psiquiatria, as diferenciações aqui referidas nos permitem caracterizar este campo em três momentos particularmente distintos e, em certo sentido, antagônicos, em razão das formas de investigação psicopatológica correspondentes a cada um deles. Para fins de localização, coloca-se de um lado o que, juntamente com Paul Bercherie (1989), podemos chamar de *Psiquiatria Clássica* e *Psiquiatria Moderna*, cujas cronologias, sucessivas, são passíveis de serem localizadas, respectivamente, entre o início do século XIX e o início do século XX. Estes dois períodos serão descritos em separado, a fim de se identificar suas particularidades em relação às formas de investigação psicopatológica que lhes foram próprias. Em conjunto, eles delimitam uma forma de se proceder às investigações psicopatológicas que podem ser denominadas clássicas e cujos conceitos e premissas encontram-se estabelecidos nos grandes tratados e manuais de Psiquiatria. De outro lado, verifica-se um terceiro período, iniciado na segunda metade do século XX, que apresenta critérios investigativos bastante distintos dos períodos que o precedem, pois, entre outras razões, conta com a instituição dos códigos classificatórios de cunho estatístico em substituição aos grandes manuais e tratados. Este último período, que, juntamente com Francisco Barreto (2010), denominamos *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, é apresentado ainda por Júlio Flávio Figueiredo Fernandes (2009)²⁵ como um segundo

²⁵ Este autor estabelece um texto em que aponta a utilização das classificações psicopatológicas diante do mal-estar do professor frente às manifestações subjetivas diversas do aluno, constituindo-se em um ponto argumentativo privilegiado no capítulo subsequente da presente dissertação.

momento do desenvolvimento da Psiquiatria, tendo em vista a diferença marcante existente na organização metodológica das pesquisas psicopatológicas que passam a vigorar. Este autor identifica a produção das investigações psicopatológicas do período como *psicopatologias da segunda fase*.

Para defini-los e, assim, alcançarmos as bases conceituais de estruturação da categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*, seguimos os textos dos três autores referidos acima, pertencentes a campos de pesquisa diferenciados. O primeiro deles é Bercherie (1989; 2001), cuja obra se propõe a investigar o histórico da Psiquiatria, bem como seus pressupostos epistemológicos, desde o início das primeiras investigações de Pinel acerca da loucura até o período que se estabelece no intervalo das duas grandes guerras mundiais. Para localizar esta cronologia, Bercherie (1989) adota as nomenclaturas Psiquiatria Clássica e Psiquiatria Moderna, identificando-as ao período já referido. Acrescentamos ainda que este autor refere-se à década de 30 do século XX como o momento pertinente ao ápice da organização das investigações psicopatológicas infantis (BERCHERIE, 2001).

O segundo autor é Barreto (2010), em um texto em que ele realiza uma análise crítica sobre a evolução da Psiquiatria, denominando *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, o período de produção nosológica iniciado após a Segunda Grande Guerra. Este período traz a particularidade de abandonar a produção estabelecida nos períodos anteriores, bem como a metodologia de pesquisa aplicada anteriormente, em prol de firmar conceitos e formas investigativas próprias.

Por último, mas não por menos, nos valem do texto de Fernandes (2009). Este autor apresenta os períodos de produção nosológica da Psiquiatria através do percurso epistêmico das investigações psicopatológicas próprias a eles. Entretanto, em seu texto é possível verificar uma delimitação que, de um lado, faz abranger o que Bercherie (1989) denomina Psiquiatria Clássica e Psiquiatria Moderna e, de outro, o que Barreto (2012) denomina *Psiquiatria das Classificações Internacionais*. Ao lado dos dois primeiros períodos, denominados por Barreto (2012) como *Psiquiatria Clássica e Psiquiatria das Grandes Escolas* e por Bercherie (1989) como *Psiquiatria Clássica e Psiquiatria Moderna*, Fernandes (2009) situa o que ele designa como *período das investigações psicopatológicas clássicas*, ao passo que, ao lado da *Psiquiatria das Classificações internacionais* (BARRETO, 2012), encontramos a denominação *psicopatologias da segunda fase*, em razão da ênfase dada às formas de investigação psicopatológicas deste terceiro período de organização da Psiquiatria. Ao estabelecer estas duas delimitações das classificações psicopatológicas, Fernandes (2009) realiza uma análise crítica sobre a utilização, pelos educadores, das categorias das

investigações psicopatológicas da segunda fase para nomear o mal-estar subjetivo de seus alunos. Em sua visão, a proliferação de nomeações psicopatológicas para as manifestações subjetivas nas escolas acaba afastando os profissionais da Educação da possibilidade de entendimento sobre a questão da subjetividade envolvida nos processos de ensino e de aprendizagem.

Salientamos que, apesar das contribuições de Figueiredo (2009) e Barreto (2012), de ambos, somente Barreto (2012) se refere ao trabalho de Bercherie (1989). Apesar disto, em nossa avaliação, estes autores mantêm a essência das descrições realizadas na história da Psiquiatria e acreditamos que, de certa forma, alinham-se a Bercherie (1989), na medida em que, assim como este autor, estabelecem uma referência aos grandes psiquiatras, fundadores das tradições clássicas e modernas de pesquisa psicopatológica – Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1875-1939), Karl Jaspers (1883-1969) - e a Michel Foucault (1926-1984), em texto de 1972, intitulado de *O Nascimento da Clínica* (FOUCAULT, 2001).

Desta forma, ressaltamos que, apesar das formas diferenciadas para nomear a referida cronologia, não são observadas entre estes autores distinções conceituais que impliquem em prejuízos ao delineamento dos antecedentes da categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*. Apresentam ainda a vantagem de descreverem e estabelecerem uma crítica bastante similar em relação a um período que, seguramente, sucede ao tempo da *Psiquiatria Moderna* estabelecido por Bercherie (1989), mas que não se encontra definido na obra deste autor. Em relação à presente dissertação, tanto a demarcação histórica (BERCHERIE, 1989, 2001; BARRETO, 2010) dos períodos que compõem o histórico da Psiquiatria quanto a conceituação das formas de investigação psicopatológica impressas ao sofrimento mental (FERNANDES, 2009) têm a importância de determinar a constituição da categoria *transtornos globais do desenvolvimento*, a partir da forma impressa pela investigação das entidades clínicas descritas nas psicopatologias infantis. Dessa forma, para situar o campo conceitual de onde emergem as entidades clínicas que compõem a categoria patológica em questão em nossa pesquisa, inicialmente, serão utilizadas as referências trazidas por estes autores. Ao longo do percurso, a estas referências também serão acrescentadas outras que possam nos auxiliar a buscar a noção investigativa que dirige a formação da categoria.

Acreditamos que a investigação das origens deste termo, das balizas conceituais que envolvem sua instauração no *corpus* conceitual do campo da Psiquiatria e a problematização sobre a sua inserção no campo conceitual da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008; 2009) pode nos auxiliar a responder às questões que ora levantamos, bem como as que norteiam nossa pesquisa. Sendo assim, passaremos a apresentar

e discutir as formas de investigação psicopatológica presentes em cada um destes tempos, buscando identificar, na evolução metodológica das descrições patológicas e dos diagnósticos, as bases da categoria *transtornos globais do desenvolvimento*.

3.1 Investigações anatomopatológicas do início do século XIX: retardo mental e lesões orgânicas

No século XIX, que pode ser considerado o primeiro momento de organização da Psiquiatria, não existe o *transtorno global do desenvolvimento*. Em termos de descrição de psicopatologias infantis e, portanto, da loucura infantil, o que encontramos são as descrições relacionadas à idiotia como principal forma de apresentação do que será entendido como retardo mental. O retardamento mental, por sua vez, constituirá um dos eixos fenomênicos a ser observado na definição da categoria psicopatológica em questão no presente trabalho, sendo tomado como índice de um déficit cognitivo definidor da etiologia da categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*.

Nosso interesse neste período reside na busca de algumas noções conceituais que hoje sustentam a descrição de tal categoria psiquiátrica, uma vez que as investigações iniciadas neste período remontam à própria origem deste campo de saber, às interrogações filosóficas a respeito da loucura nos adultos e nas crianças, bem como a um primeiro deslocamento realizado rumo à inserção destas indagações no campo da Medicina Geral (BERCHERIE, 1980; BARRETO, 2010; FOUCAULT, 2001). Seguindo estes autores, a partir do momento em que tais indagações passaram a ser sediadas por este campo, considerou-se imprescindível que tal investigação se organizasse em torno dos mesmos parâmetros científicos vigentes para a Medicina Geral, sobretudo, para a área específica da neurologia. Tais parâmetros dizem respeito ao modelo dos processos classificatórios aplicados às ciências naturais, das quais a Medicina se apropriou, ao final do século XVIII, na busca por sua inserção como campo científico, e que determinarão as primeiras classificações em Psiquiatria a partir do final do século XIX (BERCHERIE, 1980; BARRETO, 2010).

Recorrendo a Foucault (2001), verifica-se que o modelo classificatório então empregado na Medicina Geral se estabeleceu por uma ordem comparativa, a partir da verificação dos critérios de semelhança entre os elementos de dois ou mais conjuntos aparentemente distintos que, isolados, compõem um todo diferenciado. O autor também ressalta que o que determina o classicismo da tradição da clínica médica geral é um critério de cientificidade alcançado a partir do momento em que nela se instauram as pesquisas

anatomopatológicas, fundadas sobre a objetividade positivista da Medicina moderna. Identifica-se neste autor que o critério estabelecido em Medicina para se definir o saudável, o estado normal de funcionamento do corpo, estaria colocado ao lado da ausência de lesão no órgão. A patologia, por sua vez, estaria colocada ao lado do órgão supostamente afetado por uma lesão. O mesmo ponto de vista é encontrado em Georges Canguilhem (2011) em obra dedicada a discutir o conceito de normalidade e de patologia em Medicina. Nesta perspectiva, ambos ressaltam que o *normal* se estabeleceria através da definição do *estado patológico*, em que a doença seria relacionada à lesão orgânica. Para estes autores, estes são os parâmetros etiológicos definidos para se estabelecer o critério do adoecimento em Medicina Geral.

Na pré-história da Psiquiatria e no decorrer das investigações da loucura definidas como clássicas, foi este modelo médico, traduzido nas pesquisas anatomopatológicas das estruturas cerebrais, que influenciou o direcionamento do olhar dos primeiros alienistas para uma investigação que se valia dos mesmos critérios epistemológicos utilizados nas pesquisas em ciências naturais e, portanto, para a medicina neurológica. Ou seja, houve influências da Medicina na compreensão descritiva e qualitativa sobre o fenômeno mental, inicialmente referido ao cérebro como órgão, equiparando-se assim a patologia mental a uma lesão orgânica cerebral (BERCHERIE, 1989; FERNANDES, 2009; BARRETO, 2010). Nesta perspectiva, as estruturas cerebrais são o objeto de investigação em relação ao qual torna-se importante ver, analisar e descrever o mais minuciosamente possível o fenômeno patológico, agrupando-os e classificando-os. Isto porque, nos dizeres do autor, é por meio de um sistema comparativo entre suas semelhanças e diferenças que o fenômeno mental “[...] constituiria classes, gêneros e espécies [...]” (BERCHERIE, 1989, p. 31), definindo assim uma equivalência entre a abordagem realizada na clínica médica e a abordagem da ainda incipiente, mas emergente, clínica psiquiátrica.

Inicialmente, as descrições realizadas dos fenômenos mentais e suas patologias ainda não apresentarão uma sistematização, podendo ser definidas como um tempo de descrições aleatórias dos tipos de loucura (BERCHERIE, 1989). É sob estas premissas que, nesse período, as primeiras investigações psicopatológicas em torno do sofrimento mental infantil irão se referir ao conceito nosológico de debilidade, ou de retardamento mental, e à entidade clínica da *idiotia* como forma *princeps* de apresentação da loucura na criança, tal pode ser verificado em Bercherie (2001)²⁶, no manual de psiquiatria infantil de Julian de Ajuriaguerra

²⁶ Trata-se de um texto sobre o histórico e as bases epistemológicas com que se constituiu e se organizou o campo da Psiquiatria Infantil, segundo o autor, a partir da década de 30 do século XX, quando a psicanálise

(1980) e ainda, entre outros aspectos, na obra da professora Dra. Ana Lydia Santiago (2005) sobre a inibição intelectual. De acordo com estes autores, a idiotia é referida pelos teóricos da época, sobretudo por Philippe Pinel (1745 – 1826), como uma forma deficitária e incompleta de apresentação da loucura do adulto, tendo como etiologia uma lesão orgânica cerebral. A partir dessa associação, o conceito de cérebro como *locus* de toda racionalidade, instituído por Descartes (1596-1650) para a ciência moderna, passa a ser definido como dogma herdado pelas etapas subsequentes das investigações psicopatológicas e conservado por elas (FERNANDES, 2009).

Sendo assim, este percurso nos coloca diante de algumas questões inevitáveis no que se refere à investigação sobre a inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento. A primeira delas refere-se à interrogação sobre qual seria a relação deste tipo de pesquisa psicopatológica com a instituição da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento, cerca de um século depois das primeiras descrições do retardamento mental como forma deficitária da manifestação da loucura nas crianças. Assim como será possível verificar neste capítulo, aparentemente, a perspectiva etiológica que imprime às manifestações psicopatológicas infantis um índice deficitário será retomada nas investigações atuais em torno de algumas das entidades clínicas presentes nos *transtornos globais do desenvolvimento*. Entretanto, entendemos que nem sempre esta forma de investigação esteve presente no campo da Psiquiatria, sobretudo no período em que são realizadas as pesquisas psicopatológicas a respeito do Autismo Infantil Precoce e das Síndromes de Heller e Asperger.

3.2 Surgimento das entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento: as grandes síndromes mentais infantis

Dando prosseguimento ao nosso intuito de perseguir a construção do conceito de *transtornos globais do desenvolvimento* pelo campo da Psiquiatria, verificamos que as investigações psicopatológicas realizadas até o início do século XX de forma relativamente isolada começam a ser organizadas em descrições nosológicas sistematizadas. Tal sistematização, promovida a partir da publicação da sétima edição do tratado do psiquiatra alemão Émil Kraepelin (1855-1926), em 1904, revela-se um demarcador histórico para este segundo momento evolutivo das formas de investigação e de classificação psicopatológicas

assumiu para si as investigações psicopatológicas infantis e elevou o adoecimento mental infantil ao estatuto de objeto de investigação autônomo pertinente à clínica psiquiátrica do adulto.

(BERCHERIE, 1980; FERNANDES, 2009, BARRETO, 2010). Por sinal, Bercherie (1989), assim como Barreto (2010), consideram que é a partir desta edição do compêndio de Kraepelin que se pode dizer sobre a Psiquiatria como uma disciplina que alcança seu objeto próprio de abordagem, a partir da necessidade de explicação psicológica a respeito dos fenômenos mentais (BERCHERIE, 1989; BARRETO, 2010).

De acordo com os autores referidos, a forma defendida por Kraepelin para as investigações psicopatológicas prima por se deixar influenciar pela corrente psicológica experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920), considerado pai da psicologia e, assim, se desvincular, ao menos parcialmente, do método investigativo pertinente à clínica médica. Estabelece-se, assim, uma sobredeterminação psíquica nos quadros patológicos que se referem à estrutura da personalidade individual.

Desta forma, torna-se possível verificar um importante deslocamento, em razão dos critérios de cientificidade que o campo da Psiquiatria passa a agregar. É mediante um novo critério classificatório e uma nova abordagem epistemológica psiquiátrica que os fenômenos mentais serão organizados e sistematizados por Kraepelin em conjuntos denominados de *grandes síndromes mentais*, definidas como um “[...] conjunto de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente e são observadas na prática clínica diária. São agrupamentos estáveis de sintomas, conjuntos sígnicos [...], que podem ser produzidos por várias causas.” (DALGARRONDO, 2008, p. 301).

Esta definição, concernente à clínica psiquiátrica do adulto, torna-se válida à clínica psiquiátrica infantil na medida em que as entidades clínicas que vão sendo descritas no escopo da psicopatologia da infância ainda se referem à nosologia da loucura no adulto. Verifica-se que, tal como nos adultos, elas se encontrarão classificadas nos seguintes grupamentos: *paranoia, neurose, psicose, epilepsia e demências*²⁷ (AJURIAGUERRA, 1980; BERCHERIE, 2001, DALGALARONDO, 2008).

Observa-se que tais agrupamentos nosológicos passam a ser designados com base em um método próprio de investigação psicopatológica em que não são consideradas apenas as lesões orgânicas como causas do adoecimento mental. A partir de Kraepelin, os estados mentais passaram a ser referidos em quadros nosológicos amplos e estáveis, cujas descrições revelam uma rigorosa evolução conceitual entre um período e outro. Contudo, Kraepelin não abandona de todo as explicações orgânicas do adoecimento mental, pois, de todas as

²⁷ Em razão do referencial médico inicial da Psiquiatria ser basicamente o referencial neurológico, as epilepsias e as demências foram as primeiras entidades clínicas identificadas à loucura, conforme pode ser verificado em Bercherie (1989).

descrições estabelecidas ou organizadas por ele nas várias revisões de seu tratado, mantém-se a noção de *demência precoce* como um quadro de degeneração orgânica que afeta várias funções superiores, tais como a vontade, a afetividade e, em alguns casos, as funções intelectuais (BERCHERIE, 1989).

A descrição desta entidade clínica e a referência orgânica que ela sustenta serão as bases para a descrição de uma forma de manifestação da demência precoce em crianças, realizada pelo italiano Santa de Sanctis em 1906²⁸ (KANNER, 1976; AJURIAGUERRA, 1980; BERCHERIE, 2001) e à qual ele dará o nome de *demência precocíssima*. Esta entidade clínica será apontada por Santa de Sanctis como uma forma de retardamento adquirido, diferenciando assim a possibilidade da incidência de uma degeneração precoce das funções mentais superiores também em crianças e sem a observação de relações com uma lesão orgânica congênita.

Além de Kraepelin, a tradição investigativa em Psiquiatria, inaugurada no início do século XX, tem em Bleuler e em Jaspers a sua expressão (BERCHERIE, 1980; FERNANDES, 2009; BARRETO, 2010). De acordo com Barreto (2010), estes psiquiatras estabelecem a tradição das grandes escolas de Psiquiatria, as quais podem ser divididas em dois grandes grupos.

O primeiro seria o grupo de Jaspers, aluno de Kraepelin, que, segundo Barreto (2010), foi quem conseguiu ofertar ao campo da Psiquiatria Moderna as bases conceituais para sua composição final. Jaspers dedicou-se, a

[...] separar cuidadosamente a “compreensão estática” (fenomenológica pela qual fazíamos uma ideia da vivência particular dos doentes, tal como ela se apresentava a sua consciência) da “compreensão genética” dos fatos psíquicos, das “relações causais.” (BERCHERIE, 1989, p. 265)

Sob a batuta de Jaspers, mais que a simples descrição fenomenológica e a categorização destes fenômenos em grandes conjuntos nosológicos interessará à Psiquiatria a compreensão da gênese dos fenômenos mentais e de suas relações intrínsecas.

O segundo grupo de psiquiatras teria em Bleuler o mérito de ter aproximado a Psiquiatria da Psicanálise freudiana. Barreto (2010) afirma que “[...] enquanto a clínica médica enraizou cada vez mais seus fundamentos no substrato biológico, a clínica psiquiátrica, incapaz desse movimento, empreendeu viagem sem volta ao reino da palavra [...]”. (BARRETO, 2010, p. 146). Para se situar desta forma, a Psiquiatria contou com as inovações introduzidas por Bleuler nos âmbitos conceitual e descritivo. Sendo assim, o

²⁸ DE SANCTIS, S. *Neuropsiquiatria infantile*. Rome: Stock, 1925. p. 623-661.

determinismo orgânico somente foi verdadeiramente abandonado a partir da descrição de Sigmund Freud (1856-1939) sobre o inconsciente²⁹ (FREUD, 1915). Tal descrição trouxe para a Psiquiatria a noção das patologias mentais formadas a partir de um critério psicodinâmico, cuja gênese e evolução estariam num acontecimento traumático para o sujeito.

Por sua vez, o referencial psicanalítico sobre o autoerotismo será utilizado por Bleuler em 1911 para definir as manifestações de um quadro a que ele denomina *esquizofrenia*. Este autor toma o termo de empréstimo da psicanálise freudiana, quando Freud (1914) explicita o processo de constituição psíquica em que a criança deve fazer a passagem de um estado autoerótico de investimento de um *quantum* de energia psíquica em si própria, definido por ele como libidinal, para realizar o investimento em objetos externos e, assim, propiciar a efetividade de sua ligação afetiva com o mundo e com os outros. Na descrição feita por Bleuler as manifestações esquizofrênicas são variadas e, em sua etiologia, não se apresenta o caráter demencial descrito por Kraepelin para a *demência precoce*. O autor define a etiologia das esquizofrenias como um autoerotismo sem eros (BLEULER, 1985). Para Bleuler, nas variadas formas de manifestação da esquizofrenia o que ocorre é um reinvestimento libidinal no ego do indivíduo, fazendo com que ele rompa com a realidade e passe a viver em uma realidade própria (BLEULER, 1985).

Segundo Bercherie (2001), a entrada da Psicanálise na investigação psicopatológica, sobremaneira as investigações psicanalíticas estritamente a respeito das condições psíquicas infantis realizadas por volta da terceira década do século XX, trouxeram a possibilidade de se lançar um novo olhar sobre a psique infantil e suas patologias (AJURIGUERRA, 1980; BERCHERIE, 2001; SANTIAGO, 2005). A partir desta abordagem, os seus estados mentais não mais se referem a uma forma imperfeita e mal desenvolvida do adoecimento mental do adulto, associada à idiotia. Além da esquizofrenia infantil, no campo da Psiquiatria Infantil insurgente no decorrer deste período, repercute-se um momento de organização da Psiquiatria que será reconhecido pela heterogeneidade das formas investigativas em psicopatologia. Tal heterogeneidade influenciará na descrição de entidades clínicas diversas, incluindo as que irão compor os *transtornos globais do desenvolvimento*.

3.2.1 Síndrome de Heller

²⁹ Barreto cita Freud a partir do texto “Notas sobre um caso de neurose obsessiva”, de 1909, localizado no volume X da edição standard brasileira.

A partir da descrição de Santa De Sanctis (1906) a respeito da *demência precocíssima*, Theodor Heller, em 1908, fará uma descrição autônoma da patologia. Heller diferencia as crianças observadas por ele como sendo os verdadeiros retardados, em razão da possibilidade de se manter preservadas as funções da atenção e da focalização e, sobretudo, haver a conservação de uma fisionomia inteligente. Heller observa o aparecimento de um quadro mental em que se nota um desenvolvimento normal da criança até o terceiro ou quarto ano de vida, seguido de um estado de lentidão e indiferença, com negativismo, oposição, degradação da linguagem, distúrbios afetivos e motores característicos (tais como agitação, estereotípias, maneirismo, catatonia e condutas impulsivas) (BERCHERIE, 2001). Esta enfermidade ficará reconhecida nos campos da Psiquiatria Infantil (KANNER, 1975, AJURIAGUERRA, 1980) e da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008, 2009, 2010) como *Síndrome de Heller*³⁰.

No manual *Psiquiatria Infantil*, de Kanner (1976), bem como em Ajuriaguerra (1980), a Síndrome é descrita como uma patologia da estrutura e do metabolismo cerebral, de cunho demencial e degenerativo das funções mentais superiores, de ocorrência em crianças com desenvolvimento normal até o terceiro ou quarto ano de vida e causada por uma degeneração lipóide difusa das células ganglionares.

Kanner (1976) revela que, durante um tempo, houve a tendência de se considerar a patologia descrita por Heller como uma esquizofrenia infantil³¹, mas que as descobertas realizadas por Corberi (1926)³², através da biópsia de quatro pacientes, deslocou a referida síndrome para o campo das doenças metabólicas. Ainda de acordo com este autor, Schilder (1935)³³ afirma que a síndrome de Heller nada tem a ver com a esquizofrenia. A posição de Kanner (1976) com relação a esta associação torna-se bastante crítica, e ele conclui afirmando que “atribuir esquizofrenia a estos pacientes tiene tan poco fundamento como diagnosticar esquizofrenia por gorgolismo o idiotéz amaurótica juvenil. Esto se confirmó em seis análisis clinicopatológicos realizados por Malamud”. (KANNER, 1976, p. 296)³⁴.

Portanto, temos uma entidade clínica descrita em meio ao novo corpo conceitual da Psiquiatria, que, em razão de suas manifestações fenomenológicas, foi temporariamente

³⁰ HELLER, T. Über Dementia Infantilis. Ztschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Sswascsinns, 1908, n. 2, p. 17-28.

³¹ É em decorrência desta concepção que a síndrome de Heller também pode ser identificada como psicose desintegrativa da infância (AJURIAGUERRA, 1980).

³² CORBERI, G. Sindromi di regressione mentale infanto-giovanile. *Revista di patologia nervosa e mentale*, 1926, n. 31, p. 6-46.

³³ SCHILDER, P. Reaction Types Resembling Funtionl Psychoses in Childhood on the Basis of na Organic Inferiority of the Brain. *Ment. Hyg.*, 1935, n. 19, p. 439-448.

³⁴ “Atribuir esquizofrenia a estes pacientes tem tão pouco fundamento como diagnosticar gorgolismo ou idiotia amaurótica em jovens. Isto se confirmou em seis análises clínico-patológicas realizadas por Malamud” (KANNER, 1976, p. 296. Tradução nossa).

associada aos quadros de esquizofrenia infantil de incidência precoce. Contudo, para ser confirmada sua etiologia, os pacientes em quem se suspeitava a presença da patologia foram submetidos a uma de investigação que recorre aos procedimentos do período anterior, mas que em relação a este apresenta a diferença de reconhecer quadros de retardo mental que não são de origem congênita, apesar da reconhecida organicidade.

Para além da idiotia e das formas de incidência precoce da esquizofrenia, pode-se dizer que a *síndrome de Heller* torna-se uma das primeiras entidades clínicas referidas ao sofrimento mental infantil, auxiliando, desta forma, na conformação de uma tradição investigativa heterogênea na psicopatologia infantil.

3.2.2 Autismo Infantil Precoce

Em meio a esta tradição na investigação psicopatológica, mas fincada no rigor epistemológico da classificação nosológica pela via da compreensão sobre as causas das manifestações dos fenômenos, agora estabelecidas sob as vertentes orgânica e psíquica (BERCHERIE, 1989; 2001), vemos emergir as pesquisas a em torno de duas outras entidades clínicas no campo das investigações psicopatológicas infantis – o Autismo Infantil Precoce, descrito por Leo Kanner em 1943, e a síndrome de Asperger, descrita de forma autônoma por Hans Asperger em 1944.

A noção bleuleriana do *autismo* foi retomada por Kanner em 1943, na observação de 11 crianças que apresentavam seu desenvolvimento psicomotor e afetivo comprometido, bem como as contribuições pediátricas do psicólogo e pediatra americano Arnold Gesell (1880-1961) sobre o desenvolvimento humano. Segundo Bercherie (2001), esta articulação com o trabalho de Gesell permitiu o estabelecimento de estreita relação entre a clínica e a Psicologia do Desenvolvimento, e contribuiu para sublinhar a precocidade da perda relacional existente nos quadros de autismo.

Em termos metodológicos, Kanner embasou sua pesquisa no método experimental, mas referiu-se ao isolamento e ao retorno libidinal egoico observado nestas crianças como sendo a causa etiológica da patologia observada e descrita por ele. Ao tomar de empréstimo de Bleuler o termo autismo e as noções de Gesell, Kanner definiu então uma síndrome de etiologia relacional, caracterizada pela incapacidade da criança em realizar a transposição da ligação libidinal de seu ego para os objetos do mundo externo. Como consequência deste impedimento, observou a presença de estereotípias motoras, dificuldades de contatos visuais, preferência por estarem a sós e, portanto, dificuldades de socialização, fala ecológica e

monocórdica, interpretação literal das situações, dentre outras manifestações que se colocam de forma variável de um indivíduo para outro, não havendo entre os autistas uma homogeneidade nas descrições dos fenômenos manifestos³⁵. Estas descrições sublinhadas por Kanner (1976) são remontadas por Paula Ramos Pimenta (2003) em sua dissertação sobre as abordagens clínicas distintas ao Autismo de Kanner feitas pelas ciências da Medicina e pela Psicanálise.

Para Pimenta (2003), as proposições de Kanner a respeito do Autismo Infantil Precoce o colocam na condição de definir para o sujeito uma posição subjetiva particular, questão que também veremos estabelecida na análise da psicanalista Sílvia Helena Tendlarz (1997) a respeito das condições do sofrimento mental infantil e para quem a descrição do autismo significa uma divisão paradigmática no campo das psicoses infantis, pois ele representaria uma posição radical do sujeito face aos tropeços com a instância simbólica, organizadora da constituição subjetiva e dos processos psíquicos individuais. Seguindo a tradição da psicanálise, destaca-se que, para Tendlarz (1997), bem como para Pimenta (2003), o autismo seria uma posição subjetiva da criança e não um índice cognitivo deficitário a ser suplementado.

Diante da colocação destas autoras, verifica-se que, de fato, para Kanner (1976), o desajuste observado nas possibilidades da criança autista em estabelecer contato afetivo e, portanto, contato social, seria a principal causa dos demais fenômenos apresentados por ela, incluindo os fenômenos relacionados aos vários níveis de retardo mental evidenciados em algumas crianças. Esta posição indica a instância simbólica como decorrente da questão relacional como causa da constituição subjetiva das crianças, inclusive no que se refere aos fenômenos cognitivos. Para este autor, apesar dos impasses cognitivos, alguns autistas mantêm *ilhas de inteligência*, conceito a partir do qual ele designa possibilidades de aprendizagem destas crianças, cujo comprometimento cognitivo por vezes é bastante severo (KANNER, 1976). Sob esses argumentos e, sobretudo, face ao alheamento mental bastante precoce, sem indícios de comprometimento orgânico, inicialmente Kanner inscreve o Autismo Infantil Precoce no rol das formas de manifestação precoce da esquizofrenia (KANNER, 1976).

Cabe ressaltar que, em Ajuriaguerra (1980), encontra-se o Autismo Infantil Precoce relacionado às grandes síndromes mentais infantis, de certa forma, regendo a diferenciação

³⁵ Não sendo nosso objetivo, no presente trabalho, estabelecer o rol dos fenômenos manifestos, e havendo necessidade, por parte do leitor, de proceder a uma consulta mais completa em relação a esta questão, direcionamos suas leituras tanto para o *Manual de Psiquiatria* de Kanner (1976) quanto para a dissertação de Pimenta (2003, p. 33-34).

estabelecida entre as psicoses infantis de início precoce (1- 2 anos) e as psicoses infantis de início tardio (5-7-12 anos). Também se encontra esta mesma distribuição na obra de Daniel Marcelli e David Cohen (2010), em que o Autismo Infantil Precoce, a síndrome de Rett, a síndrome de Heller (também denominada pelos autores como transtorno desintegrativo da infância) e a síndrome de Asperger aparecem ao lado das manifestações precoces da psicose infantil.

Em relação ao percurso que aqui buscamos explicitar, o que se destaca nas pesquisas iniciais sobre o autismo é uma forma de abordagem psicopatológica marcada pela heterogeneidade das investigações, na definição de uma entidade clínica crucial para o campo da Psiquiatria Geral e da Psiquiatria Infantil, uma vez que delimitou um esclarecimento final em torno da existência do adoecimento mental infantil. Ao menos inicialmente, a descrição feita por Kanner retirou boa parte da compreensão sobre esta questão da esfera das explicações orgânicas e/ou congênitas para buscar no campo relacional as raízes da loucura nas crianças, a exemplo do que era empreendido pelos psicanalistas infantis, dos quais podemos mencionar especialmente as contribuições de Melaine Klein³⁶, Margareth Mahler³⁷, Françoise Dolto e Maud Mannonni nas pesquisas em torno das psicoses infantis (KANNER, 1976; TENDLARZ, 1997; AJURIAGUERRA, 1980; BERCHERIE, 2001; RAHME, 2010). Destaca-se dentre as psicanalistas referenciadas, o trabalho terapêutico e educativo de Mannonni (1977), cuja proposição de escolarização de sujeitos autistas se colocou como inovadora no decorrer da década de 70 do século XX por inaugurar o indicativo de que estas crianças são capazes de aprender e de conviver em sociedade.

3.2.3 Psicopatia autística ou síndrome de Asperger

Já em 1944, Hans Asperger descreveu, de forma autônoma em relação aos 11 casos observados por Kanner, uma síndrome com manifestações fenomenológicas bastante

³⁶ Data de 1930 a descrição que Melaine Klein realiza do atendimento a uma criança psicótica, supostamente autista, o menino Dick. Os autores aqui referidos trazem a contribuição de esclarecer que foi pelas mãos desta psicanalista que uma clínica psiquiátrica infantil pode ser inaugurada a partir da abertura do escopo técnico e terapêutico da Psicanálise ao atendimento desta criança.

³⁷ A contribuição de Margareth Mahler é tida principalmente por Kanner como um divisor de águas no campo das psicoses infantis, uma vez que a sua noção sobre a psicose simbiótica reafirma a definição da existência de quadros de psicoses infantis bastante precoces, a partir de um núcleo constitucional subjetivo que, se chega a separar-se do Outro, retoma o caminho de volta, não permitindo à criança distanciar-se subjetivamente de sua mãe ou de quem cumpre esta função.

semelhantes à descrição feita por este autor. Asperger denominou esta patologia como *psicopatía autística*³⁸.

Embora Asperger tenha utilizado o termo autista de forma diferenciada daquela utilizada por Kanner, sua síndrome tem sido referida como uma variante do *Autismo Infantil Precoce* (AJURIAGUERRA, 1980, MARCELLI, 2010). Em relação às metodologias empregadas por Asperger na investigação da síndrome, não foi possível encontrar referências claras. Quanto a isto, tem-se a indicação feita por Rutter (1997) de que a pesquisa de Asperger teria sido realizada sob hipóteses de lesões orgânicas que afetam a integração dos dados. De outro lado, tem-se a equiparação etiológica entre a referida síndrome e o Autismo Infantil Precoce. A este respeito, Pimenta (2003) nos esclarece que Asperger teria descrito uma “[...] síndrome infantil que apresentava desvios importantes nas áreas de interação social, comunicação e jogos simbólicos, tal como ocorre no autismo de Kanner” (PIMENTA, 2003, p. 30). A diferença entre uma patologia e outra se estabelece sob a observação de que as crianças de Asperger mantêm preservado o sistema cognitivo e, portanto, a capacidade de aprender. Muitas vezes, tornam-se especializadas em temas específicos, sendo denominadas *autistas de alto funcionamento*³⁹, assim como se encontra relatado sobre a americana Temple Grandin⁴⁰ no trabalho de Pimenta (2003). A partir de sua experiência pessoal na busca de um contorno para sua angústia, Grandin criou uma máquina incomum e tornou-se especialista em um assunto igualmente incomum – o abate, sem sofrimento, de gado de corte.

A este respeito pode-se verificar, tanto em autores que produziram conhecimentos teóricos durante este período da Psiquiatria a que nos referimos aqui (e cujos referenciais para nós são Kanner (1976) e Ajuriaguerra (1980)) tanto em autores ligados à Psicanálise (PIMENTA, 2003; TENDLARZ, 1997) que a psicopatía autística de Asperger é estabelecida por eles dentro do campo das psicoses infantis.

Assim, cabe a este campo uma ampla discussão a respeito de considerá-lo uma forma específica de psicose ou como uma das formas de manifestação da esquizofrenia. De toda forma, diante destas colocações e do que interessa verificar na presente dissertação, tem-se até aqui um quadro de produção de conhecimentos em que a homogeneidade da descrição sobre os quadros de retardamento mental lentamente vai cedendo terreno para a heterogeneidade das abordagens e descrições classificatórias no que tange ao sofrimento mental infantil. Logo,

³⁸ ASPERGER, H. Psicopatias Autísticas na Infância. *Arch. Psychiatr. Nervnk*, 1944, 117:76-136.

³⁹ Trata-se de uma forma relativamente corriqueira de se referir aos indivíduos com síndrome de Asperger e que remete ao contraponto imediato dos quadros marcados por déficits cognitivos relatados por Kanner em 1943.

⁴⁰ GRANDIN, T. & SCARIANO, M. *Uma menina estranha*: autobiografia de uma autista. Tradução: Sérgio Flaksman. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 193 p.

cabe ressaltar que as descrições a respeito destas patologias obedeceram a critérios nosológicos bastante específicos. Também é possível perceber que tais descrições traduzem as bases epistemológicas da Psiquiatria, evidenciando neste período um processo evolutivo em que as patologias do período anterior e mesmo as formas de investigação não desaparecem, mas são antes revistas e, num certo sentido, aprimoradas.

Tal composição define, por fim, o que Bercherie (1989, 2001) denomina heterogeneidade do período da *Psiquiatria Moderna* ou ainda das *Grandes Escolas* (BARRETO, 2010). Junto ao período anterior, este momento das descrições das grandes síndromes mentais infantis forma o que Fernandes (2009) designa por período das *investigações psicopatológicas clássicas*. Um refere-se à certa continuidade do outro em termos de modelos de pesquisa clínica em Psiquiatria. Desta forma, são apresentadas formas diversificadas de compreender as relações entre a etiologia dos fenômenos mentais e sua nomeação e de estabelecer parâmetros diferenciados de tratamento. Tal tradição, que, num certo sentido, podemos considerar clássica em função de ter estabelecido as bases para a abordagem inicial dos limiares entre a normalidade e a patologia mental, também se sustenta. Contudo, trata-se de dois momentos que, apesar de suas particularidades, colocam-se de forma diametralmente oposta em relação ao tempo em que a categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento* é instituída no campo da Psiquiatria.

3.3 As investigações psicopatológicas quantitativas: o surgimento da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento e seus antecedentes

Fruto das alterações surgidas nas definições metodológicas e na abordagem dos fenômenos mentais é em meio a uma disseminação das classificações e do diagnóstico psiquiátrico que encontramos a emergência do conceito que dá origem à categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*, ao final da década de 80 do século XX (ou seja, cerca de 40 anos depois da descrição do autismo e da síndrome de Asperger e aproximadamente 79 anos após a descrição da síndrome de Heller).

Se o percurso teórico realizado até o presente momento nos forneceu o indicativo sobre as bases de construção destas entidades clínicas, mas ainda não nos ofertou a possibilidade de identificar quais são os fatores determinantes para a organização da categoria psicopatológica em questão, resta-nos manter em aberto o questionamento sobre como esta categoria emergiu na Psiquiatria e, novamente, relançar a pergunta em torno das bases de organização deste conceito. A leitura dos textos de Fernandes (2009) e Barreto (2010) nos dá

a indicação de que a relativa sincronia dos períodos anteriores termina cedendo lugar a uma forma particular de fazer a clínica psiquiátrica.

3.3.1 Descrição fenomenológica das entidades clínicas: implicações para o surgimento dos transtornos globais do desenvolvimento

As alterações que determinam esta nova forma de se fazer a clínica psiquiátrica, que passa a ser caracterizada principalmente por uma descrição fenomenológica das patologias mentais, podem ser identificadas em dois grandes grupamentos de motivos. O primeiro deles diz respeito a uma necessidade de se estabelecer parâmetros epidemiológicos para as doenças mentais, bem como a um questionamento à heterogeneidade da nosologia produzida pelas *investigações psicopatológicas clássicas* dos períodos anteriores. O segundo refere-se a uma crítica à linguagem utilizada para descrever e classificar as entidades clínicas que compunham as grandes síndromes mentais. Assim, as investigações psicopatológicas clássicas passaram a ser consideradas pelos psiquiatras da atual *Psiquiatria das Classificações Internacionais* como polissêmicas em demasia e, por isso, de difícil conjugação entre profissionais médicos e não-médicos responsáveis pelos cuidados de pacientes psiquiátricos. Paulatinamente, estabeleceu-se uma passagem das descrições e sistematizações nosológicas das *grandes síndromes mentais*, registradas nos manuais de Psiquiatria para uma descrição simplificada dos fenômenos identificados na descrição das entidades clínicas (FERNANDES, 2009; BARRETO, 2012).

Assim, os fenômenos mentais passaram a ser agrupados por ordem de semelhança e de ocorrência epidemiológica em categorias psiquiátricas, a partir do período compreendido entre 1948 e 1952. Estas datas são correspondentes às primeiras versões da *Classificação Internacional das Doenças – CID* e do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM*. Tais códigos classificatórios são elaborados, respectivamente, pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pela Associação Americana de Psiquiatria – APA e, desde as suas primeiras versões, recebem revisões constantes, sendo reeditados sucessivamente.

Ao longo de suas versões, estes códigos classificatórios promoveram uma simplificação na linguagem descritiva relativa às patologias mentais, que podemos considerar como sendo da ordem de um rebaixamento teórico. Contrariamente à tradição investigativa registrada nos manuais clássicos e modernos de Psiquiatria, o DSM, por exemplo, se estabeleceu como um “[...] glossário de descrições de categorias diagnósticas [...]” (APA,

2002, p.23), agregadas a partir de uma descrição puramente fenomenológica das entidades clínicas. Como efeito deste movimento, nas primeiras versões destes códigos classificatórios (da CID-1 à CID-9 e do DSM-I ao DSM-II), verifica-se a tentativa de redução no número de entidades clínicas e de todo o debate sustentado nos períodos investigativos anteriores em torno de sua formulação.

Como instrumentos classificatórios que operam em consonância, desde o surgimento do DSM-I⁴¹, datado de 1952, precedido da sexta revisão da CID – CID 6, de 1948, a revisão de um código, para validação nosológica de dada psicopatologia, implica necessariamente na revisão do outro. Mas, para que classificar os fenômenos mentais e agrupá-los buscando uma validação estatística? Como é realizada esta validação?

Assim como é apontado no manual *Psicopatologia da Infância e Adolescência*, de Jean Dumas (2011) - autor pertencente à atual tradição investigativa -, o que rege a descrição fenomenológica das entidades clínicas é a (antiga) busca pela precisão entre os critérios de normalidade e patologia das manifestações psíquicas. Este autor afirma que, na atual forma de se entender a classificação psiquiátrica, “[...] o normal e o patológico são separados por fronteiras estatísticas, normativas, desenvolvimentais e adaptativas, estabelecidas na prática, e que implicam sempre um julgamento social [...]” (DUMAS, 2011, p.13). Para tanto, de acordo com este autor, a definição da patologia mental - de adultos, de crianças e de adolescentes - é realizada a partir da observação do comportamento dos indivíduos, com vistas a se definir se tal comportamento é funcional do ponto de vista da adaptação social do indivíduo.

Objetiva-se com este tipo de classificação, que bane de sua observação qualquer vestígio da explicação psicodinâmica do fenômeno de adoecimento mental, a prestação de um serviço assistencial mais uniformizado e, em tese, mais efetivo (APA, 2002). Visa-se com este procedimento a verificação de conduções terapêuticas adaptativas dos comportamentos manifestos nas patologias, agregando estes fenômenos em *categorias* homogêneas e, supostamente, de fácil identificação por profissionais médicos e não médicos que lidam cotidianamente com o sofrimento mental. Assim, em suas várias versões, o DSM, juntamente à CID, podem ser definidos como sistemas classificatórios e diagnósticos que, sob o critério classificatório epidemiológico, descritivo dos fenômenos mentais, são agrupados a partir da

⁴¹ As duas primeiras versões destes códigos classificatórios, sobretudo o DSM, ainda apresentam-se firmadas sob os preceitos conceituais da Psicobiologia de Adolf Meyer, de acordo com o que podemos verificar nas páginas introdutórias do DSM IV-Tr (APA, 2002).

observação da incidência repetitiva de dado grupo de fenômenos semelhantes em entidades clínicas aleatórias.

Apesar de estas alterações configurarem um passo decisivo rumo a uma ruptura com as bases conceituais estruturadas até então no campo da Psiquiatria e, sendo assim, implicarem em uma redefinição de suas entidades clínicas, incluindo aquelas que pouco a pouco serão agrupadas sob as categorias dos transtornos globais do desenvolvimento, elas não foram consideradas suficientes para garantir aos psiquiatras ligados à atual tradição a almejada segurança para a definição dos diagnósticos nesta nova tradição investigativa em Psiquiatria. Sendo assim, os formuladores destes códigos classificatórios iniciaram um processo de revisão da CID-9 e do DSM-II, que introduziu mudanças substanciais e, até o presente momento, duradouras no sistema classificatório psiquiátrico (APA 2002).

3.3.2 DSM-III e DSM-III-R: o distúrbio difuso do desenvolvimento

Ao longo de suas revisões, sobretudo a partir da nona edição da CID - a CID-9, e da terceira edição revisada do DSM - o DSM-III, publicado em 1980, produziu-se um sistema classificatório que, além de buscar ser desprovido de qualquer referência em relação às teorias etiológicas para os distúrbios mentais, verificadas nas versões anteriores, buscou a introdução de um sistema diagnóstico denominado *multiaxial* (APA, 2002) ou de *família de classificações* (OMS, 2003).

Para os autores destes sistemas, eles delineiam bases classificatórias específicas que, em tese, auxiliarão a construção de critérios diagnósticos mais explícitos e mais seguros, tanto em relação às versões anteriores, quanto em relação aos manuais tradicionais de Psiquiatria. Isto porque eles se organizam a partir de eixos diagnósticos que pretendem agregar o maior volume de informações possíveis a respeito dos indivíduos (APA, 2002; OMS, 2003). Teme-se que, procedendo de outra maneira, alguma condição seja ignorada. Desta maneira, para seus autores, os sistemas classificatórios buscam facilitar “[...] uma avaliação abrangente e sistemática que contemple os vários transtornos mentais e condições médicas gerais, problemas psicossociais e ambientais e nível de funcionamento [...]” (APA, 2002).

Contudo, por razões que interessam a esta dissertação, aqui nos referiremos apenas ao sistema multiaxial inaugurado pelo DSM-III. Nele, as condições referidas acima constituem eixos específicos a serem identificados. Tais eixos são estabelecidos em número de cinco, sendo eles: eixo I (referido aos transtornos clínicos e a outras condições que venham a ser objeto da atenção clínica); eixo II (referido aos transtornos de personalidade, incluindo os

transtornos globais do desenvolvimento, e o retardo mental. Nele observa-se muitas vezes a determinação desta entidade clínica nos quadros de transtornos de personalidade, em uma clara sobredeterminação do déficit intelectual aos distúrbios mentais); eixo III (em que se observam as condições de saúde clínica geral dos indivíduos); eixo IV (pertinente aos problemas psicossociais e ambientais, os quais serão avaliados a partir da influência destas questões sobre o funcionamento global do indivíduo); e, finalmente, eixo V (da avaliação global de funcionamento, realizada sob uma escala métrica de funcionamento social, psicológico e social, em que serão observados dois componentes básicos: a gravidade dos sintomas e o grau de comprometimento adaptativo e funcional de determinado comportamento).

Michel Rutter (1997), ao comentar sobre a organização da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento, afirma que se o sistema multiaxial trouxe a inovação de dar mais segurança aos diagnósticos psiquiátricos. Em relação ao retardamento mental promoveu a desvantagem de, muitas vezes, atrelar aos quadros de sofrimento mental um déficit cognitivo. Este nos parece ser o caso da categoria psiquiátrica em questão nesta dissertação – *os transtornos globais do desenvolvimento*, a partir do momento em que seu surgimento remonta esta nova organização diagnóstica dada pelo DSM-III, determinando ao Autismo Infantil Precoce, à Síndrome de Asperger e à Síndrome de Heller uma nova classificação, a dos *distúrbios difusos do desenvolvimento* ou *distúrbios persuasivos do desenvolvimento* (KAPLAN; SADOCK, 1990), nomenclatura precursora da categoria em questão.

O que temos neste momento é a passagem classificatória do Autismo Infantil Precoce da categoria das esquizofrenias infantis para os distúrbios de desenvolvimento, juntamente com a síndrome de Heller, assim classificada desde a CID-9 (KAPLAN; SADOCK, 1992). Esta nova classificação recebe a influência das novas visões sobre o autismo, sobre as quais discorreremos neste capítulo, e instaura uma nova ordem de verificação das psicopatologias infantis.

Entretanto, os critérios definidos pelo grupo de formuladores deste código classificatório serão novamente considerados insuficientes e uma nova reformulação será realizada, determinando a organização do DSM-III-R, em 1987. Esta versão introduziu a noção de *transtornos mentais*, a qual determina que todo conjunto de fenômenos que possam ser atribuídos a determinada patologia mental passe a ser referido a uma *categoria de transtornos*. Por sua vez, a definição diagnóstica da categoria deve ser feita a partir dos eixos diagnósticos que a definem. Trata-se de uma leitura que não nos deixa dúvidas sobre o retorno da Psiquiatria a uma abordagem essencialmente médica, que busca abarcar o maior número de

variáveis na determinação das patologias mentais e em que as determinantes psicológicas outrora observadas com rigor serão colocadas em um mesmo nível valorativo das determinantes biológicas, quando não rebaixadas a estas.

Desta forma, no próprio DSM-IV-TR verifica-se que a noção de *transtornos mentais* não se define por se embasar em um conceito especial (APA, 2002) nem por oferecer uma estabilidade nas descrições dos fenômenos mentais, assim como verificado em períodos anteriores. Em relação a isto, podemos encontrar em Dumas (2011) o esclarecimento e a confirmação de que os transtornos mentais “[...] não são entidades nosológicas estáveis, mas desvios desenvolvimentais em evolução constante [em que] o patológico aparece com frequência como a evolução de um processo que, na origem, era normal” (DUMAS, 2011, p. 48).

É sob o prenúncio da noção de uma definição diagnóstica dita *categórica* e, sobretudo, de um novo enfoque etiológico dado ao autismo infantil precoce entre as décadas de 60 e 70 do século XX que a categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento* será estabelecida no campo da Psiquiatria das Classificações Internacionais. Afinal, de que se trata este novo enfoque ao autismo reiteradamente anunciado nesta dissertação?

3.3.2.1 *Décadas de 60 e 70 do século XX: a síndrome de Rett e as novas pesquisas sobre o autismo*

Antes de se estabelecer o enfoque vigente sobre o autismo, cabe destacar que a síndrome de Rett é a única das entidades clínicas pertencentes aos transtornos globais que possui uma descrição clínica originalmente contemporânea às investigações psicopatológicas quantitativas presentes nos códigos classificatórios da Psiquiatria das Classificações Internacionais. Foi descrita por Andreas Rett em 1966, mas somente reconhecida internacionalmente após um estudo detalhado de 35 meninas francesas, portuguesas e suecas publicado em 1983⁴² (HAGBERG et al., 1986 apud SCHWARTZMAN, 2003, p. 110). É considerada como um extremo da síndrome de Asperger, na medida em que sempre se faz acompanhar de graves quadros de retardamento mental. De acordo com Schwartzman (2003) em artigo sobre esta síndrome, Rett teria descrito a referida patologia considerando-a uma

⁴² AICARDI, J.; RAMOS, O.: Le syndrome de Rett: autisme, démence et ataxie d'évolution progressive chez la fille. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1986, n. 34, v. 5-6, p. 275-281.

“atrofia cerebral associada à hiperamonemia”⁴³, o que a qualifica como uma síndrome patológica do neurodesenvolvimento em que se verificam quatro fases de evolução da doença: i) estagnação do desenvolvimento infantil entre 6 e 18 meses com desaceleração do crescimento do perímetro craniano, isolamento e diminuição da interação social; ii) rápida e irreversível regressão psicomotora, em que predominam a perda da função praxica, além de fenômenos de irritabilidade e outros relacionados às manifestações do Autismo Infantil Precoce, sendo considerada uma síndrome cerebral; iii) um terceiro estágio em que se verifica uma falsa estagnação dos sintomas, podendo ocorrer inclusive melhora de alguns deles como o contato social, por exemplo; e, por fim, iv) uma deterioração motora tardia com observação de progressão paulatina de déficits motores, com presença de deformação óssea estrutural tal como a escoliose e, no campo cognitivo, severo retardo mental.

Já em relação ao Autismo Infantil Precoce, ocorre que, entre os anos 60 e 70 do século XX, a hipoteca relacional cunhada por Kanner (1976) a partir Bleuler (1985) como origem psicogênica desta entidade clínica foi suspensa pelas pesquisas e proposições sobre o autismo, realizadas por Michel Rutter⁴⁴ em 1968 e por Edward Ritvo⁴⁵ em 1969, tal como é possível ver assinalado por Eric Willian Sjöstedt Sweet (1997). Este autor estabelece um artigo em que defende as pesquisas que exaltam a existência de possíveis lesões anatomopatológicas em diversas regiões dos cérebros dos autistas, bem como sobre possíveis desajustes bioquímicos. Portanto, a partir das investigações psicopatológicas de cunho orgânico, promovidas sobretudo por Ritvo e referenciadas às pesquisas do primeiro período de constituição da Psiquiatria, determina-se uma nova visão sobre esta patologia.

Em Rutter (1993; 1997), verifica-se a defesa em torno de uma suposta inadequação classificatória do autismo no grupo das psicoses da infância, uma vez que na visão trazida por Kanner, haveria uma concepção errônea de que o autismo se desenvolveria em crianças previamente normais. Para o autor, o autismo trata-se antes de um distúrbio do desenvolvimento, o qual define a criação de “[...] uma classificação geral de patologias, das quais o autismo é apenas o exemplo mais significativo.” (RUTTER, 1997, p. 81). O autor considera, para tanto, que não há manifestações esquizofrênicas tão precoces quanto os fenômenos descritos no autismo, a partir do alheamento mental (RUTTER, 1997, p.81). A partir deste autor, é possível identificar também questionamentos em relação à etiologia

⁴³ RETT, A. Übere in elgenarties himatrophisches syndrom bei Hyperammonamie in Kindesalter. *Wein Me Wochenschr*, 1966, n. 116, p. 723-726.

⁴⁴ RUTTER, M. Concepts of autism: a review of research. *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 1968, n. 9, p. 1-25.

⁴⁵ RITVO, E.R.; ORNITZ, E.M.; EVIATOR, A. Decreased post rotatory nystagmus in early infantile autism. *Neurology*, 1969, n. 19, p. 653-658.

relacional e psicodinâmica representada pelas explicações e formas de intervenção defendidas pelos psicanalistas em detrimento da etiologia orgânica do autismo (RUTTER, 1993).

O que decorre dos questionamentos feitos por Ritvo e por Rutter é a retirada do Autismo Infantil Precoce do rol das esquizofrenias infantis (KANNER, 1976)⁴⁶. Portanto, ocorre uma nova classificação nosológica, que o retira do grupo das psicoses infantis para um ordenamento em que ele deixa de ser considerado um transtorno mental infantil e passa a ser considerado um transtorno do desenvolvimento (GAUDERER et al., 1993; RUTTER, 1997; KLIN, 2006). Tal classificação se define a partir de variáveis identificadas através dos eixos diagnósticos do sistema multiaxial estabelecido a partir do DSM-III (RUTTER, 1997), bem como das novas pesquisas empreendidas no campo da organicidade.

A suspensão promovida por estas pesquisas acarretou a defesa em torno de uma investigação psicopatológica aos moldes do modelo médico como a melhor forma de pesquisa e intervenção sobre a patologia em detrimento do modelo psicológico ou psicanalítico em que ele também foi gestado (RITVO, 1993; RUTTER, 1993, 1997). Desta forma, recolhem-se o relato de estudos de cunho anatomopatológico desenvolvidos por Ritvo em 1968 (SWEET, 1993), revelando a ausência de lesões em autistas considerados primários, e também os relatos em torno da presença de lesões em nível troncocerebral nos autistas com manifestações sintomáticas secundárias a algum déficit neurológico ou metabólico, levaram ao aprofundamento de pesquisas iniciadas antes mesmo de Ritvo (RIMBLAND, 1964; HUTT, HUTT et al., 1964-1965 apud SWEET, 1993) ou daquelas iniciadas concomitantemente à deste autor (RUTTER, 1968 apud SWEET, 1993).

Estas investigações ofereceram ao campo das investigações sobre o autismo diferentes abordagens da patologia, conforme pode ser verificado em artigo de revisão a respeito do autismo de autoria de Cleonice Bosa e Maria Callais (2000), também citadas na dissertação de mestrado de Vanessa Marroco (2012). Estas autoras afirmam que, a respeito dos modos de interação dos autistas, existem quatro grandes teorias explicativas concentradas, os quais poderiam ser identificados da seguinte maneira:

- a) as investigações psicanalíticas em torno da descrição do funcionamento mental e dos modos de relacionamento destas crianças, cujo fundamento, segundo as autoras, encontra-se nas investigações dos psicanalistas pós-freudianos, incentivados pelas pesquisas a respeito da psicose infantil;

⁴⁶ Trata-se aqui de uma referência à quarta edição em espanhol da obra *Psiquiatria*, de Leo Kanner (1976).

- b) as Teorias Afetivas, as quais se preocupam em explicar o autismo como uma disfunção afetiva inata que impede a interação emocional com os outros, o que levaria o autista a uma impossibilidade no reconhecimento dos estados mentais e a um prejuízo para abstrair e simbolizar;
- c) a Teoria da Mente, que significa a possibilidade de predição do comportamento do interlocutor a partir da capacidade de atribuição de estados mentais a ela;
- d) as Teorias Neuropsicológicas e de Processamento de Informação Cerebral, sobre as quais repousam em duas vertentes distintas: i) a das pesquisas em torno da função executiva do cérebro, surgida das pesquisas comparativas entre os cérebros dos autistas e os de indivíduos que apresentam disfunção cerebral ao nível do córtex pré-frontal e que atribui aos autistas um déficit orgânico subjacente (BOSA; CALLAIS, 2000, p. 12 apud MARROCO, 2012, p. 38) e ii) a das pesquisa em torno de uma coerência central, que busca conciliar as explicações deficitárias com as habilidades dos autistas, que se mantêm não só preservadas como podem se mostrar com possibilidades de funcionamento superior. Segundo as autoras, esta vertente de investigação recebe menos atenção da literatura (BOSA; CALLAIS, 2000, p. 12), assim como podemos constatar a partir das investigações realizadas por nós.

Observa-se que, no campo da Psiquiatria, estas correntes explicativas em torno do autismo também irão embasar as investigações a respeito dos demais transtornos globais do desenvolvimento. Verifica-se nos autores anteriormente referidos para identificar as nomenclaturas e os conceitos definidores dos transtornos globais do desenvolvimento uma tendência em realizar uma investigação a respeito desta categoria, sobretudo em torno das teorias relativas aos itens “c” e “d” supracitados, cuja representação se faz em torno da corrente defensora da ausência, no autismo e nos demais transtornos globais do desenvolvimento, de déficits orgânicos significativos e de uma Teoria da Mente.

Diante destas informações, verificamos que parte das investigações a respeito do autismo atualmente se sustenta em explicações de cunho orgânico e deficitário de diversas ordens, tais como as síndromes genéticas (cujo exemplo mais citado é a síndrome do X-Frágil), as síndromes alimentares, metabólicas e neurológicas, tanto para o autismo quanto para as demais entidades clínicas que compõem os *transtornos globais do desenvolvimento*. Este conjunto de fatores define um campo etiológico que ainda é considerado por Sadock; Sadock (2011) como não totalmente explicado, mas que rechaça a classificação do autismo e de outras entidades clínicas como psicoses de incidência precoce.

O contrário desta proposição pode ser encontrado em outro código classificatório, *Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente - CFTMEA R-2000*⁴⁷ e segundo o que pode ser identificado em Misés et al. (2002) a respeito da classificação do autismo. Assim como ocorre nos documentos legais da Educação Especial Inclusiva brasileira (BRASIL, 2008; 2009), tal classificação, de cunho estruturalista, é desconsiderada por boa parte dos autores ligados à tradição da *Psiquiatria das Classificações Internacionais* em função dos novos pressupostos clínicos instituídos pelas investigações psicopatológicas quantitativas ao autismo.

Destaca-se que as pesquisas a respeito do autismo desenvolvidas a partir da década de 70 do século XX também receberam também influência dos estudos da psiquiatra inglesa Lorna Wing (1928-) que agrupou a série variada de fenômenos apresentados pelos autistas em três grupos delimitados, sendo eles: i) manifestações que dizem respeito à interação social, ii) manifestações relacionadas à comunicação social e, iii) manifestações de padrões repetitivos de atividade (WING, 1997). Desta forma, o conceito de autismo passou a ser referido à noção de *contínuo* ou espectro autista (WING, 1997) que, por sua vez, influenciou a concepção da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento ao final da década de 80. Agrupados, os fenômenos passaram a servir ao diagnóstico diferencial entre o autismo e as manifestações normais a algumas fases do desenvolvimento infantil e entre o autismo e outras patologias infantis que, em certo sentido, são consideradas limítrofes, por apresentarem o mesmo quadro de manifestações fenomenológicas. Deste rol, destacam-se a síndrome de Asperger, a síndrome de Heller, a síndrome de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2002), além do transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados e dos Outros transtornos globais do desenvolvimento (OMS, 2003).

Agrupadas por suas características fenomenológicas, estas entidades clínicas e suas manifestações definem o que Wing (1997) apresenta como um *contínuo do autismo*, ou uma gradação contínua das características fenomenológicas do autismo, as quais são agrupadas em termos de transtornos que podem aparecer “[...] listadas da mais grave para a mais branda [...]” (WING, 1997, p.111). Schwartzman (2012) julga que a noção introduzida por Wing dá margem à identificação correta das disfunções qualitativas existentes nos quadros de autismo

⁴⁷ Também consultado no site http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1a.html, com último acesso em 25 de junho de 2012. Esta classificação considera as entidades clínicas que compõem os *transtornos globais do desenvolvimento* como patologias de natureza psicótica, de incidência precoce. Basicamente, divide estas entidades entre as manifestações do Autismo Infantil Precoce e o que consideram ser manifestações de “desarmonia psicótica” e “psicoses deficitárias”.

e nos quadros a ele relacionados, pois revelam algumas características descritivas desta patologia sem, no entanto, configurarem quadros etiológicos idênticos a ele. O que decorre especificamente desta proposição é a conjunção de cinco entidades clínicas estruturalmente diversas – autismo infantil precoce, síndrome de Asperger, síndrome de Heller, síndrome de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação -, mas que, em função da similaridade de fenômenos apresentados por elas e da referência ao autismo, bem como em função de certo entendimento etiológico relativamente comum em torno delas, passarão a ser classificadas em uma mesma categoria: a dos *transtornos globais do desenvolvimento*.

Destaca-se que a entrada de cada uma dessas patologias para a referida categoria obedece essencialmente aos critérios de validação epidemiológica impostos pelos códigos classificatórios americanos e apresentam um histórico cronológico diferenciado. Consta-se que a Síndrome de Heller estará presente nos códigos classificatórios desde a CID-9, sob a nomenclatura de *psicose desintegrativa da infância* (KAPLAN; SADOCK, 1992; DUMAS, 2011). O Autismo Infantil Precoce passou a figurar de forma destacada no grupo dos *distúrbios persuasivos do desenvolvimento*⁴⁸ no DSM-III-R, ao passo que a síndrome de Asperger somente será validada em 1990, após a instituição da CID-10 (DUMAS, 2011). Já a síndrome de Rett será validada nas atuais versões dos códigos classificatórios (APA, 2002; OMS, 2003). Em relação aos *transtornos globais do desenvolvimento* (APA, 2002; OMS, 2003), ditos até o DSM-III-R (APA, 1987) como *distúrbios persuasivos do desenvolvimento* (KAPLAN; SADOCK, 1992), estas alterações não nos permitem afirmar sobre o momento exato da passagem de uma nomenclatura a outra, já que mesmo no DSM-IV (APA, 1995)⁴⁹, precursor do DSM-IV-TR, a categoria pode ser encontrada com a mesma nomeação atual.

No entanto, observa-se uma tentativa de homogeneização discursiva ao longo desta trajetória de alterações conceituais, terminológicas e epistemológicas promovidas pela instauração das diversas versões dos códigos classificatórios. Considera-se que, com isto, buscou-se homogeneizar a clássica heterogeneidade com que a Psiquiatria se firmou (FERNANDES, 2009; BARRETO, 2010), agregando para tanto novos valores conceituais que, como podemos perceber, alteraram não só designação das entidades clínicas mas a própria a essência destas entidades, descritas no corpo das investigações psicopatológicas tradicionais.

⁴⁸ Termo correspondente à tradução para o inglês do conceito *transtornos globais do desenvolvimento* e utilizado desta maneira com certa frequência pelos autores.

⁴⁹ Trata-se da versão em língua espanhola deste código, em que o termo espanhol *transtornos generalizados del desarrollo* pode ser entendido como *transtornos globais do desenvolvimento*, em tradução livre feita pela autora.

Entretanto, observa-se que a *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, ao retirar do seu escopo classificatório as referências conceituais com que as descrições psicopatológicas se estruturaram de forma rigorosa, sob a característica de “entidades estáveis”, assim como é nomeado por Bercherie (1989). Tal como se pode verificar em Fernandes (2009), a alteração das balizas diagnósticas e classificatórias do referido período promoveu uma proliferação de nomenclaturas, as quais tendem a se alterar a cada suposta necessidade de validação empírica e epidemiológica do fenômeno observado no comportamento humano.

Diante destas considerações, quais são as definições dadas atualmente para os transtornos do desenvolvimento infantil?

3.3.3 CID-10, DSM-IV-TR e seus seguidores: a Babel das definições e das abordagens aos transtornos globais do desenvolvimento

Ao procedermos à investigação histórica em torno da constituição do conceito de *transtornos globais do desenvolvimento*, verificamos que ele termina se organizando em torno da definição da noção de *transtornos mentais*, o que, em tese, o ligaria a um terreno estritamente psicopatológico e referido ao campo do adoecimento mental. Contudo, no caso da categoria em questão, o fator cronológico é determinante para sua definição, instituída a partir de uma incidência precoce, logo na primeira infância (APA, 1995). É tal critério que, de certa forma, os faz distanciar da noção de transtornos psicopatológicos para se aproximar de uma noção referida à uma desordem global do desenvolvimento infantil, assim como explicita Dumas (2011). Portanto, é sob esta ordem cronológica que encontramos os transtornos globais do desenvolvimento agrupados nos códigos classificatórios atuais, bem como a partir de um critério que remonta as redefinições do autismo infantil precoce, feitas a partir das décadas de 60 e 70.

No DSM-IV-TR, encontramos os transtornos globais do desenvolvimento incluídos na sessão que trata sobre os *transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência*. Sendo assim, a definição dos transtornos globais do desenvolvimento é encontrada no DSM-IV-TR pela caracterização de

[...] um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. (APA, 2002, p. 98)

Segundo os autores deste código classificatório, o agrupamento de transtornos com ocorrência na primeira infância em uma categoria abrangente, incluindo os transtornos globais do desenvolvimento, é justificado por razões práticas em termos de diagnóstico e não por pretender “[...] sugerir a existência de qualquer distinção clara entre transtornos ‘da infância’ e ‘da idade adulta’” (APA, 2002, p.72). A única exceção a esta orientação parece ser colocada ao lado dos transtornos globais do desenvolvimento, pois ao observarmos a descrição dada a cada uma das entidades clínicas que os compõem salta aos olhos a determinação para a observância de um critério cronológico para a identificação de cada uma das patologias.

Já na CID-10, os transtornos globais do desenvolvimento encontram-se definidos como sendo um

[...] grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesse e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. (OMS, 2003, p. 367)

Sendo assim, a organização das patologias que compõem os transtornos globais do desenvolvimento sob a definição acima colocada determina que, no referido código classificatório, tais transtornos sejam recobertos pela grande categoria dos *transtornos do desenvolvimento psicológico*. Por sua vez, estas patologias são identificadas por possuírem três condições em comum, quer sejam: i) serem iniciados obrigatoriamente na primeira ou na segunda infância, referendando assim a determinação cronológica estabelecida no DSM-IV-TR (APA, 2002) e visando claramente a separar estes transtornos da compreensão sobre o período de incidência das esquizofrenias infantis, consideradas pelos teóricos da atual tradição de investigação psicopatológica como tendo uma incidência apenas tardia no curso de vida das crianças (RUTTER, 1997; SADOCK; SADOCK, 2011); ii) comprometerem ou retardarem o desenvolvimento de funções ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central, a nosso ver evocando claramente as teorias orgânicas e desenvolvimentais que sustentaram a ruptura do autismo com o campo das esquizofrenias infantis referidas anteriormente e; iii) apresentarem evoluções contínuas e progressivas, remontando ao critério desenvolvimentista da patologia. Observa-se que, em certa medida, estas definições remontam também aos três critérios estabelecidos por Wing (1997) para o diagnóstico do autismo e de seu *contínuo*.

Em relação ao critério cronológico, verifica-se no DSM-IV-TR a recomendação de que o autismo infantil precoce seja identificado preferencialmente antes dos três anos de

idade, a bem de uma intervenção igualmente precoce. Em relação à síndrome de Asperger, afirmam que sua identificação costuma ser realizada por volta dos cinco anos de idade da criança, normalmente quando de sua entrada para a vida escolar, quando os sintomas de desajustamento social costumam ficar mais evidenciados. E em relação às duas síndromes degenerativas, Heller e Rett, a identificação dos primeiros sinais comumente são feitas após um período de desenvolvimento normal da criança. Em Heller, constata-se este quadro de normalidade até o segundo ano e, em Rett, entre o primeiro e segundo anos (APA, 2002).

O transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação – TGD/SOE (APA, 2002) é uma categoria residual em relação a qualquer outro transtorno específico, para a qual não se observa critério cronológico específico. Ressalta-se que esta classificação de “sem outra especificação” ocorre quando se identifica a presença de uma gama de fenômenos que se referem à categoria patológica, mas que nem todos eles apresentam-se em número suficiente para definir o diagnóstico da criança em uma das entidades clínicas que compõem os transtornos globais do desenvolvimento.

Desta forma, em termos comparativos, as definições estabelecidas para os transtornos globais do desenvolvimento nos dois códigos classificatórios referidos nesta dissertação expressam o mesmo valor qualitativo. Apontam para a desordem de algumas funções do desenvolvimento infantil, estabelecidas a partir do deslocamento dos fenômenos mentais referidos a uma ordem psicopatológica para a ordem de transtornos do desenvolvimento, cujo modelo primordial centra-se no conceito de espectro do autismo (WING, 1997). Contudo, se conceitualmente é possível observar nestes dois códigos classificatórios consonâncias entre as definições da categoria de transtornos globais do desenvolvimento, o mesmo não pode ser dito em relação às entidades clínicas que a compõem. Na CID-10, por exemplo, os transtornos globais do desenvolvimento são identificados pelas mesmas entidades clínicas verificadas no DSM-IV-TR, porém acrescidos das entidades clínicas do *autismo atípico*, do *transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados*, e de entidade residual de *outros transtornos globais do desenvolvimento* (APA 2002, OMS, 2003). Estas outras entidades clínicas também não estão presentes no DSM-IV-TR, assim como pode ser verificado no quadro localizado na página a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 – Quadro comparativo de denominações de entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento (CID-10 e DSM IV-TR)

<i>Denominações dadas às entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento na CID-10</i>	<i>Denominações dadas às entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento no DSM-IV-TR</i>
Autismo Infantil	Transtorno Autista
Síndrome de Rett	Transtorno de Rett
Outro transtorno desintegrativo da infância	Transtorno desintegrativo da infância
Síndrome de Asperger	Transtorno de Asperger
Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação – TGD SOE	Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação –TGD SOE (incluindo autismo atípico)
Autismo atípico	-
Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental	-
Outros transtornos globais do desenvolvimento	-

Observa-se, então, uma proliferação de nomenclaturas que, à primeira vista, não apresenta correspondência imediata entre um termo e outro, sobretudo no que se refere à identificação do transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação – TDG SOE - pelo DSM-IV-TR, que passa a agregar o autismo atípico, colocado como entidade clínica particular na CID-10. Também se torna interessante verificar na literatura consultada a respeito dos transtornos globais do desenvolvimento uma produção que, ao estabelecer discussões a respeito deste transtorno, o faz em referência ao Autismo Infantil Precoce, em uma vertente investigativa e explicativa bastante peculiar.

Desde o *Compêndio de Psiquiatria* de Kaplan e Sadock, em sua segunda edição, datada de 1990, quando a nomenclatura utilizada para designar o que hoje conhecemos como transtorno global do desenvolvimento era *distúrbios difusos do desenvolvimento* ou *distúrbios persuasivos do desenvolvimento*, em referência ao DSM-III e ao DSM-III-R, até chegar a autores como Jean Dumas (2011) e Benjamin Sadock e Virgínia Sadock (2011), passando pelas obras Francisco Assumpção Júnior e Eliana Curátolo (2004) e de Dorothy Stubbe (2008), a descrição dos *transtornos globais do desenvolvimento* se faz a partir das pesquisas sobre o critérios diagnósticos (WING, 1997) e etiológicos do autismo (SWEET, 1993). Esta variação de abordagem estabelece para este transtorno designações diversas, fundamentadas em bases etiológicas diversas, mas relativamente homogêneas.

Desta maneira, encontramos não só um guia prático de psiquiatria infantil de autoria de Assumpção Jr.; Curátolo (2004) para a apresentação dos critérios descritivos para o diagnóstico do autismo infantil precoce, bem como apenas uma breve referência à definição

de transtornos globais do desenvolvimento, realizada aos moldes da CID-10. No que tange ao autismo, base sobre a qual esses autores irão discorrer sobre o que eles denominam *transtornos abrangentes do desenvolvimento*, destacam-lhe o caráter deficitário ao afirmarem ser uma síndrome comportamental, “caracterizada por alterações no comportamento e por déficits na interação social e na linguagem” (ASSUMPÇÃO JÚNIOR; CURÁTOLO, 2004, p. 17). A partir do estabelecimento desta definição, os autores passam às breves apresentações descritivas das demais entidades clínicas que compõem o referido transtorno e à explanação sobre os cuidados terapêuticos necessários para com as crianças acometidas por estas patologias, centrando seus esforços no direcionamento de terapias medicamentosas e na necessidade de uma educação especial em classes ou escolas especializadas, em que o método Teacch⁵⁰ seja aplicado. Trata-se de um método para desenvolvimento das habilidades comunicativas das crianças autistas e de demais crianças com *transtornos globais do desenvolvimento* e cujo modelo é inspirado métodos cognitivo-comportamentais, que objetivam “[...] propiciar um desenvolvimento adequado com as possibilidades e a faixa etária do paciente, funcionalidade, independência e integração das prioridades família-programa”⁵¹ (LEWIS, 1995 apud ASSUMPÇÃO JÚNIOR; CURÁTOLO, 2004, p. 24).

Verifica-se assim, a indicação realizada por Bosa; Callais (2000) e por Marroco (2012) sobre as estratégias metodológicas de abordagem predominantes para o tratamento do *autismo*.

Stubbe (2008) em uma obra dedicada à psiquiatria da infância e adolescência, refere-se aos transtornos globais do desenvolvimento também como *transtornos do espectro autista*, definindo-os a partir da referência ao conceito introduzido por Wing (1997). Para tanto, considera variáveis referentes ao nível de comprometimento e de incapacidade apresentada por cada pessoa acometida pela patologia. Para a autora, o ponto central destes transtornos não está tanto na questão do desenvolvimento cognitivo, considerado por ela como uma comorbidade aos transtornos, mas na forma de relacionamento e no desenvolvimento social, considerados como anormais. Assim como os outros autores aqui citados e relacionados à tradição investigativa da *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, a autora estabelece critérios etiológicos de ordem orgânica para os transtornos globais do desenvolvimento, agrupando-os em déficits de ordem hereditária relativos à transmissão genética associada a síndromes tais como a síndrome do X-frágil. Em relação a esta síndrome, é preciso destacar

⁵⁰ WATSON, L.R. et alli. *Teaching spontaneous communication to autistic and developmentally handicapped children*. Nova York: Irvington, 1989.

⁵¹ LEWIS, M. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

que se trata de uma síndrome cromossômica, ligada ao cromossomo X e que, de acordo com Fischer et al. (1997) “[...] causa problemas intelectuais, variando desde a lentidão para a aprendizagem até um retardo mental severo. Esta é a primeira doença conhecida de causa genética hereditária, ligada ao retardo mental.” (FISCHER et al., 1997, p. 177). Mais recentemente, tem-se verificado argumentações que relacionam a síndrome do X-frágil às causas do autismo, bem como a esclerose tuberosa aos déficits causados por modificações precoces do desenvolvimento embrionário, causadas por infecções, toxinas ou uso abusivo de drogas (SADOCK; SADOCK, 2011). Estabelecem-se ainda correlações etiológicas a deficiências anatomopatológicas e a anormalidades no fluxo de neurotransmissores. Em relação ao tratamento do autismo, Sadock; Sadock (2011), por exemplo, definem como parâmetro de sucesso um tratamento que alie várias frentes de intervenção, tais como a frente médica com intervenções medicamentosas e a frente educativa, claramente fundada sob bases cognitivo-comportamentais, aliada à constante intervenção familiar.

A respeito do tratamento para a Síndrome do X-Frágil, localiza-se em Fischer (1997) basicamente as mesmas recomendações feitas por Sadock; Sadock (2011) a respeito do tratamento do autismo. Destaca-se a recomendação de colocação da criança em salas de Educação Especial e de que ela esteja inserida juntamente com um número reduzido de crianças. No caso de inseri-la em uma escola regular, os autores recomendam que se verifique o apoio acadêmico apropriado. Neste caso, a recomendação da autora se coloca em torno do direcionamento da criança a um contexto estruturado em que sejam direcionadas atividades que objetivem a estimulação visual. Trata-se aqui de referências explícitas a uma investigação psicopatológica marcada pela organicidade, bem como uma equiparação do autismo a um índice de déficit cognitivo que, se não deixa de ser real, torna-se necessário levar em consideração a generalização de tal índice a partir da perspectiva conceitual de alguns autores.

Em Sadock; Sadock (2011), encontramos a mesma conceituação dada pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) para os transtornos globais do desenvolvimento. Sendo assim, a definição ofertada pelos autores também se encontra embasada em uma descrição fenomenológica destas patologias, que, de certa forma, pode estar presente em qualquer uma das entidades clínicas que os compõem. Encontramos também uma explicação etiológica em que as referências são variáveis, mas que encontram sua interseção, sobretudo, nos déficits orgânicos e neurológicos. Desta forma, assim como em outros autores da *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, as justificativas etiológicas elencadas, Sadock; Sadock (2011) estabelecem critérios funcionais deficitários num esforço de repelir a etiologia relacional e psicogenética, buscando nas explicações orgânicas deficitárias as justificativas para os desajustes relacionais,

comportamentais e atitudinais das crianças (SADOCK; SADOCK, 2011), principalmente as autistas. Entretanto, mesmo neste esforço para definir as causas das patologias que compõem os transtornos, referindo-as de forma generalizada aos déficits orgânicos, estes autores são categóricos em afirmar que as causas para as demais entidades clínicas – as síndromes de Rett, Heller e Asperger - é ainda desconhecida. Para os TGD-SOE, Sadock; Sadock (2011) não estabelecem qualquer hipótese etiológica. Em termos de tratamento, indicam para todas as entidades clínicas que compõem os transtornos globais do desenvolvimento uma mesma modalidade de intervenção: a indicação medicamentosa para contenção das manifestações sintomáticas e medidas educativas organizadas a partir de treinamentos realizados em sala de aula estruturada “[...] em combinação de métodos comportamentais” (SADOCK; SADOCK, 2011, p. 84), a fim de que estas crianças e jovens possam ser treinadas em rotinas e cuidados pessoais, passíveis de serem realizadas com os autistas. Estes autores desabonam a utilização de outros tipos de intervenções terapêuticas, sobretudo as de base psicanalítica, para os autistas que apresentam retardo mental, mas as recomendam para as crianças classificadas nos TGD-SOE por apresentarem melhor capacidade cognitiva. Repetem os pressupostos de Rutter (1993) que, em oposição à Psicanálise, defende as intervenções terapêuticas mais eficazes serem as de base cognitiva e medicamentosa e, desta forma, não oferecem chances ao leitor de apreciar a validade de outras formas de intervenção.

Por sua vez, autores brasileiros, tais como Marcos Mercadante, Rutger J Van der Gaag e José S. Schwartzman (2006), também classificam as patologias agrupadas sob o conceito de *espectro autista* como *transtornos invasivos do desenvolvimento não autísticos*, como tentativa de dar melhor contorno conceitual ao *transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação*, pois consideram que, ao lado desta entidade clínica, têm sido colocadas outras categorias psiquiátricas com o objetivo de subdividir o TGD-SOE, o qual é considerado pelos autores aqui referenciados como um grande impasse para o campo da Psiquiatria Infantil contemporânea.

Esta constatação se configura como uma questão importante para a classificação dos pacientes como público específico de inclusão escolar, pois, a se pensar nas dificuldades diagnósticas que envolvem esta entidade clínica, tanto as crianças apontadas a partir de um diagnóstico de TGD-SOE quanto outras psicopatologias que estejam na forma do alcance conceitual de um transtorno global do desenvolvimento podem receber a designação de “aluno de inclusão escolar”.

Além destas características identificadas nestes textos, pode-se dizer que, de modo geral, a literatura mais recentemente produzida a respeito dos transtornos globais do

desenvolvimento também repete as bases estabelecidas pelos autores aqui referenciados. Tal transferência de critérios diagnósticos e propedêuticos do autismo para os transtornos globais do desenvolvimento é o que identificamos nos textos de Leblond et al. (2012), Patterson; Smith; Jelen (2012) e de Nazzer; Ghaziuddin (2012). Estes autores muitas vezes definem os transtornos globais do desenvolvimento como um conjunto de transtornos do neurodesenvolvimento e como *espectros do autismo*, reconhecendo nas entidades clínicas reunidas sob este conceito certas dificuldades diagnósticas, sobretudo em relação ao próprio Autismo Infantil Precoce (NAZEER; GHAZIUDDIN, 2012).

Logo, a partir das definições dadas pelos códigos classificatórios e da revisão de literatura aqui apresentada, verifica-se certa unicidade em torno das justificativas etiológicas de cunho orgânico que trazem para a definição dos transtornos globais do desenvolvimento um conceito em que podemos ver associado à herança dogmática do primeiro período de organização da Psiquiatria. Trata-se do cérebro como *locus* e origem dos processos mentais superiores, a partir do qual há a supremacia da explicação etiológica em torno dos déficits da cognição em detrimento da dimensão afetiva, tal como nos indicava Fernandes (2009) a respeito da herança das primeiras investigações anatomopatológicas. Esta visão faz com que a condução terapêutica seja referida a uma ação adaptativa dos comportamentos, a partir de uma abordagem cognitiva dos comportamentos desviantes, que mormente requer a escola como espaço privilegiado para cumprir com o objetivo adaptativo. Nota-se aqui a convocação da dimensão educacional, salientada no capítulo anterior, dessa vez para dar conta do tratamento das crianças classificadas a partir da categoria psiquiátrica de transtornos globais do desenvolvimento. Para tanto, a medicalização dos sintomas e a escolarização, realizada preferencialmente em escolas e classes especiais e através de métodos específicos, são apontados como a principal saída.

Desta forma, os autores pertencentes à atual tradição investigativa quantitativa centram suas explicações a respeito das entidades clínicas que compõem os transtornos globais do desenvolvimento em índices deficitários, determinados, sobretudo, em questões de cunho neurológico, em uma leitura em que podemos averiguar a equiparação dogmática salientada por Fernandes (2009) a respeito da equiparação entre mente e cérebro. Para os autores pertencentes à tradição das investigações psicopatológicas atuais, tais índices deficitários justificam os desajustes cognitivos e comportamentais experimentados, que acabam recebendo a indicação de serem corrigidos, modalizados ou mesmo extintos do comportamento a bem da adaptação da criança ao meio (ASSUMPCÃO JÚNIOR; CURÁTOLO, 2004; KLIN, 2006; MERCADANTE, 2006; SADOCK; SADOCK, 2011).

Destaca-se que, ao mesmo tempo em que encontramos, a partir dos autores aqui referidos, um discurso relativamente unívoco em relação à etiologia e à condução terapêutica, também encontramos uma pluralidade de expressões e nomenclaturas utilizadas para designar e circunscrever conceitualmente esta categoria, em um terreno classificatório que se quis homogêneo, mas que se revela polissêmico. Portanto, temos um campo conceitual que, apesar de resguardar confluência no que diz respeito às explicações etiológicas, desdobra-se em termos e nomenclaturas para designar os fenômenos observados. Prova disso é justamente as nomenclaturas utilizadas identificar as entidades clínicas que as compõem, bem como os adjetivos escolhidos pelos autores ligados à tradição investigativa quantitativa da pesquisa psicopatológica.

Os adjetivos “global”, “invasivos” e “abrangentes”, ou o seu contraponto determinado pela adjetivação de “não invasivos” (MERCADANTE et al., 2006) designam uma gama de fenômenos sob os quais a proliferação de nomeações verificadas parece dizer do reflexo de um campo conceitual que, longe de se ver homogêneo, ainda encontra dificuldades para circunscrever as patologias mentais infantis, lançando mão de uma diversidade de nomeações.

A este respeito, encontramos na psicanalista Andrea Kindgard⁵² (1997), citada por Pimenta (2003), a assertiva quanto à fragilidade existente nas classificações internacionais atuais em relação aos conceitos que estruturaram as entidades clínicas com que trabalham. Apesar de reconhecer que a clínica não pode prescindir de um sistema classificatório, a autora alega que, na medida em que se privilegiam critérios desenvolvimentistas na organização nosológica clínica em detrimento da estrutura subjetiva, tende-se a chegar a uma “[...] redução da patologia a uma enumeração de comportamentos desviados [que] sugere uma fixação dessa patologia que não coincide com a realidade clínica, mais dinâmica e evolutiva” (PIMENTA, 2003, p. 39). A autora destaca que entre as classificações do DSM e da CID, bem como entre estes e a classificação francesa – a CFTMEA R-2000, desconsiderada por praticamente todos os autores aqui referenciados, à exceção de Marcelli; Cohen (2010) e de Dumas (2011), há diferenças nas nomeações das entidades clínicas dos transtornos globais do desenvolvimento.

Desta forma, das injunções e disjunções conceituais envolvendo a classificação do autismo infantil precoce, emerge um conceito em que se verifica a presença de um campo semântico que, longe de permitir encontrar confluências diretas entre os termos, apresenta-se ao leigo como uma Babel de sentidos. Nesta seara, o fio condutor possível de criar uma mínima unidade conceitual somente pode ser encontrado na literatura especializada a respeito

⁵² KINDGARD, A. Presencia del autismo en las clasificaciones psiquiátricas norteamericana y francesa. *El Caldero de la Escuela*, 1997, n. 53, p. 11-14.

da etiologia do autismo. Entretanto, mesmo entre os autores pertencentes à tradição investigativa quantitativa, a organização nosológica dos transtornos globais do desenvolvimento recebe críticas e observações que consideramos ser pertinentes de serem destacadas. É o caso dos comentários tecidos por Dumas (2011) a respeito da categoria e sobre os quais, por uma vertente epistemológica distinta, encontramos ecos nas considerações de Tendlarz (1997) a respeito do autismo e das psicoses infantis.

3.3.4 Outras visões sobre os transtornos globais do desenvolvimento: duas críticas ao conceito categórico

A abordagem de Dumas (2011) aos transtornos globais do desenvolvimento alinha-se à corrente de investigação de cunho neuropsicológico em torno do autismo salientada por outros autores e que faz referências ao cérebro humano como fonte dos distúrbios psíquicos ora apresentados, inclusive aqueles que dizem respeito ao desenvolvimento. Contudo, apesar de realizar uma leitura equivalente à destes autores, verifica-se em Dumas (2011) um posicionamento crítico que não se observa na produção dos outros, uma vez que eles apresentam a preocupação em fornecer dados descritivos sobre os transtornos globais do desenvolvimento e sobre as entidades clínicas que os compõem, a partir da contingência do conceito de *espectro* ou *contínuo do autismo*.

A primeira crítica estabelecida por Dumas (2011) refere-se ao reconhecimento de que a noção de *transtornos invasivos do desenvolvimento* e, portanto, de transtornos globais do desenvolvimento é vaga, pois, em sua avaliação, os limites diagnósticos estabelecidos entre cada entidade clínica “[...] são imprecisos” (DUMAS, 2011, p. 133).

Esta imprecisão, colocada a partir da definição do conceito, transfere-se para a ordem do diagnóstico e termina salientada pelos consultores técnicos da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação a respeito das dificuldades em diagnosticar e manejar, por exemplo, com a inclusão de alunos com síndrome de Heller. Contudo, ao invés de voltar sua análise para a própria característica do conceito de *transtorno mental* a que se vincula a categoria, considerado instável até mesmo pelos autores dos códigos classificatórios (APA, 2002; OMS, 2003), o autor atribui esta imprecisão à ausência de consolidação nos critérios de validação científica para a síndrome de Asperger e o transtorno desintegrativo da infância / síndrome de Heller, bem como para a síndrome de Rett.

A nosso ver, colocando a questão sob estes termos, Dumas (2011) perde a oportunidade de aprofundá-la e de estabelecer uma conexão com outro questionamento

levantado por ele mesmo a respeito da categoria, o qual nós consideramos ser bastante pertinente. Trata-se da observação do autor em torno da existência de uma dicotomia e de uma fragmentação entre o que ele considera serem danos neurológicos e psicológicos presentes na conceituação da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento. Em vista do que é definido por outros autores, não se trata aqui de negar uma dimensão em vista da outra. Entretanto, ao contrário dos demais, Dumas afirma que é necessário estabelecer maior integração entre estas noções – neurológica e psicológica, a bem de se compreender melhor a categoria. De fato, não se trata de negar as dificuldades e os quadros orgânicos que determinam algumas das patologias apresentadas nos transtornos globais do desenvolvimento. Algumas patologias têm, sim, uma sobredeterminação orgânica, tal como ocorre em alguns quadros de autismo ocasionado por síndrome do X-frágil ou nos quadros de síndrome de Heller ou de síndrome de Rett. Contudo, parece-nos que reservar de forma generalizada a toda a categoria apenas uma explicação orgânica de fato imprime ao campo certa inconsistência teórica, tal como é salientado pelo autor, além de promover uma visão restrita em relação a estes indivíduos. Que visão seria esta?

Em suas pontuações, Dumas (2011) remete-se à observação de que a maioria dos critérios utilizados pelo DSM-IV-TR para definir, por exemplo, o autismo, refere-se à criança como alguém incapaz, em atraso, ou em déficit em relação a alguma função essencial do desenvolvimento. Continuando suas observações, o autor pontua que, na definição dos transtornos invasivos do desenvolvimento, observada no DSM-IV-TR e, portanto, na definição dos transtornos globais do desenvolvimento, ainda há a predominância de uma eleição pelo que ele considera, juntamente com Bullinger (2001 apud DUMAS, 2011, p.133), ser “o lado negativo”. De acordo com o autor,

Sabe-se muito mais sobre o que as crianças com transtornos não conseguem do que sobre o que elas fazem realmente, seja da maneira daquelas sem dificuldade, seja de maneira diferente [...] Mesmo que aumentasse a confiabilidade de um diagnóstico, sua utilidade é menor quando é necessário compreender justamente a forma como essas crianças se comportam a fim de, com discernimento, vir em sua ajuda. (DUMAS, 2011, p.133)

A nosso ver, de todas as observações e críticas estabelecidas por Dumas (2011), a observação transcrita acima é a mais pontual e pertinente. Salieta um posicionamento um tanto quanto mais crítico em relação aos autores que se guiam por uma classificação descritiva dos transtornos, revelando uma realidade que permanece intocada na literatura produzida a partir das investigações psicopatológicas quantitativas, donde se conclui que, para ele, as dificuldades localizadas estão no cerne mesmo da definição conceitual da categoria.

Desta forma, acreditamos que a psicanalista Tendlarz (1997), mesmo que por uma vertente epistemológica oposta a Dumas e por outros caminhos, realiza questionamentos de valor bastante aproximado aos deste autor. Em sua obra, dedicada a discutir o sofrimento mental infantil tomando a gênese da psicose infantil e do autismo como modelos paradigmáticos, a autora afirma que a dificuldade atual em relação à abordagem destas duas dimensões psicopatológicas da clínica psiquiátrica infantil reside nas classificações feitas pelos códigos classificatórios, em que o

[...] imbricamento do autismo e as perturbações autísticas comportamentais vão no sentido de apagar a especificidade da estrutura psicótica, para homogeneizar o tratamento, na busca de comportamentos adaptativos eficazes para o desenvolvimento social. (TENDLARZ, 1997, p. 16)

O que fica destacado nas afirmativas feitas por Tendlarz (1997) a respeito dos transtornos globais do desenvolvimento é uma crítica sobre a prevalência que o autismo ganha na categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento*. Esta prevalência tende a promover um rebaixamento das outras entidades clínicas aos mesmos parâmetros etiológicos, diagnósticos e de tratamento, tendendo ao apagamento da particularidade de cada entidade patológica e de cada sujeito identificado a partir da categoria. Tal posicionamento pode explicar melhor inclusive o que Dumas (2011) explicita como sendo a inconsistência conceitual da categoria psiquiátrica em questão, no que se refere aos critérios de validação epidemiológica de suas entidades clínicas. Explicado a partir de uma etiologia deficitária e sobreposto às outras entidades, o autismo infantil precoce ganha peso sobre todas as demais entidades clínicas, o que poderíamos chamar de uma teoria majoritária do déficit - orgânico, cognitivo, de linguagem e relacional.

Assim, a partir das indicações de Tendlarz (1997) e também de Pimenta (2003), bem como das indicações feitas a respeito do autismo ser entendido atualmente sob um índice deficitário, não nos parece precipitado indicar que, nas definições teóricas do conceito de transtornos globais do desenvolvimento, o que se busca é a homogeneização das particularidades de cada sujeito na classificação patológica. O que se subtrai nesta dimensão categórica, em qualquer uma das entidades clínicas que a compõem, é a dimensão subjetiva da criança com suas invenções e particularidades. Diante de um referencial deficitário a que o sujeito fica reduzido, o que de fato vemos emergir é o indivíduo reconhecido a partir de suas dificuldades e daquilo que lhe falta, assim como também nos indica Dumas (2011). A forma como estas crianças são ditas em diversos espaços sociais, dentre eles a escola, coloca-nos na direção de pensar que a entrada desse discurso classificatório homogeneizante na escola regular não se faz sem consequências para os processos de inclusão escolar.

Uma vez que, no capítulo anterior desta dissertação, já identificamos com Rahme (2010) que há uma tendência da política de Educação Inclusiva brasileira a responder à incompletude de sua proposta com um ideal homogeneizante da lógica classificatória das nomeações, isto nos faz interrogar quais são as repercussões, na escola regular, da utilização do conceito de transtornos globais do desenvolvimento. Para que sejam melhor compreendidos os processos de inclusão dos alunos com transtornos globais do desenvolvimento e as razões para as dificuldades encontradas pelos professores nesse percurso, abordaremos os efeitos deste conceito a partir de três estudos de casos, realizados em uma escola da rede municipal de ensino de Belo Horizonte. Para tanto, abordaremos as repercussões do conceito de transtornos globais do desenvolvimento no campo teórico da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, bem como nos processos de inclusão dos alunos identificados a partir da categoria em questão nesta dissertação.

4 REPERCUSSÕES DO CONCEITO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO SOBRE OS PROCESSOS DE INCLUSÃO NAS ESCOLAS REGULARES

As repercussões em torno da entrada do conceito de *transtornos globais do desenvolvimento* no âmbito da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva podem ser verificadas em quatro níveis distintos, porém complementares: o da produção acadêmico-científica, o das orientações técnico-legais, o das nomeações na legislação educacional e o da execução dos processos de inclusão dos alunos identificados com transtornos globais do desenvolvimento, conforme se segue:

4.1 Repercussões teóricas sobre o campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva

Em princípio, cabe destacar a inexistência de uma produção acadêmica no campo da Educação brasileira que volte seu olhar para a categoria dos transtornos globais do desenvolvimento sem que ela esteja vinculada ao conceito de autismo. Ao se estabelecer uma investigação no Banco de Teses e Dissertações do Portal CAPES, utilizando apenas o termo transtornos globais do desenvolvimento como palavra-chave, nada será encontrado; ao passo que, utilizando o descritor *autismo*, encontra-se o termo em poucas incidências e, via de regra, associado a produções que circunscrevem muito mais o campo da Psicologia, da Fonoaudiologia e da Neurologia que os da Educação e da Educação Especial Inclusiva.

A partir das pesquisas desenvolvidas por Carla Vasques (2008b)⁵³ a respeito da produção acadêmico-científica do campo da Educação e circunscritas no período compreendido entre os anos de 1978 e 2006, de um total de 264 produções acadêmicas, verificam-se 53 títulos ligados à temática da escolarização e inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento (identificados por ela como alunos com autismo e psicose infantil). Segundo a autora, as investigações produzidas a respeito destes alunos podem ser divididas em pesquisas de bases fenomenológico-hermenêuticas e em pesquisas de cunho empírico-analítico. Citando Sanches Gamboa (1996) e Turato (2005), a autora afirma

⁵³ A pesquisa de Vasques (2008) em questão, assim como a de Marrocco (2012), refere-se ao estudo dos processos de inclusão de alunos denominados autistas e psicóticos ou com transtornos globais do desenvolvimento. As investigações destas autoras encontram-se fundamentadas sob a articulação entre os campos da Educação Inclusiva, da Filosofia e da Psicanálise. No caso da pesquisa de Vasques (2008), verifica-se sua construção a partir dos eixos de leitura da hermenêutica filosófica de Hans George Gadamer (1900-2002) e da Psicanálise freudolacanianiana.

que as pesquisas fenomenológico-hermenêuticas possuem a característica de serem qualitativas e de estabelecerem uma crítica contundente ao objetivismo científico defendido pela outra corrente investigativa, presente no campo da Educação.

As investigações de tipo qualitativo fundamentam sua proposição na subjetividade dos indivíduos e no interesse pelo processo descritivo, entendido como capaz de compreender a dinâmica subjetiva dos alunos em questão. Normalmente, estas investigações são realizadas a partir de estudos de casos através dos quais busca-se compreender “[...] as possibilidades, os limites, oferecendo visibilidade a ‘encontros minúsculos’, únicos, construídos nas fronteiras de uma ou várias disciplinas” (VASQUES, 2008b, p. 7). Ao desenvolverem este tipo de investigação, tais pesquisas também não fogem à regra de estabelecerem uma predominância em torno de uma investigação sobre a educação de crianças autistas e psicóticas. É o que também pudemos verificar a partir do acesso a alguns resumos ou a trabalhos completos de dissertações e teses, produzidos no campo da Educação e registrados no portal da CAPES entre os anos de 2004 e 2011 (RUBLECKI, 2004; VASQUES, 2003; VASQUES, 2008a; 2008b; MARTINS, 2009; CRUZ, 2009; TEIXEIRA, 2010; BRAGIN, 2011; MARROCCO, 2012). Contudo, as pesquisas qualitativas, definidas por VASQUES (2008b) como sendo de base fenomenológico-hermenêutica e representadas pelos autores aqui mencionados, não constituem a maioria das pesquisas em Educação Inclusiva. De acordo com a autora, nesta seara concentram-se as pesquisas de perspectiva empírico-analítica, justificadas a partir de noções positivistas. Estas noções dão às investigações educacionais sobre os transtornos globais do desenvolvimento um caráter científico, cuja racionalidade instrumental é transferida para este tipo de abordagem (VASQUES, 2008b). São estas pesquisas que encontramos referidas aos códigos classificatórios da Psiquiatria das Classificações Internacionais e que, de acordo com a autora, são aceitas pela maioria dos pesquisadores, pois objetivam “[...] estabelecer relações de causalidade entre os fenômenos considerados típicos do autismo, a fim de aprimorar o processo educacional [...]” (VASQUES, 2008b, p. 6).

Observando a inexistência de consenso entre a corrente fenomenológico-hermenêutica e a empírico-analítica, a autora corrobora o que nossa própria investigação até agora pode detectar: pautadas nas premissas de falhas e déficits do sistema nervoso central ou em falhas do psiquismo, as pesquisas produzidas primeiramente no campo da Psiquiatria e absorvidas pelo campo da Educação repercutem a significação, em torno do aluno autista e demais alunos com transtornos globais do desenvolvimento, como um indivíduo doente mental, deficitário e incapaz para a aprendizagem, sendo necessário providenciar-lhe recursos suplementares para

que, ao menos minimamente, sejam cumpridas as metas educativas (BAREOHFF, 2005; MELO, 2010; AVILA, 2011; OLIVEIRA, 2011).

4.2 Repercussões técnico-legais: métodos de intervenção e nomenclaturas

Atualmente, recolhemos na literatura especializada uma perspectiva de abordagem que repete as investigações psicopatológicas quantitativas estabelecidas pela Psiquiatria em torno dos transtornos globais do desenvolvimento, buscando identificar possibilidades educacionais a partir da descrição de fenômenos relacionados ao autismo e das justificativas etiológicas de cunho deficitário presentes nesta patologia.

Além das referências trazidas por Vasques (2008) a respeito das pesquisas desenvolvidas nos programas de pós-graduação em Educação e daquelas que também pudemos averiguar através de consultas a resumos de teses e dissertações sobre o eixo ensino-aprendizagem de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, verifica-se a influência referencial do texto de Ángel Rivière (2004), o qual é seguido pelos autores brasileiros Priscila Augusta Lima (2010) e por José Ferreira Belisário Filho e Rosane Lowenthal (2010). Nestes trabalhos, vemos que, assim como na Psiquiatria, a categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento* encontra-se referida ao autismo e que os métodos de aprendizagem recomendados direcionam a criança para programas de ensino cuja base é a utilização de metodologias estruturadas, tais como o Método Teacch – *Treatment and Education of Autistic and Communication Handcapped Children*⁵⁴ e as tecnologias assistidas, tais como a Comunicação Aumentativa e Alternativa⁵⁵. Também a partir de Rivière (2004), os demais autores consubstanciam seus posicionamentos teóricos a partir das teorias biológicas de Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934) a respeito da formação dos processos de pensamento e do conceito de zona de desenvolvimento proximal. Estes conceitos de Vygotsky oferecem a noção da emergência da função superior do pensamento a partir de um substrato construído na confluência da maturação cerebral orgânica e dos estímulos oferecidos pelo meio (OLIVEIRA, 1992). Também lançam mão de explicações em torno da falha orgânica, de

⁵⁴ De acordo com Vasques (2008), este método é compreendido pelos educadores que seguem a tradição empírico-analítica de pesquisa como uma das principais abordagens terapêuticas e educacionais para os autistas. Parte do pressuposto de que estas crianças “[...] aprendem melhor por visualização, apreciam rotinas e não são favoráveis à surpresa” (VASQUES, 2008, p. 8). Outros exemplos de métodos de intervenção educacional salientados pela autora são o Currículo Natural Funcional (CNF) e o Programa de Ensino Individualizado (PEI), cujo objetivo é a utilização de procedimentos de ensino que tornem os alunos mais autônomos e produtivos.

⁵⁵ Trata-se de técnicas definidas por Walter; Almeida (2010) como um recurso comunicacional utilizado no tratamento fonoaudiológico, visando ao acesso ao desempenho comunicativo através do uso de comunicação suplementar, voltada para pessoas que apresentem deficiências na fala e prejuízos linguísticos.

origem neurológica, presente nos autistas e supostamente determinante da impossibilidade de elaboração de uma Teoria da Mente⁵⁶ por parte destes indivíduos e dos demais alunos que apresentam transtornos globais do desenvolvimento (RIVIÈRE, 2004; MARQUES; MELO, 2005; LIMA, 2010; BELISÁRIO FILHO; LOWENTHAL, 2010), assim como defendem a aplicação de teorias de análise comportamental (RIVIÈRE, 2004; BRAGA-KENYON; KENYON; MIGUEL, 2006) e de rotinas estruturadas na educação de autistas (NUNES, 2010) e, por extensão, de outros transtornos globais do desenvolvimento.

Neste sentido, a produção técnica encontrada nos documentos legais pertinentes à *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2010) a respeito do atendimento educacional especializado, alinha-se às pesquisas que tomam o caminho da investigação empírica, na medida em que direciona a prática pedagógica para a utilização de técnicas de Comunicação Aumentativa e Alternativa para alunos com transtornos globais do desenvolvimento, independentemente da especificidade patológica que lhe acomete.

Cabe destacar que o que se coloca como pano de fundo à indicação destes métodos de intervenção para alunos com transtornos globais do desenvolvimento diz respeito ao direcionamento de um modelo de atendimento. No caso, o atendimento educacional especializado encontra-se baseado no modelo de investigação psicopatológica quantitativo em que sobressaem as descrições em torno dos fenômenos deficitários, utilizados para definir e descrever a categoria psicopatológica. Pode-se dizer que, ao procederem desta maneira, promovem uma homogeneização em torno de características fenomenológicas do autismo, traduzindo a linguagem, a socialização e a cognição como áreas deficitárias a serem suplementadas a bem do melhoramento do desempenho social e acadêmico de todo e qualquer aluno diagnosticado a partir da categoria patológica dos transtornos globais do desenvolvimento. Repete-se, por vezes, uma transposição fidedigna às descrições feitas pelos códigos classificatórios da Psiquiatria, assim como podemos verificar em Bareohff (2005), dentre outros já mencionados no presente trabalho. Tal questão nos remete à crítica estabelecida por Tendlarz (1997) em torno da homogeneização da particularidade subjetiva existente nas psicoses infantis, feita a partir dos tratamentos propostos em nome da adaptação social dos comportamentos.

⁵⁶ “Diz respeito à capacidade de atribuir estados mentais (crenças, desejos, conhecimentos e pensamentos) a outras pessoas e prever o comportamento das mesmas em função destas atribuições.” (BARON-COHEN; LESLIE; FRITH, 1985 apud CAMARGOS JR.; PINHEIRO, 2005, p. 65)

4.3 Repercussões sobre a nomenclatura da legislação

Ainda em relação às orientações técnico-legais sobre a inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, identifica-se que uma das repercussões relativas à transposição do conceito do campo da Psiquiatria para o campo da Educação refere-se à proliferação de nomenclaturas nos documentos legais da Educação Especial Inclusiva, utilizados para especificar quem, de fato, seriam os alunos com transtornos globais do desenvolvimento.

Nos campos da Educação Especial e da Educação Especial Inclusiva, a evolução terminológica verificada no capítulo anterior, a partir de Marchesi (2004), e utilizada para denominar as deficiências e as patologias relativas à saúde mental de crianças e jovens, cujo tratamento foi entendido como pertinente à interlocução entre o viés da Medicina e o da Educação, por si só evidencia o quanto estes dois campos de saber têm caminhado em uma consonância histórica. Contudo, o rebaixamento conceitual verificado no campo da Psiquiatria para definir a categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento* parece ter propiciado a pluralidade de expressões e nomenclaturas que vimos emergir para designá-la, assim como para nomear as entidades clínicas que a compõem (APA, 2002; OMS, 2003). Quando o conceito de transtornos globais do desenvolvimento é trazido para o corpo dos documentos regentes da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2010) com todas as diversas nomenclaturas utilizadas para designar os fenômenos comuns ao Autismo, esta questão parece se potencializar. Para designar os fenômenos que se tornam alvo de queixas dos educadores, nos documentos legais observa-se a utilização da designação da categoria psiquiátrica em questão. Porém, nestes documentos, observam-se variações na nomenclatura utilizada para identificar as entidades clínicas que compõem esta categoria psiquiátrica.

Sendo assim, no documento que inaugura a atual política de inclusão brasileira, por exemplo, encontramos os alunos com transtornos globais do desenvolvimento especificados como aqueles que apresentam “[...] autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil” (BRASIL, 2008, p. 08). Já no documento que institui diretrizes para a operacionalização do atendimento educacional especializado na Educação Básica, sob a modalidade Educação Especial (BRASIL, 2009), consideram-se os alunos com transtornos globais do desenvolvimento como aqueles diagnosticados com “[...] autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação [...]” (BRASIL, 2009, p. 1).

Ocorre que estes documentos não apresentam as bases referenciais das quais estes termos são retirados, restando ao conhecimento do educador, leigo nas questões psicopatológicas infantis, o exercício de uma dedução que pode ser realizada apenas por aproximação, caso ele não aprofunde suas pesquisas. Entretanto, ele caso se decida por proceder de forma contrária a uma arriscada e simples dedução, poderá verificar que são os códigos classificatórios (APA, 2002; OMS, 2003) as bases conceituais utilizadas pelos consultores da Câmara de Educação Especial do Conselho Nacional de Educação – CEB/CNE para descrever a atual categoria inserida nos textos educacionais voltados para inclusão escolar (BRASIL, 2008, 2009, 2010). Por outro lado, a confrontação destas designações com os seus referenciais - os códigos classificatórios da psiquiatria traduzem especificações que também não encontram consonância direta ou imediata em nenhum deles e cuja correspondência somente pode ser realizada a partir da consulta à literatura especializada sobre a categoria. Nela, verificam-se variações de terminologias provenientes de entendimentos diversos ou mesmo de variações de tradução de uma língua a outra (KAPLAN, 1992; ASSUMPTÃO JR.; CURATÁLO, 2004; RIVIÈRE, 2004; KLIN, 2006; LIMA, 2006; STUBB, 2008; SADOCK; SADOCK, 2011; DUMAS, 2011).

Contudo, deve-se lembrar que, se são os códigos classificatórios (APA, 2002; OMS, 2003) que constituem as bases referenciais conceituais utilizadas pelos consultores da CEB/CNE (BRASIL, 2008; 2009; 2010) para a construção de diretrizes e resoluções da área, estes não são os primeiros materiais de consulta técnica utilizados pelos educadores. Sendo assim, no campo da Educação, a proliferação de nomeações produzida pelo campo da *Psiquiatria das Classificações Internacionais*, ao invés de promover esclarecimentos ao educador, seguramente também gera uma pluralização de nomes que são aplicados de forma aleatória a alguns alunos que recebem diagnóstico psicopatológico, assim como nos indicará um dos casos a serem apresentados nesta dissertação. Como desdobramento desta questão, uma primeira consequência desta pluralização sobre a prática da inclusão de alunos, cujos impasses com a aprendizagem e com o ambiente escolar não encontram ressonância nem nas deficiências físicas nem nas altas habilidades, diz de uma sucessão de dúvidas conceituais dos educadores, colocadas reiteradamente em questões tais como: “*Conduta típica é o mesmo que transtorno global do desenvolvimento?*”, “*Esquizofrenia é transtorno global do desenvolvimento?*”, “*O que é, afinal, transtorno global do desenvolvimento?*”. Estas questões, que foram inaugurais em nossas pesquisas de campo, refletem parte das inquietações experimentadas pelos educadores nos casos estudados.

Para elucidar minimamente esta confusão taxonômica, estabelecemos uma tabela comparativa (Quadro 2) em que fazemos coincidir os termos utilizados para especificar a categoria dos transtornos globais do desenvolvimento.

Quadro 2 – Designações técnico-legais para os transtornos globais do desenvolvimento

<i>Denominações dadas pela CID-10</i>	<i>Denominações dadas pelo DSM-IV-TR</i>	<i>Brasil, 2008</i>	<i>Brasil, 2009</i>
Autismo infantil	Transtorno autista	Autismo e psicose infantil	Autismo clássico
Síndrome de Rett	Transtorno de Rett	Síndromes do espectro do autismo	Síndrome de Rett
Outro transtorno desintegrativo da infância, Psicose Desintegrativa, Psicose Simbiótica, Síndrome de Heller	Transtorno desintegrativo da infância	Psicose infantil	Transtorno desintegrativo da infância (psicoses)
Síndrome de Asperger	Transtorno de Asperger	Síndromes do espectro do autismo	Síndrome de Asperger
Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação – TGD-Soe	TGD-Soe (incluindo autismo atípico)	Síndromes do espectro do autismo	TGD-Soe
Autismo atípico	-	Síndromes do espectro do autismo	-
Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental	-	Síndromes do espectro do autismo	-
Outros transtornos globais do desenvolvimento	-	Síndromes do espectro do autismo	-

4.4 Investigação das repercussões teóricas e técnico-legais sobre os processos de inclusão dos alunos com transtornos globais do desenvolvimento

4.4.1 A pesquisa de Campo

4.4.1.1 Referencial teórico e questões de pesquisa

O presente estudo se inscreveu no âmbito das pesquisas do NIPSE, o qual sustenta suas investigações em pesquisas qualitativas, pautadas em um referencial metodológico de pesquisa-intervenção. Tal referencial configura-se como uma estratégia que “[...] descortina um modo de fazer pesquisa fecundo na sua articulação entre o que se investiga e o como [se]

investiga” (CASTRO; BESSET, 2008, p. 9-11). Desta forma, implica o investigador no próprio processo de pesquisa e lida com as variáveis inesperadas que podem surgir no campo de investigação.

Entende-se que, de certa forma, a presente pesquisa se alinha ao “bloco” de pesquisas qualitativas sobre a inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento ou com autismo e psicose infantil, definido anteriormente por Vasques (2008b). Sendo assim, os procedimentos empregados qualificam-na como uma pesquisa qualitativa, em função de sua proposta de trabalhar com dados provenientes das falas dos alunos, dos professores e dos técnicos de inclusão ter se caracterizado por certa flexibilidade e diversidade de caminhos em referência ao projeto inicial, tal como Mazzotti; Gewandsznajder (1998) a respeito das pesquisas qualitativas.

No seu desenvolvimento, tomou-se como primeira referência a questão sobre os possíveis impasses vivenciados pelos professores e técnicos no processo de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, bem como as perspectivas apontadas pelos próprios alunos para as dificuldades experimentadas por eles mesmos na escola. A partir destes apontamentos, desdobrou-os em questionamentos diversos na busca de responder às duas questões primordiais de pesquisa:

- Como vêm acontecendo os processos de inclusão escolar de alunos diagnosticados com *transtornos globais do desenvolvimento*?
- Por que alguns destes alunos são um problema para a escola regular?

Para tanto, como metodologia prevista no projeto de pesquisa, inicialmente optou-se pelo Estudo de Casos Clínicos de Orientação Psicanalítica, cuja coleta de dados foi realizada através de levantamento documental e de Entrevistas de Orientação Psicanalítica⁵⁷. Partir de metodologias embasadas na Psicanálise de orientação lacaniana, referencial escolhido para a leitura dos dados coletados, pressupõe a busca de particularidades referentes ao sintoma (ou dito de outra forma, ao mal-estar, àquilo que não vai bem) dos sujeitos envolvidos nos processos de inclusão escolar. Tais particularidades foram buscadas como um contraponto a uma prática política que, por si só, insere a todos em processos mais ou menos homogêneos e, sobretudo, como causa das dificuldades encontradas na efetivação dos processos de inclusão de alguns alunos com transtornos globais do desenvolvimento.

⁵⁷ Trata-se de uma das metodologias utilizadas pelo NIPSE dentro da proposição metodológica de pesquisa-intervenção. As outras são a Conversação de Orientação Lacaniana e o Diagnóstico Clínico-Pedagógico (cf. SANTIAGO, 2011).

Segundo Mazzotti (2006), todo estudo de casos: i) caracteriza-se por possibilitar a abordagem de questões subjetivas dos atores envolvidos nas pesquisas – no caso, os alunos, os professores e os técnicos da Equipe de Apoio à Inclusão nos processos de inclusão escolar de alunos com transtornos globais do desenvolvimento; e ii) a temática investigada através dele caracteriza-se por trazer ao pesquisador pouco controle dos acontecimentos. Finalmente, sua utilização justificou-se por uma terceira característica intrínseca a esta metodologia: a de se dirigir a um fenômeno contemporâneo, como é o caso da inclusão dos alunos em questão nas escolas regulares, fato relativamente recente na política educacional brasileira.

Por sua vez, quando um estudo de casos tem orientação psicanalítica, privilegia-se uma construção que parte “[...] do passo a passo de uma colocação em série daquilo que importa para o analisante” (MALANGREAU, 2003. p.12) – ou, no caso, aos sujeitos envolvidos na pesquisa. Por se tratar de pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica, estas características dos estudos de casos terminaram destacadas justamente pela possibilidade de encontro de séries particulares aos sujeitos envolvidos que pudessem elucidar as duas questões de pesquisa.

Desta forma, de um lado, acredita-se que esta pesquisa reuniu todas as características relacionadas por Mazzotti (2006) na definição da metodologia de estudos de casos, uma vez que, a partir do surgimento dos elementos particulares a cada caso, buscou a observância de cada um deles para o esclarecimento das circunstâncias que afetam os processos de inclusão dos alunos em questão nesta dissertação. Por outro lado, tais casos configuraram-se como Estudos de Casos Clínicos pelo fato de que, pelo referencial psicanalítico ressaltado anteriormente, buscou-se a compreensão dos processos de inclusão escolar de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, para além da pura descrição fenomenológica apresentada a partir das queixas dos educadores. Verificou-se nesta dinâmica a configuração sintomática presente nas relações que permeiam tais processos considerando-se os atores neles envolvidos (criança, professores, técnicos de inclusão, monitores de apoio à inclusão e familiares). Desta forma, buscou-se deslocar o olhar da homogeneidade da categoria psiquiátrica e dos procedimentos educacionais recomendados para a compreensão sobre o que cada caso pode ensinar a respeito da inclusão escolar dos alunos em questão. Para tanto, procurou-se analisar as partes que compõem este complexo a partir do estabelecimento da seguinte estrutura clínica de análise:

- a) apresentação do caso;
- b) características da criança;
- c) a criança e a aprendizagem;

- d) a criança e os colegas;
- e) a criança e o professor / o professor e a criança;
- f) o professor e a inclusão escolar;
- g) o professor e a família/ A família e a escola;
- h) a família e a pesquisadora;
- i) propostas de intervenção da escola;
- j) análise do caso.

Em relação à coleta de dados que deu origem aos Estudos de Casos Clínicos, salienta-se que a aplicação das Entrevistas de Orientação Psicanalítica visou a esclarecer o diagnóstico previamente estabelecido pelas equipes de saúde, buscando identificar a localização do mal-estar do sintoma, daquilo que não vai bem, e, em alguns casos, propiciar a abertura para a intervenção pedagógica por meio de uma retificação da posição do sujeito frente a este mal-estar (SANTIAGO, 2011). Tais entrevistas também têm sido utilizadas para o esclarecimento dos impasses escolares e, inicialmente, parte da queixa da instituição escolar a respeito dos problemas apresentados pela criança. Em um segundo momento,

[...] busca-se circunscrever a identificação mortífera que aprisiona o aluno em um possível quadro de inibição intelectual ou em quadros de ativismo em que é necessário realizar a nomeação do modo de satisfação do sujeito em sua ação[...] (SANTIAGO, 2011, p.98).

Dadas estas características, consideramos pertinente sua aplicação, já que a partir das queixas realizadas pelos educadores a respeito dos alunos investigados identificamos que seriam encontrados quadros de inibição intelectual e de ativismo no decorrer da pesquisa de campo, bem como questões que envolviam a verificação de diagnósticos clínicos emitidos por equipes de Saúde Mental. Valemo-nos do pressuposto, também estabelecido por Santiago (2009), de que esta metodologia de pesquisa-intervenção pode intervir no mal-estar na Educação, causado por supostos fracassos escolares, não só com os alunos, mas, também com os professores. Assim, consideramos que tais entrevistas poderiam ser instrumentos para revelar os sintomas de desinserção social. Considerou-se, assim, que a oferta de palavra promovida pela metodologia aplicada poderia ser uma oferta centrada no mal-estar vivenciado pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como uma forma de esclarecimento sobre as dificuldades encontradas no processo de inclusão de alguns alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas escolas regulares.

Reconhece-se que, apesar da aplicação das Entrevistas de Orientação Psicanalítica se reger por uma concepção não só de investigação, mas também de intervenção, no presente estudo elas não puderam ser aplicadas em todos os alunos (assim como poderá ser verificado

na descrição dos casos) e, nem sempre, pode-se verificar os efeitos esperados decorrentes das intervenções realizadas com os sujeitos. Contudo, considera-se que esta circunstância não prejudicou a coleta dos dados e os resultados obtidos, na medida em que a condução destas entrevistas aproxima-se de uma entrevista semidirigida, para a qual se manteve aberta a possibilidade de expressão dos sujeitos e o foco nos objetivos da pesquisa.

Destaca-se que iniciamos o processo de investigação através do levantamento documental realizado nas fichas escolares dos alunos. Este procedimento teve como objetivo buscar uma primeira aproximação com os registros pedagógicos feitos pela Escola onde se desenvolveu a pesquisa, a respeito dos alunos:

- Informações gerais a respeito do aluno, tais como: data da primeira matrícula na escola; data de nascimento; filiação; possíveis registros socioeconômicos;
- Registros sobre os determinantes de sua condição de aluno com necessidades educativas especiais: informações a respeito do diagnóstico clínico e/ou psiquiátrico;
- Registros em relação às propostas de intervenção executadas pela escola no momento da pesquisa.

A partir do que se recolheu neste levantamento, estabeleceu-se um roteiro inicial de entrevista direcionado à Equipe de Apoio à Inclusão, objetivando realizar uma aproximação da pesquisadora com o sistema de educação inclusiva executado no município de Belo Horizonte. Embora o estudo deste sistema não fosse o foco da presente pesquisa, tal abordagem se justificou pelo fato de que o programa de inclusão escolar realizado nesse município não era de conhecimento da pesquisadora. Sendo assim, considerou-se este como um momento paralelo às questões de pesquisa, mas de extrema importância para a localização da pesquisadora frente ao programa de inclusão municipal. Partindo das duas questões primordiais de pesquisa, a primeira abordagem com os técnicos de inclusão desdobrou-se nas questões que se seguem:

- Quais são as dificuldades reais quanto aos processos de inclusão?
- Como vêm acontecendo os processos de inclusão de alunos identificados através de diagnósticos clínicos?
- Quais são as percepções atuais dos educadores em relação a seus alunos?
- Que análises os educadores fazem a respeito dos casos investigados pela pesquisa?
- Que tipo de apoio pedagógico e educacional os alunos recebem? Estes apoios cumprem a função do atendimento educacional especializado, conforme estabelecido pela Política Nacional em termos de propiciar a inclusão escolar dos indivíduos?

- Qual é o efeito da nomeação, proveniente de um diagnóstico clínico, sobre o aluno e sobre seus processos de inclusão? Afinal, ter um diagnóstico emitido por um profissional da área da saúde auxilia ou dificulta o professor nos processos de inclusão destes alunos?
- Como ocorrem as avaliações escolares em torno destes alunos?
- O que é considerado pelos educadores como um indicador de sucesso nos processos de inclusão – o alcance das competências disciplinares ou a adaptação social do aluno?

Assim, entrevistas com os técnicos de inclusão terminaram por se configurar como entrevistas semiestruturadas e as respostas a estas questões, geraram um volume considerável de informações. Salienta-se que, ao longo desta dissertação e dos estudos de casos que a especificam, nem todas estas questões e suas respectivas respostas foram utilizadas, a bem da delimitação do estudo proposto. Entretanto, esta primeira abordagem forneceu bases para investigações que, posteriormente, compuseram os estudos de casos propostos nesta pesquisa. Tais estudos apresentam uma heterogeneidade de questões e de problemas e encontram pontos de confluência que podem auxiliar na formulação do que nos propusemos elucidar.

4.4.1.2 Sobre os sujeitos da pesquisa

4.4.1.2.1- A escolha da escola – o caso da Escola α

O desenvolvimento de ações de pesquisa-intervenção realizadas pelo NIPSE desde 2008 em 33 escolas da rede municipal de ensino regular da Prefeitura de Belo Horizonte⁵⁸, sob a coordenação da profa. Dra. Ana Lydia Santiago, a pedido do secretário municipal de Educação, Sr. Hugo Vocurca, gerou por parte da Escola α uma solicitação de investigação de 10 alunos que apresentavam dificuldades escolares diversas, ao final do ano de 2010. Dentre estes alunos, identificou-se o impasse de uma criança diagnosticada com *transtorno invasivo de desenvolvimento*, o que possibilitou a aproximação da pesquisadora com a Escola α , definindo esta instituição escolar como local da realização da presente pesquisa.

Trata-se de uma escola fundada pelo Decreto Municipal 4423/83, de 24 de fevereiro de 1983, e que teve sua autorização de funcionamento expedida pela Portaria 1434/86, de 07 de maio de 1986, da Secretaria Estadual de Educação. É uma das 25 escolas municipais

⁵⁸ Trata-se do Projeto 33 de Psicanálise Aplicada à Educação: Entre a Saúde Mental e a Educação – abordagem clínica e pedagógica dos sintomas nomeados, na escola, como dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento.

regulares que se encontram na região, atendendo à escolarização da Educação Infantil, através da Unidade Municipal de Educação Infantil – UMEI, esta contígua à Escola⁵⁹, bem como ao 1º e 2º ciclos do Ensino Fundamental.

Encontra-se próxima a um conjunto habitacional construído na década de 70 do século XX para acolher os metalúrgicos de uma siderúrgica. Esta metalúrgica ainda funciona na região. Segundo relatos orais feitos pelos técnicos da Equipe de Apoio à Inclusão (doravante identificados como Educadora 1, Educadora 2 e Educadora 3) a Escola α foi instituída como resultado da luta dos moradores do conjunto na reivindicação por abertura de vagas para seus filhos. A esta reivindicação inicial, acresceu-se a realidade de superlotação das salas de aula de uma das escolas municipais da região.

Desta forma, após sua construção, a nova escola passou a agregar tanto a demanda proveniente do conjunto habitacional quanto o excedente de alunos provenientes de outras escolas municipais da região. Este excedente, redirecionado pela Secretaria Municipal de Educação à Escola α , era composto por alunos com dificuldades extremas de aprendizagem e por alunos com deficiências ou em situação de vulnerabilidade social que, juntamente aos filhos dos metalúrgicos (de situação sócio-econômica mais favorecida), passaram a conviver em um mesmo espaço educacional, composto inicialmente por apenas cinco salas de aula⁶⁰. Tal composição é entendida pelas educadoras entrevistadas como sendo uma formação heterogênea do público da escola, não só em razão da variação no perfil sócio-econômico de seus alunos como também em razão da presença de alunos com necessidades educativas especiais.

Passados 25 anos desde que os primeiros alunos ingressaram na Escola α , a realidade do público inicialmente matriculado mantém-se relativamente a mesma, apesar do público originário do conjunto habitacional ter deixado de constituir um volume significativo dos alunos matriculados, já que nota-se a preferência de sua matrícula em outras escolas (sic- Educadora 1 e Educadora 3), o que continua a caracterizar a heterogeneidade no que se refere ao perfil sócio-econômico de seus alunos matriculados na Escola α .

As educadoras referidas acima também salientam que em função de ter agregado alunos com dificuldades de aprendizagem e com deficiências diversas, ao longo de sua história, a Escola α foi criando na comunidade local uma referência de educação fundamental

⁵⁹ Esta Unidade de Educação Infantil – UMEI possui o mesmo quadro administrativo e gerencial da Escola onde se realizou a pesquisa e, em função disto, será considerada como parte da Escola nesta dissertação, recebendo a qualificação de “contígua” por ser uma unidade que se localiza ao lado da referida instituição.

⁶⁰ À época da pesquisa, a Escola contava com 24 salas para atender a 24 turmas de 1º e 2º ciclos do Ensino Fundamental. Naquele momento, possuía 873 alunos matriculados (273 na Educação Infantil e 600 no Ensino Fundamental).

para alunos identificados pelo campo da Educação como alunos com necessidades educativas especiais⁶¹. As educadoras salientam (sic- Educadora 1 e Educadora 3) a preferência comunitária de matricular este perfil de aluno na Escola onde se desenvolveu a pesquisa, em detrimento das matrículas efetivadas em outras escolas da rede ensino. Dentre uma série de motivos aventados pelas educadoras para o estabelecimento desta referência cultural, elas salientam dois fatores principais.

O primeiro desses fatores diz respeito à Unidade Municipal de Educação Infantil – UMEI, contígua à escola e que, ao longo de seus cinco anos de existência, vem acolhendo crianças com diagnósticos de saúde que indicam para o campo da Educação a presença de necessidades educativas especiais⁶². Segundo relatos dos educadores, na maioria das vezes, as crianças que cursam a educação infantil na UMEI seguirão seus estudos no Ensino Fundamental da Escola α , mesmo que se vinculem temporariamente a outras instituições de ensino. Este movimento foi identificado com todos os três casos estudados na presente pesquisa. Outro fator revelado diz respeito à organização da rede estadual que, segundo alguns dos educadores, estabelece algumas limitações em relação à correspondência idade/ciclo/série na efetivação de alunos que apresentem significativos atrasos escolares, trazendo dificuldades para absorção do público.

O outro fator seria decorrente de um histórico de investimentos na política pública municipal de educação inclusiva para deficientes físicos e sensoriais, considerado como bem-sucedido, sobretudo na atenção às deficiências físicas e sensoriais. As escolas da rede municipal tornaram-se referência regional na atenção à escolarização de crianças portadoras de tais deficiências. De acordo com uma das educadoras entrevistadas (Educadora 3), apesar de não estar equipada com sala de atendimento educacional especializado, ao seguir esta política, a Escola α investe em parcerias e em infraestrutura para garantir a acessibilidade aos alunos deficientes físicos e sensoriais. Desta forma, para a realização do atendimento educacional especializado aos deficientes físicos e sensoriais, a Escola α utiliza da sala de recursos multifuncionais de outra escola municipal. Além disso, é possível verificar que a escola acolhe programas governamentais de apoio pedagógico, como o Projeto de Intervenção Pedagógica – PIPE⁶³, de apoio social e cultural (tais como o Projeto Escola Aberta⁶⁴ e o

⁶¹ Neste caso, não se pode inferir uma conjugação direta entre as variáveis “vulnerabilidade social”, identificada em alguns casos, e “necessidades educativas especiais”.

⁶² Segundo dados recolhidos junto à Secretaria Escolar, dos 273 alunos matriculados atualmente na Educação Infantil da escola, onze possuem diagnósticos que comprovam alguma necessidade educativa especial.

⁶³ Trata-se de um projeto para apoio pedagógico às crianças com dificuldades extremas de aprendizagem.

Programa Saúde Escola, o qual visa a proporcionar saúde integral a todos os estudantes, através de ações de prevenção e de promoção à saúde na escola e no Centro de Saúde). Por outro lado, a Educadora 1 salienta que somente a partir do início do ano de 2012 é que se instituiria uma ação voltada ao atendimento de casos identificados como sendo de deficiência intelectual, em função das extremas dificuldades de aprendizagem apresentadas pelos alunos⁶⁵. Ressalta-se que, na ausência de uma ação específica, em regime de atendimento educacional especializado, objetivando dirimir as dificuldades de aprendizagem de alguns alunos que se encontram em defasagem escolar, o PIPE cumpre esta função na Escola. Em face do histórico relatado e das variáveis apresentadas, os educadores percebem a referência que a Escola α criou na comunidade como uma escola inclusiva, capaz de conseguir trabalhar com a diversidade de situações apresentadas.

Desta forma, aponta-se, desde o início da constituição desta Escola, a perspectiva de formação de uma instituição de ensino apoiada pela comunidade e que acolhe as diferenças, mas que apesar de seus esforços não se encontra isenta de enfrentar impasses para executar os processos de inclusão de alguns alunos com transtornos globais do desenvolvimento.

4.4.1.2.2 Sobre as crianças pesquisadas

A abordagem aos participantes foi realizada mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, recolhido na instituição e entre os sujeitos participantes. Na apresentação deste termo e dos objetivos da pesquisa, foi esclarecido que os nomes, bem como da instituição seriam mantidos em sigilo. O registro e a coleta de dados foram realizados por meio de gravações de áudio e, nos casos em que se fez necessário, através de registro escrito das entrevistas realizadas ou das observações livres, desenvolvidas no ambiente escolar especificamente junto a um dos alunos, que não falava. Tais formas de registro foram realizadas mediante consentimento dos sujeitos participantes, cujo termo de livre consentimento foi recolhido junto à instituição, aos professores, aos alunos (exceto a criança que não falava) e aos responsáveis pela criança (estes também assinaram termos permitindo a sua própria participação na pesquisa).

⁶⁴ A Escola Integrada funciona como extensão da jornada escolar para todos os alunos que frequentam a escola. Na escola em questão, utiliza-se de parques e equipamentos comunitários fora do ambiente institucional para desenvolver suas atividades.

⁶⁵ Por questões de abrangência e de tempo, esta pesquisa não teve alcance a esta ação, depois que se encerrou a coleta de dados de nossa pesquisa de campo ao final do mês de outubro de 2011.

Destaca-se que a proposta inicial desta pesquisa era realizar a investigação com quatro crianças, matriculadas no Ensino Fundamental, identificadas a partir do diagnóstico de *transtornos globais do desenvolvimento*, bem como com os seus professores e com os técnicos de inclusão escolar que orientassem a execução do programa de inclusão junto à Escola. A partir destes três grupos tinha-se como objetivo verificar o que cada sujeito poderia dizer sobre os processos de inclusão escolar, experimentados cotidianamente.

Desta forma, a partir dos contatos estabelecidos com a Escola α e da demanda realizada por esta instituição ao NIPSE, pactuou-se o encaminhamento para estudo apenas de alunos previamente identificados com *transtornos globais do desenvolvimento*. Sendo assim, dos dez casos inicialmente encaminhados para investigação, apenas três foram selecionados pela pesquisadora. Em razão da particularidade que encerra este processo de seleção, faz-se dele uma breve descrição.

Assim como foi comentado anteriormente, em princípio foi disponibilizado para estudo um caso previamente diagnosticado como *transtorno invasivo do desenvolvimento*⁶⁶ e outros dois para os quais não havia diagnóstico clínico. Posteriormente, a Escola acrescentou mais sete indicações. Dentre eles, alguns não possuíam qualquer diagnóstico clínico, enquanto outros podiam ser identificados, por exemplo, através de transtornos diversos – tal como *transtorno bipolar*; e através de síndromes orgânicas - tais como *síndrome do X-frágil*, *síndrome de Down*, *síndrome de Irling*; ou através de *transtornos da atividade*, no caso, *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*.

Realizados maiores esclarecimentos para a escola sobre quais alunos deveriam ser alvo das investigações por parte da presente pesquisa (ou seja, apenas os alunos que tivessem laudo médico de transtorno global do desenvolvimento), uma nova listagem foi encaminhada pela Escola α à pesquisadora, constando nela apenas três casos identificados a partir dos seguintes diagnósticos: *síndrome do X-frágil com autismo secundário*, *transtorno invasivo do desenvolvimento* e *transtorno bipolar*. Assim, neste rol, podiam ser identificados aqueles alunos que recebiam acompanhamento por parte da Equipe de Inclusão, em função de necessidades educativas especiais determinadas por suas condições de saúde.

Destaca-se que, apesar da *síndrome do X-frágil* não entrar diretamente no rol dos transtornos globais do desenvolvimento, interessava-nos a investigação deste aluno em função da comorbidade desta condição médica junto ao quadro de Autismo Infantil Precoce; esta sim, a principal patologia descrita nos quadros de *transtornos globais do desenvolvimento*.

⁶⁶ Este mesmo caso havia sido alvo de investigação pedagógica realizada pelo NIPSE ao final do ano de 2010.

Quanto ao aluno que possuía diagnóstico de *transtorno bipolar*, apesar desta terminologia não figurar entre os transtornos globais do desenvolvimento, a investigação com o aluno foi mantida. Esta escolha, que em princípio dizia respeito à sustentação do que parecia ser um equívoco da escola em relação à classificação do referido transtorno, foi ganhando nuances especiais a partir do desenvolvimento da pesquisa. Percebemos neste caso, assim como no caso da criança identificada com *transtorno invasivo do desenvolvimento*, o quanto a criança gerava mal-estar nos educadores. Destaca-se também a percepção de que, na rede municipal de ensino, a política de inclusão escolar realiza uma equiparação entre transtorno global do desenvolvimento e demais transtornos mentais. Esta se faz mediante a classificação de todos eles sob a rubrica das *condutas típicas*, já em desuso nos textos da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008; 2009), assim como pode ser verificado no capítulo 2 desta dissertação. Ressalta-se que a investigação com este aluno seguiu os mesmos parâmetros utilizados para as demais investigações, acatando e, ao mesmo tempo, colocando em xeque a equiparação realizada pelo programa de inclusão municipal.

Os impasses dos educadores com as dificuldades apresentadas por esses alunos e a diversidade dos diagnósticos levantada pela Escola promoveram na pesquisadora uma reflexão inicial sobre que tipo de aluno a escola caracterizava como pertencente à categoria dos transtornos globais do desenvolvimento e, portanto, como público do programa de inclusão. Dentre os casos apontados pela Escola α recaíam questionamentos aleatórios, provenientes de queixas institucionais diversas: “*O que esse menino tem?*”; “*O que é preciso fazer para que ele aprenda?*”; “*Até onde ir em casos que têm diagnósticos clínicos emitidos por profissionais da área da saúde mental?*”. Em tais questionamentos, já era possível verificar a presença comum de dois elementos: o diagnóstico e os encaminhamentos pedagógicos possíveis de serem realizados a partir deste instrumento. Estas duas variáveis foram incorporadas como elementos de investigação junto aos professores. Posteriormente, foram levadas à análise na formulação dos estudos de casos.

Sendo assim, a partir dos diagnósticos psiquiátricos endereçados ao programa de inclusão da rede municipal de ensino de Belo Horizonte e, por consequência, à Escola α , configurou-se a escolha de três sujeitos de pesquisa de idades e percursos escolares diferentes e, correlativamente, de seus professores. Estas crianças, meninos de idades variando entre 11 e 14 anos, além da questão do diagnóstico e da idade aproximada, mantêm entre si a característica comum de serem previamente conhecidos por alguns dos professores regentes de suas turmas no momento da realização da pesquisa de campo. Este fato, não previsto

quando da escolha dessas crianças, gerou a possibilidade de se recolher algumas informações pregressas a respeito de sua escolarização.

Destaca-se também que, no decorrer da evolução das entrevistas, considerou-se necessário abordar as mães dos alunos, ação que não estava prevista no projeto de pesquisa. As entrevistas realizadas com essas senhoras objetivaram realizar esclarecimentos específicos a respeito das crianças, do histórico da construção do diagnóstico clínico estabelecido para elas, bem como o esclarecimento de questões pertinentes ao relacionamento entre a criança, a família e a escola. Tal procedimento justificou-se na medida em que alguns dados relevantes a respeito do processo de escolarização do aluno e da própria relação entre a família e a escola não foram esclarecidos pelo levantamento documental realizado nos registros acadêmicos do aluno. Também porque durante a realização das entrevistas com os professores e os técnicos de inclusão, ficou destacado o papel da família junto aos processos de inclusão escolar dos alunos em questão.

Destacamos que, sob a rubrica de “Educadores” foram considerados a direção, os técnicos de inclusão e os orientadores pedagógicos da Escola α . Na descrição de cada caso, estes profissionais aparecem enumerados de forma fixa, pois na realidade são sempre os mesmos profissionais de referência. Sob a rubrica de “Professores” considerou-se os professores regentes de turma, os professores de conteúdos especiais, os professores ligados ao PIPE, enumerados na sequência de 1 a 5, bem como a monitora auxiliar de inclusão. Seguindo a lógica de identificação dos sujeitos participantes da pesquisa, identificou-se as mães de acordo com a descrição de cada caso. Para melhor visualização do contingente de sujeitos participantes nos estudos de casos, a seguir expomos uma tabela (Quadro 3) que traz a correlação de sua participação em cada um deles.

Quadro 3 - Sujeitos de pesquisa entrevistados

Casos	Educadoras/ Técnicas de Inclusão	Professoras	Familiares
Caso T Aluno de 11 anos	-	Professora 1 e Monitora de Apoio à Inclusão	Mãe T
Caso G Aluno de 14 anos	Educadora 1 e Educadora 2	Professora 2, Professora 3 e Professora 4	Mãe G
Caso D Aluno de 11 anos	Educadora 1 e Educadora 2	Professora 5 e Professora 6	Mãe D

4.5 Estudos de Casos Clínicos

4.5.1 Caso T - Autismo na escola regular: o encontro com o desconhecido

4.5.1.1 Apresentação do caso

No momento dos encontros promovidos por nossa pesquisa com o aluno, seus professores e sua mãe, *T*, sexo masculino, contava onze anos e era aluno no 2º ano do 2º ciclo. Conta para sua classificação neste estágio de escolaridade a política educacional da Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte de buscar manter as crianças e os jovens com necessidades educativas especiais junto a seus pares em idade.

A criança ingressou no Ensino Fundamental da Escola α no ano de 2007, aos 7 anos, proveniente da Unidade Municipal de Educação Infantil – UMEI⁶⁷ contígua à escola, sendo identificado como novato no ciclo e portador de necessidades educativas especiais.

O que dá a *T* a identificação de aluno com necessidades educativas especiais? Desde o seu nascimento, a criança apresenta uma síndrome genética, denominada síndrome do X-frágil, cujo diagnóstico foi sendo construído ao longo de cerca de dois anos, conforme pode ser extraído dos relatórios médicos encaminhados à escola e dos relatos de sua mãe sobre a constante descoberta da condição especial da criança⁶⁸.

Sendo assim, em 2004, foi estabelecido o diagnóstico de Autismo Infantil Precoce pelo médico pediatra que a acompanhava. Tal diagnóstico foi realizado a partir das observações do seu comportamento, levadas ao conhecimento do médico por sua mãe, tendo em vista informações a respeito da patologia, veiculadas em uma propaganda televisiva.

Após este diagnóstico, a criança passou a ser acompanhada pela equipe de saúde mental do antigo Centro de Referência da Criança e do Adolescente – CRIA, serviço que cumpria a função de referência de atenção regionalizada em saúde mental infanto-juvenil. Neste serviço, a criança recebia atendimento com psicólogo e fonoaudiólogo, tendo sido nele inserida também para que pudesse interagir com outras crianças.

Em função do contínuo atraso no desenvolvimento, em 2006, já transcorridos dois anos desde o primeiro diagnóstico e um ano do ingresso da criança na Educação Infantil, uma

⁶⁷ Em 2005, aos 5 anos, criança iniciou sua escolarização ingressando na Educação Infantil.

⁶⁸ Não tomaremos aqui a referência aos anos anteriores à entrada no Ensino Fundamental, uma vez que nossa pesquisa se restringiu a esta etapa da escolarização da criança. As referências aos anos de 2005 e 2006 serão feitas apenas na medida da necessidade de elucidação de alguma questão pontual no histórico de escolarização do garoto, tendo em vista a construção de seu diagnóstico clínico.

nova avaliação foi solicitada pelos profissionais do CRIA. A criança foi então encaminhada ao Hospital Sarah Kubistchek para averiguação de ocorrência de Síndrome do X-frágil. *T* foi então submetido a exames clínicos e laboratoriais que acusaram a positividade da síndrome.

Nos registros acadêmicos a respeito do aluno, são encontrados relatórios médicos que informam que este diagnóstico foi realizado entre 02 de janeiro de 2006 e 09 de maio de 2006. Assinados pela mesma médica, estes documentos fazem observações sobre uma criança com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, sem história de asfixia pós-natal e com atraso no desenvolvimento da linguagem. De acordo com o que pode ser encontrado, *T* adquiriu marcha independente aos 3 anos e não teria apresentado linguagem expressiva própria à data da 1ª consulta, em 01 de janeiro de 2006 (a criança contava então seis anos).

A partir da realização do exame de cariótipo para a referida síndrome e do quadro clínico apresentado pela criança, no último relatório (datado de 09 de maio de 2006), a médica responsável pelo caso de *T* estabelece o diagnóstico a partir da CID-10 como Q 99.2, código classificatório correspondente à nomenclatura de *síndrome do cromossomo X-frágil* e faz observar indícios de autismo secundário, formulando um diagnóstico final de *síndrome do X-frágil com autismo secundário*. Também é feita a observação de que não há tratamento específico para a síndrome e que os pais receberam orientação sobre como tratar a criança. Sobre tais orientações, a Mãe *T* nos informa que elas concerniam em como alimentar o filho e brincar com ele, aproveitando-se das atividades utilizadas no cotidiano da irmã do garoto, 1 ano e 11 meses mais nova que ele e a quem ele aprendeu a imitar nas atividades de vida diária.

Tem-se então um percurso diagnóstico em que os primeiros sinais identificados ainda em 2004 pela mãe da criança dizem respeito ao Autismo Infantil Precoce. Contudo, a partir da identificação deste fator biológico, indicado por alguns autores como determinante deste quadro – a síndrome do X-frágil (FACION, 1997, FISCHER et al, 1997), no caso de *T*, todo o diagnóstico da criança será referido a ela, tanto pela mãe quanto pela escola e até mesmo pelo serviço de saúde mental infantil que, tendo acompanhado a criança desde 2004, deixa de fazê-lo em 2008. Neste ano, em função de reorganizações da rede de saúde mental do município, o CRIA foi extinto na regional em que a família está inserida, tendo sido substituído por um serviço de atenção específica ao autismo e à síndrome de Down, segundo relato da mãe da criança. Desde então, e por razões aleatórias que serão apresentadas neste estudo de caso, *T* está sem atendimento clínico, frequentando apenas a escola regular, onde

recebe acompanhamento de um Monitor de Apoio à Inclusão⁶⁹, responsável por acompanhar crianças com deficiências que não apresentem autonomia para a realização de atividades da vida diária. Destaca-se que, segundo material produzido pela Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte, esta função encontra embasamento no documento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, sendo caracterizada como um auxílio ao aluno em sua

[...] locomoção; nos cuidados de higiene, utilização do banheiro, uso de utensílios para alimentar-se; mediação para uso de recursos de comunicação alternativa; uso de equipamentos para respiração, sondas ou bolsas coletoras que necessitem ser manuseadas no tempo de permanência da escola (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE BELO HORIZONTE, 2011, p.13-14).

Sendo assim, este apoio funciona como um dos vieses do atendimento educacional especializado. Para *T*, a esta modalidade de acompanhamento é acrescentado uma atividade de informática estabelecida pela professora regente de sua turma (doravante identificada como Professora 1) como complementação à instrução pedagógica oferecida ao aluno na classe regular.

Observa-se que, apesar de esclarecer a família, a escola e o serviço de saúde em relação à condição clínica da criança o diagnóstico, de base orgânica, ofertado a ela gera um impasse para o suporte clínico necessário ao seu desenvolvimento. Observa-se também que, a rigor, não se pode encontrar nos códigos classificatórios da Psiquiatria o diagnóstico emitido pela equipe do referido hospital. Tendo em vista as observações realizadas com a criança e os relatos de suas professoras e de sua mãe, bem como o que preconiza o DSM IV-TR, somente podemos entender este diagnóstico a partir de um quadro de autismo infantil precoce, cuja manifestação concorre com a síndrome do X-frágil como uma de suas condições determinantes (APA, 2002).

Desta forma, trata-se de uma criança que não se comunica como é esperado para uma criança de sua idade, sendo identificada na escola, a partir da dimensão do diagnóstico clínico pertinente à Síndrome do X-frágil. Destaca-se que tal síndrome pode estar referida a casos de autismo bem como estar relacionada a quadros de retardamento mental sem que, nessas condições, se verifique a presença de manifestações autísticas.

⁶⁹ Ao contrário da Professora 1, nosso contato com a Monitadora de Apoio à Inclusão somente pode ser efetivado de modo informal, pois ela não dispunha de tempo para levar conosco uma entrevista aos moldes da que foi realizada com a outra professora de *T*. Esta profissional se desdobra em atividades como auxiliar de inclusão no período matutino na Escola *α* e, no período vespertino, realiza as mesmas funções na UMEI contígua a esta escola.

Dado o diagnóstico e sendo ele do conhecimento de todos na escola, trata-se de um caso que é considerado um impasse para o professor, na medida em que há limitação na comunicação oral e na aprendizagem dos conteúdos formais e curriculares.

4.5.1.2 A Criança

T é proveniente de um núcleo familiar bastante peculiar, composto por ele, seus pais e dois irmãos mais novos – uma menina e um menino, este último também diagnosticado com síndrome do X-frágil. À época da pesquisa, os irmãos de *T* contavam respectivamente nove e cinco anos. As três crianças estudam na mesma escola e no mesmo turno. A família de *T* mantém uma situação socioeconômica relativamente estável – a mãe é massoterapeuta e o pai, mecânico. Portanto, seus pais trabalham e, quando as três crianças retornam da escola, ficam sob os cuidados do avô materno.

A criança apresenta alguns sinais perceptíveis relacionados aos quadros de Autismo Infantil Precoce. Desta forma, são observadas estereotípias motoras com as mãos, a partir de um movimento repetitivo de agitação dos membros inferiores e balanceio do corpo. Também apresenta a particularidade de não fazer uso frequente e eloquente da expressão oral para comunicar-se, revelando uma comunicação expressiva bastante rudimentar. Para tanto, emite pequenas palavras ou frases curtas, oscilando entre a expressão clara da fala, com uso aparentemente espontâneo da linguagem, e manifestações ecológicas de pequenas palavras e expressões que somente as pessoas mais próximas a ele são capazes de compreender. Para interagir com as pessoas *T* prefere a comunicação gestual, às vezes mesclando-a com a expressão oral ou substituindo uma pela outra. Desta forma, atualmente, ele pode muito bem dizer um “tchau” acompanhado do gesto correspondente ou, simplesmente, acenar para que seu interlocutor entenda que ele está se despedindo ou pedindo para que se retire. Também apresenta demonstrações esparsas, mas aparentemente espontâneas, de afetividade, dirigidas às pessoas que o cercam e que são encarregadas de seus cuidados mais diretos. Sendo assim, *T* consegue desejar à mãe bom dia, dizer a ela que a ama, ou atualmente, na escola, permitir o contato físico entre si e as professoras⁷⁰.

Até a sua entrada no Ensino Fundamental da Escola α , *T* apresentou problemas na motricidade grossa, manifestando grandes dificuldades na marcha. Também apresentava dificuldades na localização espacial, razões pelas quais ele não conseguia se locomover pela

⁷⁰ Há registros de que, no período em que permaneceu na Educação Infantil, a criança não conseguia permanecer na presença de estranhos, agitando-se bastante.

escola de forma autônoma, necessitando de auxílio para tanto. Estas informações, recolhidas em relatos e registros acadêmicos e ratificadas por suas professoras, ainda nos informam que a criança não gosta de atividades de colorir, pois não consegue o manuseio adequado do lápis. Por outro lado, o garoto gosta de música e das atividades de informática que recebe na escola e demonstra um interesse especial por dobradiças e fechaduras de portas e janelas. Também gosta de ver livros de história (momento em que, ao seu modo, ele conta histórias comunicando o que vê) e também de desenhos animados que passam na TV.

De acordo com a Mãe T, em casa, seu filho prefere brincar com a irmã a brincar com o irmão. Na observação desta senhora, a criança não tem muita afinidade nem com o irmão nem com o pai. Também em casa, ele não recebe estímulos muito variados, dedicando-se muitas horas aos desenhos animados da TV e permanecendo sozinho em seu quarto. Este isolamento é um motivo de preocupação para sua irmã. Ao contrário dos irmãos, aparentemente a menina não apresenta qualquer limitação em sua saúde física, mental ou cognitiva e, na dinâmica família-escola, ela parece funcionar como uma guardiã dos interesses dos irmãos, repassando os recados que a escola envia a seus pais e também ajudando o avô a cuidar deles nas ausências materna e paterna. De acordo com a mãe da criança, a irmã de T acredita que ele deveria participar do programa educativo Escola Aberta para poder se desenvolver melhor.

4.5.1.3 A criança e a aprendizagem

Em toda a rede municipal de ensino, mesmo os alunos que são identificados por suas necessidades educativas especiais e não apresentam rendimento escolar compatível com a sua idade, assim como T , possuem boletim escolar, como todos os outros. Porém, eles não são avaliados a partir dos resultados obtidos em provas e atividades curriculares, assim como os demais. Para eles, esta avaliação é registrada em relatório qualitativo, em que podemos encontrar algumas informações sobre a evolução da aprendizagem de T ⁷¹. Sendo assim, além das informações a respeito da aprendizagem formal do aluno, recolhidas em entrevista com seus professores, é possível verificar algumas destas informações em registros feitos em pasta de registro acadêmico e referentes a anos anteriores. Através destas informações foi possível verificar que o enfoque principal encontra-se no relato sobre a evolução da criança com a socialização, sendo este um dos aspectos associados ao trabalho pedagógico. Neste caso, a

⁷¹ Nota-se que estes relatórios trazem também a evolução do comportamento do aluno como principal foco das descrições feitas pelos professores.

socialização torna-se para alguns professores um dos aspectos relevantes de seu processo de escolarização e, conseqüentemente, de inclusão escolar.

Dentre todos os registros localizados entre os anos de 2007 e 2010, destaca-se o relatório final do ano de 2008 como aquele em que se encontra o maior volume de informações sobre os progressos de *T*, desde a sua entrada para o Ensino Fundamental. Desta forma, este relatório destaca seus progressos na socialização, no cuidado com o próprio corpo e no desenvolvimento psicomotor. No caso do aluno, estas questões são entendidas pelos professores como sendo de ordem pedagógica⁷². De modo geral, os professores responsáveis pela elaboração destes relatórios ressaltam também que, ao final daquele ano, o aluno já cumprimentava a professora, apontava para o papel higiênico no armário quando precisava ir ao banheiro ou pegava-o por si mesmo, assim como havia melhorado o uso e manipulação de tesoura, cola e papel. Também fazia tentativas de pronunciar a palavra lixo para jogar fora os papéis e outros objetos, prestava atenção ao chamado da professora, apresentava melhora no desenvolvimento psicomotor e na locomoção em sala de aula, bem como apresentava capacidade de identificação de alguns colegas, chamando-os pelo nome. Desta forma, identifica-se uma ação pedagógica voltada para a aprendizagem de atividades que deem autonomia à criança para a vida diária, tanto na escola quanto fora dela. O direcionamento para o ganho na autonomia encontra-se preconizado no documento sobre a inclusão escolar, elaborado pela Costa; Cunha; Gurgel (2011) a respeito do trabalho do monitor de apoio à inclusão.

Porém, nos relatos subsequentes aos de 2008⁷³, observa-se o avanço contínuo do aluno com melhorias em alguns quesitos de aprendizagem formal, tais como a noção espacial para colorir e a realização de jogos simbólicos. Também se observa a continuidade do progresso do aluno em alguns quesitos relativos à socialização e à autonomia, descritos através da presença de certa intenção comunicativa e de deslocamentos pela escola com maior habilidade. Além disto, especificamente no documento de 2009, se observa a informação de que se trata de uma criança que tem sua aprendizagem identificada pelos educadores a partir da utilização de critérios imitativos na interação com a turma, o que aponta para a importância da dimensão do convívio social para a sua aprendizagem formal. Neste sentido, os avanços identificados pelos professores em sua aprendizagem ao longo destes anos parecem responder a estas ações imitativas e também a comandos diretivos e simples tais como “*Termine a atividade!*”,

⁷² No caso de *T*, esta vertente da aprendizagem fica patente inclusive a partir do comentário das duas professoras atuais de *G*, outro sujeito de nossa pesquisa. Estas profissionais foram professoras de *T* no ano de 2010 e alegam que o foco do trabalho pedagógico com o aluno não era a alfabetização, mas a socialização.

⁷³ Referentes aos anos de 2009 e 2010.

“*Jogue o lixo na lixeira!*”, assim como pode ser encontrado nos registros acadêmicos datados de 2010.

Apesar destes progressos, atualmente, para a Escola α , o principal impasse em relação ao aluno ainda se encontra na questão da aprendizagem de conteúdos formais, tendo em vista a defasagem existente entre ciclo-série-idade.

Em entrevistas realizadas com a Professora 1 e com a Monitora de Apoio à Inclusão, é possível verificar a avaliação em torno da aprendizagem de T . Elas acreditam que, em razão da coordenação motora precária e, principalmente, das dificuldades na fala apresentadas pelo aluno, T não faz uso de linguagem escrita e apresenta uma alfabetização definida pelas professoras como “primária”. Tais situações estariam dificultando o seu processo global de aprendizagem formal, apesar dos ganhos localizados mais pontualmente.

Sendo assim, elas observam que o aluno consegue reconhecer alguns números. Observam também que tenta escrever seu próprio nome quando solicitado e, por isto, acreditam que ele entende os enunciados (aqueles dirigidos a ele verbalmente, aqueles presentes nos livros e nas revistas através das ilustrações e ainda o que acontece na dinâmica de seu cotidiano na escola), sendo capaz de dar conta de algumas coisas que são importantes para o seu cotidiano escolar. Assim como revela a Professora 1, ele dá notícias, por exemplo, sobre as funcionárias da biblioteca que o acompanham na atividade de informática que é desenvolvida neste espaço - “Igual a [responsável] pela biblioteca, onde ele faz a informática, ele fala o nome dela direitinho... dá notícia se ela não vem.... esse tipo de coisa o T percebe, consegue falar onde ela está... assim, do jeito dele, ele comunica” (sic - Professora 1).

Desta forma, consideram que ele entende o que se passa em sala de aula, solicitando espontaneamente para que lhe sejam oferecidas as mesmas atividades direcionadas aos colegas, mostrando-se agitado quando os objetivos direcionados pela Professora 1 não são conseguidos. Segundo a professora, trata-se de uma agitação psicomotora intensa, atualmente sem demonstrações de agressividade, mas diante da qual o aluno usualmente é retirado de sala de aula para que se acalme e também não perturbe a dinâmica da sala de aula. Para que ele fique mais tranquilo, as professoras observam que todas as atividades comuns são realizadas com o auxílio da Monitora de Apoio à Inclusão.

De acordo com esta profissional, nas atividades diárias em sala de aula, é preciso que ela seja diretiva e esteja muito próxima ao aluno:

Embora ele reconheça as letras do seu nome, para sair alguma coisa escrita, tem que pegar na mão mesmo e é o que algumas vezes eu faço. Ou, então, na maioria das vezes, eu risco para ele tentar passar o lápis por cima. Desse jeito ele consegue

escrever. No mais é garatuja mesmo, tudo muito rudimentar. (sic Monitora de Apoio à Inclusão)

Apesar destas dificuldades, o aluno demonstra reações de satisfação quando, por exemplo, reconhece o seu nome escrito ou que, com a ajuda da Monitora e da Professora 1, ele percebe que suas atividades tiveram os mesmo resultados que a dos colegas.

Assim, o estado de agitação da criança não é frequente e as professoras afirmam que, na maior parte do tempo, ele está em sala de aula, desenvolvendo com a ajuda da Monitora de Apoio à Inclusão as mesmas atividades dos outros alunos. Nas palavras da Professora 1, em sala de aula ele fica “ [...] assistindo aula de Geografia, de História, [...] participando do jeito dele. [...] Não dá pra saber bem o que se passa, mas pelo menos em silêncio ele está” (sic - Professora 1).

Torna-se importante salientar que, para a Monitora de Apoio à Inclusão, as possibilidades de aprendizagem de *T* somente poderão ser alcançadas de forma gradual e bastante lenta. Tais circunstâncias evidenciadas pelas professoras na relação da criança com a aprendizagem parecem traduzir a manifestação de seu interesse pelas atividades escolares e pela escola.

Portanto, no que tange à aprendizagem formal, o impasse da criança com a alfabetização é o principal problema vivenciado pelos educadores em relação a *T*, uma vez que eles acreditam que, diante das manifestações da criança em sala de aula e das características pessoais apresentadas por ele, há um potencial de aprendizagem formal ainda subdesenvolvido e que deveria ser fomentado. Para chegarem a esta conclusão, elas partem da observação sobre os ganhos obtidos com o aluno no decorrer dos últimos anos, no que diz respeito a pequenos avanços pedagógicos observados anualmente, o que aponta para a dimensão da aposta destas profissionais quanto às respostas que este sujeito pode ofertar em torno da aprendizagem. Assim, na ausência de parâmetros avaliativos especialmente construídos para comparar e avaliar os ganhos pedagógicos do aluno em torno de uma instrução formal e buscando criar alternativas para esta criança, assim como nos apontamos na introdução deste tópico, toma-se como referência principal a evolução da criança na organização de atividades da vida diária e na socialização como índices pedagógicos de aprendizagem. Neste caso, a dimensão da relação do aluno com as pessoas e com o cuidado consigo revela-se como índices concretos para o professor sobre o desenvolvimento do aluno.

Por outro lado, em suas avaliações, as professoras recorrem, sobretudo, aos critérios identificados em estudos realizados a respeito da síndrome do X-frágil. Assim, aponta-se que, para a Professora 1, a vertente da aprendizagem formal parece se sobressair como uma

possibilidade a ser alcançada, mas também como um impasse e uma dificuldade na efetivação do processo de inclusão do aluno. Sendo assim, observa-se a sua angústia quando ela revela que “Em comparação com o que eu li a respeito da síndrome, este aluno está muito aquém do que poderia estar” (sic -Professora 1). Ao fazer esta equiparação, seguramente ela estabelece uma equivalência homogênea entre os critérios diagnósticos divulgados a respeito da síndrome e os índices que são particulares ao aluno, na justa busca por uma alternativa pedagógica que lhe seja viável.

Ao mesmo tempo, introduz-se uma questão paradigmática em torno da definição do processo de inclusão deste aluno. Afinal, num caso como o de *T*, que elementos podem ser considerados pelo professor no processo de inclusão escolar – a alfabetização da criança ou o ganho constante nas habilidades sociais na escola e nas interações sociais? Assim, vejamos como este percurso tem sido experimentado pelo aluno e por seus professores.

4.5.1.4 A criança e os colegas⁷⁴

A partir dos registros acadêmicos realizados, observa-se que, desde a sua inserção na escola, no ano de 2007, houve alterações substanciais no comportamento da criança. Observa-se nele evoluções permanentes. Inicialmente, este comportamento era referido como impulsivo e inconstante, sujeito a variações entre o isolamento e o alheamento em relação às outras pessoas, e o uso de agressividade para relacionar-se com elas, sobretudo com os colegas de quem o aluno não aceitava auxílio. Com o passar do tempo⁷⁵, *T* vai sendo descrito nestes instrumentos como uma criança que consegue manter um comportamento mais adequado e mais aberto à socialização, aceitando ajuda de um colega (aluno *Y*, colega de *T* desde a Educação Infantil) nas atividades direcionadas pela professora em sala de aula. Também passa a utilizar-se de linguagem gestual para conseguir expressar seus sentimentos e intenções.

De todos estes instrumentos avaliativos disponibilizados na pasta de registro acadêmico do aluno entre os anos de 2007 e 2010, destacamos novamente algumas observações referentes ao ano de 2008⁷⁶, quando são notadas as observações dos professores

⁷⁴ Não foi objetivo de nossa pesquisa entrevistar os colegas dos alunos em questão em nossa pesquisa. Portanto, durante a realização da pesquisa de campo, não nos ocorreu sobre a importância de realizar entrevistas com estas crianças. Neste sentido, os dados recolhidos provêm então de breves observações sobre momentos específicos de encontro da criança com os colegas ou com outras crianças na escola.

⁷⁵ Ressaltam-se os relatórios semestrais de 2007 e os relatórios anuais dos anos de 2008 e 2009.

⁷⁶ Assim como ocorre no item *A criança e a aprendizagem*, o ano de 2008 também se mostrou revelador dos avanços do aluno.

de que as evoluções do aluno acontecem de forma descontínua e que a aquisição de habilidades sociais, assim como as questões relativas à aprendizagem formal, seguem o mesmo padrão, com grande componente imitativo aos colegas. Logo, estas anotações traduzem como a sua evolução na escola estaria atrelada ao convívio com os colegas em diversos espaços da escola. Diante da dificuldade de expressão verbal de *T*, como são as reações da criança diante de seus colegas? Qual é a receptividade da criança a eles? Como as crianças interagem com *T*? Estas foram questões que nortearam nossas observações.

Durante a realização da pesquisa de campo, em três ocasiões foi possível observá-lo em atividades conjuntas com outras crianças:

- a) ambiente 1: sala de aula em momento de aula formal (aula de artes);
- b) ambiente 2: sala de informática em momento de atividade livre; e
- c) ambiente 3: pátio da escola na hora do recreio.

Assim como foi possível identificar nos relatórios acadêmicos, durante as observações em questão percebe-se que as interações da criança com o ambiente sempre se alternam a momentos de reclusão, em que ele parece apenas observar o que se passa à sua volta. Por outro lado, observa-se que, em sala de aula, *T* sempre é convidado a participar das atividades com os demais alunos, sendo mais frequentemente solicitado pelo colega *Y* que, em sala de aula, assenta-se perto dele e lhe presta assistência quando necessário.

Da observação realizada neste ambiente, destaca-se o momento em que os alunos aprendiam a fazer uma pequena caixa de papel, orientados pela Professora 1. Durante esta atividade, observa-se que a interação da criança com os colegas somente é realizada quando ele é solicitado. Assim, observam-se as passagens em que, no decurso desta atividade, uma colega se aproxima e pede a *T* uma tesoura emprestada. Ele a responde, reagindo positivamente, fazendo um gesto com as mãos como quem autoriza o empréstimo. Em seguida, a Professora 1 se aproxima e ele mostra a ela a caixinha produzida, demonstrando satisfação. Observa-se também que, na mesma ocasião, ele reagiu com um bater de palmas espontâneo, em comemoração ao anúncio feito por um colega, de que a luz elétrica da escola havia voltado após algumas horas de interrupção. Em seguida, todos os colegas comemoram junto com *T*.

Na observação realizada em atividade livre, desenvolvida na sala de informática pela Professora 5⁷⁷, os alunos consultavam sites e desenvolviam jogos pelo computador de acordo com o interesse de cada um. Agrupavam-se em duplas ou trios, para consulta às máquinas,

⁷⁷ Trata-se de uma professora de conteúdo específico da turma que, neste dia, cobria a ausência da Professora 1 da escola.

pois não havia computadores disponíveis para todos. Todos os alunos desenvolviam atividades, enquanto *T* aguardava a sua vez de mexer em um computador, junto a algumas meninas que realizavam um jogo de vestir bonecas. Pouco tempo depois, o colega *Y* o chama para se juntar a um grupo de meninos e fazer uso do computador. *T* e a Monitora de Apoio à Inclusão se mobilizam para isto e ele começa a participar da brincadeira, a partir da intervenção do colega que lhe pergunta o que ele quer. Sem nada dizer, *T* dirige-se ao colega, tocando-lhe ligeiramente o ombro e acenando para a tela do computador. Em seguida, os colegas incentivam-no a jogar. Ele responde a este chamado e passa a manipular o computador num jogo de corrida. Os outros meninos o assistem na brincadeira. Sendo assim, na maioria das vezes, as interações sociais da criança são provocadas por algum colega ou grupo de colegas. Logo, se provocado, *T* reage de forma adequada e pertinente à situação ou, se está presente em um ambiente em que há pessoas que não fazem parte de seu convívio diário, ele convoca a Monitora de Apoio à Inclusão para interagir especificamente consigo, assim como pudemos detectar na observação relatada a seguir.

Na hora do recreio, *T* foi encontrado ao lado de uma mesa em que estavam outros meninos jogando tapão. Um funcionário da escola se aproximou e *T* fez um sinal para que ele fosse embora, emitido o som “*Oxgoti*”, traduzido naquele momento por algumas pessoas que estão por perto como “chiclete”. “É ‘sai, chiclete’?”, perguntam. O funcionário então pergunta se ele quer chiclete e ele repete os gestos e o som, permanecendo assim até que o rapaz saia de perto. Em seguida, a criança coloca-se na mesma postura de corpo do grupo de crianças que desenvolvia o jogo e, debruçando sobre a mesa, observa-as, mas não apresenta interação espontânea com elas. Expressando-se, a criança bate na mesa, imitando o movimento do jogo desenvolvido pelas crianças, mas não estabelece com eles nenhum contato direto. *T* percebe o jogo e, aponta-o para a Monitora de Apoio à Inclusão, expressa satisfação. Em seguida, volta-se para a sua própria brincadeira imitativa, repetindo a mesma sequência algumas vezes. Desta forma, observamos que, assim como lhe é próprio, *T* não interage diretamente com o grupo. Nota-se que sua interação com o meio nesta ocasião novamente se fez através da Monitora de Apoio à Inclusão.

Salienta-se que, tal como o aluno *Y*, algumas destas crianças com quem observamos *T* são suas colegas desde o início de seu processo de escolarização, e, assim como pudemos perceber, aparentemente elas não traçam limites distintivos com ele. Em sua maioria, elas o chamam a participar e interagem com ele, oportunizando situações e criando condições para que ele participe das atividades. Desta maneira, pode-se dizer que a criança encontra-se

adaptada ao ambiente da escola e encontra nos colegas um suporte importante, na medida em que o laço estabelecido entre eles possibilita que *T* interaja e, a seu modo, se expresse.

4.5.1.5 *A criança e o professor / O professor e a criança*

Na Escola α , a dimensão de algumas das características autísticas de *T* não aparecem como questão para os educadores, tais como a ecolalia e as estereotípias motoras ou os momentos de isolamento. Assim, *T* é conhecido por todos os professores, a partir de seu diagnóstico de síndrome do X-frágil, e costuma ser identificado por eles como o “*T, o menino do X-frágil*”. Logo, o que as professoras podem dizer sobre estar com um aluno que apresenta uma diferença radical tal como *T*?

Observa-se que a disseminação e o conhecimento do laudo médico na escola não evitou a angústia experimentada pela Professora 1 quando de seu primeiro contato com o aluno em sala de aula. Ela afirma que já sabia do diagnóstico do aluno, mas quando recebeu a notícia de que seria a professora regente da turma em que a criança encontrava-se inserida, sua reação foi de desespero diante das diferenças apresentadas por *T*. Assim, ela relata que, independentemente de estar a par do diagnóstico, teve uma reação impactante no encontro com o aluno:

Quando me deparei com o *T* na minha sala, que eu fui falar: ‘O *T* é meu!’, eu falei: “Nó! O que eu vou fazer?”. Eu olhava assim, e perguntava: “Gente, o que eu faço?”. Assim, eu queria pedir socorro. E conversando com a estagiária⁷⁸, ela falou assim: - “[Professora 1], eu também não sei!”. Eu fiquei apavorada! A primeira semana eu fiquei apavorada! Juro que eu fiquei! [...]. (sic Professora 1).

A sensação de apavoramento da professora vem em nome de sua dificuldade com as dimensões da fala, da expressão verbal e da interação social. Apresentadas da forma como se verifica em *T*, estas questões estão mais próximas de alguns quadros de autismo infantil precoce que da síndrome do X-frágil e tem se apresentado como um obstáculo para a comunicação e a interação da Professora 1 com seu aluno, tal como podemos verificar na passagem a seguir:

Eu conseguia comunicar como o *G*⁷⁹, né? Não sei! A língua para mim é uma barreira! Uma barreira muito grande! Você não conseguir comunicar?! O *T* não consegue desenhar para mim, ele não consegue me contar! E aí eu fico mais apavorada ainda [...] porque tem dias que a gente vê que ele tá inquieto, que ele tá sofrendo, mas a gente não consegue saber o que se passa com ele! (sic Professora 1)

⁷⁸ Nome também utilizado dentro da rede municipal de ensino de Belo Horizonte para identificar o auxiliar de inclusão. Refere-se aqui a outra monitora de apoio à inclusão, diferente da atual Monitora de Apoio à Inclusão.

⁷⁹ *G* também é sujeito de nossa pesquisa e havia sido aluno da Professora 1 no ano anterior.

Trata-se, portanto, de uma questão particular desta professora que, diante das dificuldades do aluno, se sensibiliza e se vê mobilizada para buscar compreender o que se passa com *T* no cotidiano escolar, mas também perdida diante de um aluno cuja expressão oral é descrita como rudimentar. Contudo, em suas análises sobre a inserção deste aluno em sua classe e sobre as dificuldades vivenciadas por ela para conduzir os processos de inclusão de *T*, ela também levanta três outros aspectos que consideramos importantes de serem salientados e que se referem tanto à dimensão da formação do educador para lidar com casos como o de *T*, quanto à dimensão institucional na condução dos processos de inclusão da criança.

4.5.1.6 O professor e a inclusão escolar

A Professora 1 revela que, de maneira geral, os professores do ensino regular não recebem preparação acadêmica em suas formações para lidar com os diferenciais apresentados pela criança em questão. Afirma ela que

A gente não faz pedagogia para trabalhar com o aluno que tem dificuldade. Todas as teorias pedagógicas que eu tive nos meus quatro anos de pedagogia e depois na pós-graduação foram para alunos de quem a gente consegue alguma resposta. (sic – Professora 1)

Desta maneira, a inclusão escolar do aluno em questão é definida para esta professora pela medida do encontro com o que ela denomina de “Mundo muito desconhecido!” (sic – Professora 1), não localizando muitos endereços em que possa tratar das dificuldades que emergem dele. Em sua percepção, casos como o de *T* não são alvo de discussão na escola. Em suas palavras,

Por mais que você lê, por mais que você lê os relatos, não tem com quem conversar sobre isso! [ênfase na frase] Será que o que eu vi ali tá certo? Igual eu te falei sobre ele estar falando mais... Será? [...] Acho que no final o que fica para mim é um pedido de socorro mesmo. (sic Professora 1)

Portanto, o que esta professora diz a respeito de sua convivência com o aluno revela a dimensão do encontro contingencial com uma criança que lhe apresenta algo imponderável, para o qual ela deve dar uma resposta. Em princípio, resta-lhe a certeza do dever de algo a ser feito pelo aluno, mas também a insegurança e a sensação de estar só nesta empreitada. Sendo assim, mesmo sem ter a real noção de por onde seguir, diante da diferença e do desafio colocados pela necessidade de levar adiante os processos pedagógicos da criança em questão, esta professora imediatamente buscou alternativas que visassem ao rompimento ou à minimização das dificuldades que ela identifica para o processo de inclusão no aluno:

Eu não conseguia sair do lugar com ele! Comprei uns livrinhos daqueles que a gente compra com coisas de colorir, de levar o menininho até um lugar, assim... porque eu não sabia o que eu ia fazer com ele! (sic Professora 1)

Nesta busca por alternativas, o percurso feito por ela levou-a a sites e a blogs que falavam da Síndrome do X-frágil, sendo este o seu referencial diagnóstico em relação à criança e o seu referencial teórico para construir uma saída pedagógica para *T*. Foi desta forma que ela chegou à atividade de informática que hoje ele frequenta na Escola, auxiliado pela Monitora de Apoio à Inclusão. Em sua avaliação, em comparação com outras crianças que têm a mesma síndrome, *T* está aquém em seu desenvolvimento cognitivo.

Assim como as anotações dos registros acadêmicos, a Professora 1 também faz observar os contínuos avanços do aluno na socialização e no contato com as pessoas, inclusive com ela. Ela identifica que, ao curso de cerca de cinco meses de contato com o aluno, ele já consegue interagir melhor com ela e com a Monitora de Apoio à Inclusão. Nas palavras desta Professora,

Agora ele pega na minha mão, porque antes ele não pegava. Ele entra na fila... ele não aceitava que você tocasse nele... que você se aproximasse dele, sabe? E agora ele dá beijo na [Monitora de Apoio à Inclusão], ele abraça, ele já consegue lidar melhor com isso. (sic - Professora 1)

Em relação ao contato da criança com a Monitoras de Apoio à Inclusão, observamos que ela oferece ao aluno uma possibilidade de apaziguamento diante de algumas agitações cotidianas na escola. Segundo a Professora 1, logo no início do ano, quando houve uma interrupção temporária deste acompanhamento e a substituição de uma profissional pela atual Monitora, *T* regrediu na aquisição das habilidades sociais, adquiridas até então. Ela teve a impressão de que ele sentiu-se “perdido”, pois a criança voltou a perambular pela escola, evacuar na própria roupa e acentuou-se nele algumas manifestações sintomáticas que podemos identificar como sendo próprias ao Autismo Infantil Precoce – estereotípias motoras, agitação psicomotora com balanceio do corpo e isolamento, além de auto e heteroagressividade. Atualmente, ele encontra-se sereno com a atual Monitora.

Interrogada sobre o cotidiano de seu aluno, esta professora afirma que procura estar sempre por perto, que lhe apresenta as oportunidades de maneira igualitária àquelas apresentadas aos demais alunos, mas que não impõe nada a ele. Assim, aceita a forma com que ele faz as atividades direcionadas em sala de aula, as quais são comuns a todos. Nas observações que fizemos da dinâmica estabelecida entre o aluno e esta professora, destacamos que, ao seu modo, *T* dirige-se com frequência a ela, comunicando-se, estabelecendo contato, inclusive físico, e que há a preocupação frequente dela em traduzir, colocar sentido nas suas

manifestações, tal como pudemos verificar quando do primeiro encontro desta pesquisadora com a criança: “Nossa, que colorido bonito! É! Hoje você tá alegre... olha as cores. Tem dias que é tudo preto. Hoje você tá bem... ó, que joia!” (sic – Monitora de Apoio à Inclusão).

Observa-se que esta professora parece guardar com ele uma aproximação que, em certo sentido, diríamos ser calculada, pois ela se coloca claramente em uma postura de quem sabe que cumpre o papel de orientá-lo na medida do que ele necessita e lhe demanda, secretariando-lhe em suas necessidades diárias e ofertando-lhe os estímulos necessários para que, no seu ritmo, ele possa avançar, sem forçá-lo a atividades e atitudes para as quais ele não manifesta interesse. Desta maneira, ela parece entender que, na interação com a criança, há a necessidade de um espaço de aproximação e distanciamento físico e subjetivo, aparentemente conseguindo com que ele permaneça tranquilo na escola, na maior parte do tempo. Ela afirma que todo o seu empenho é para que ele consiga autonomia em tarefas cotidianas.

Trata-se, então, de um olhar lançado para a criança que parece considerar o tempo, a forma e as possibilidades de resposta que ele pode dar. Encontramos aqui a dimensão do laço social explicitado por Rahme (2010) como estratégia de inclusão escolar e social de sujeitos que apresentam quadros de autismo.

4.5.1.7 A escola, seus profissionais e a família / A família, a escola e seus profissionais

Na concepção da Professora 1, a boa interação do aluno com a Monitora de Apoio à Inclusão responde à uma possível carência afetiva e ao que ela também pensa ser uma sensação de abandono experimentadas pela criança. Em sua concepção, a família de *T* não lhe presta assistência em termos de atendimentos clínicos em saúde (tratamento fonoaudiológico, acompanhamento psicológico, dentre outros), que ela percebe serem necessários para seu desenvolvimento cognitivo, como também não é atenta ao que se coloca no cotidiano da criança na escola: “Tudo o que vai na pasta dele volta intacto. A gente vê que ninguém mexe. [...] Desde 2008, quando ele deixou o CRIA, ele está sem atendimento. É só aqui na escola e isso eu acho pouco para ele [...]” (sic – Professora 1).

Contudo, ela considera que apesar da frequência do aluno à escola ser uma saída legítima, ainda lhe restam dúvidas, pois pensa que se trata de uma estratégia insuficiente para que o aluno alcance a alfabetização e o sucesso escolar. Alega já ter solicitado a presença dos pais para discutir o caso de *T*, na esperança de que pudessem lhe dar alguma pista sobre como trabalhar com o aluno, mas que eles não responderam às suas expectativas, pois também não sabiam o que fazer com a criança.

Porém, se do lado da escola há uma percepção em torno de uma família que não sabe como lidar com *T* e que não investe nos cuidados necessários para ele, do lado da família verifica-se a percepção sobre a importância da participação da criança na escola regular para os progressos em seu desenvolvimento global e, assim, nos seus processos de inclusão social.

Esta questão está colocada pela mãe a partir de dois fragmentos que se demonstram ilustrativos em relação ao papel da escola na vida de seu filho. No primeiro deles, ela revela que:

[...] Eu até falei pra ela a questão de escola especial ter psicólogo já integrado dentro da escola especial, terapeuta ocupacional... natação... nem sei se existe escola assim. E ela me falou que não. Me explicou todo aquele processo que eu te falei, que ele iria copiar. Ela percebeu que ele copia muito o que o outro faz e não seria legal pra ele [ficar na escola especial]. (sic Mãe T)

Desde então, a criança frequenta a escola regular que, para esta mãe, contribuiu positivamente inclusive para que ela mesma aceitasse melhor a condição de seu filho, sendo que sua expectativa em relação à escola sempre foi de que a criança falasse e aprendesse.

No segundo fragmento, verifica-se a afirmativa da Mãe T sobre os efeitos que a elucidação dos diagnósticos clínicos gerou sobre ela. Salienta então os sentimentos de estranhamento, de rejeição e de culpa pela condição de saúde do filho. Ressalta que, ao buscar a escolarização regular para o seu filho, tinha a expectativa de que ele falasse e aprendesse como as outras crianças e que, por ter percebido o progresso no desenvolvimento de *T* depois do ingresso na Escola *a* e a forma como ele é tratado, ela começou a percebê-lo de outra forma:

Hoje eu encaro isto normalmente. Eu não vejo ele diferente. Não vejo ele de outro jeito. Se fosse de outro jeito não seria igual é agora. Se ele fosse igual aos outros meninos? Se ele fosse igual aos outros meninos, seria igual aos outros meninos. Não teria esse cuidado todo, esse respeito, esse carinho com ele. Tudo normal. Poderia ser agressivo, né? Brigão! Poderia ter outros tipos de problema, né? Por que não? [...] E para mim também... A escola também ajudou muito esse... essa aceitação [...]".(sic Mãe T).

Desta forma, ela salienta o progresso conseguido durante processo de escolarização de seu filho, destacando o papel decisivo da escola regular em sua própria mudança de postura em relação à criança.

4.5.1.8 A família e a pesquisadora

Nosso contato com a família de *T* foi realizado em uma entrevista com a mãe da criança. Para a marcação desta entrevista, realizamos um contato telefônico em que fomos

recebidos com bastante hostilidade. Em função de experiências anteriores com algumas equipes de saúde, quando do nascimento do outro filho portador da mesma síndrome e quando do desvinculamento de *T* do CRIA, a mãe da criança afirma ter perdido a confiança nos profissionais de saúde. Esta mãe se disse traumatizada com as abordagens das equipes de saúde às questões com seus filhos. Entretanto, ela se dispôs a nos encontrar e, em Entrevista de Orientação Psicanalítica, nos revelou a história da construção do diagnóstico clínico da criança, bem como sua posição particular diante do que significa para ela ter descoberto a diferença apresentada pelo filho e ter conseguido nomear esta diferença.

A partir das confirmações diagnósticas de suas próprias percepções em torno dos atrasos no desenvolvimento de *T*, ela relata que seus sentimentos foram de susto e de alívio. O sentimento de alívio veio em decorrência da localização ofertada inicialmente pelo diagnóstico de autismo e, posteriormente, pelo diagnóstico de síndrome do X-frágil. A este alívio misturou-se um estranhamento; em suas palavras, um “susto” (sic- Mãe T), na medida em que percebeu em si mesma um sentimento de rejeição em relação à criança, questão que, como salientado anteriormente, a escola e os tratamentos clínicos ofertados ao menino ajudaram a amenizar.

Em seu relato, também fica esclarecida a dimensão de rejeição que a própria criança sofreu na família extensa e, diante desta circunstância, a solidão experimentada por esta mãe no cuidado com seu filho:

A família, ninguém quis me ajudar. Ninguém quis. [...] As minhas cunhadas, ninguém deixava os filhos próximos dele. Acho que pra não copiar as coisas que ele fazia, né? E eu não conseguia que ele fizesse um monte de coisas. Ele não aceitava que eu o alimentasse e todos diziam que eu é que não sabia fazer as coisas. Então, eu me senti muito sozinha. (sic Mãe T).

A Mãe T atesta então a sua impotência para lidar com a diferença apresentada pela criança e afirma que se sentiu fortalecida ao perceber que, em decorrência da tendência imitativa do menino, ele poderia contar com a irmã para aprender.

Por outro lado, do contato estabelecido com esta mãe, fica a percepção de que, apesar das claras características autísticas de *T*, para ela, assim como para a Professora 1, conta bem mais o diagnóstico de síndrome do X-frágil. No seu caso, o peso atribuído a este diagnóstico fica compreensível a partir a questão da transmissão genética feita por ela aos filhos, revelando uma dimensão da culpa desta mulher em relação a uma doença genética, de transmissão monozigótica feminina e que acomete tanto *T* quanto seu irmão: “Eu via que ele era diferente [refere-se a *T*] e achava que a culpa por ele não estar desenvolvendo era minha, que era eu que não sabia cuidar. Hoje eu já sei que não é assim” (sic Mãe T).

Na entrevista realizada destaca-se que, a partir da possibilidade de ela verificar que há outras pessoas com outros problemas tão sérios quanto os dela, foi possível encontrar novos sentidos à culpa sentida por esta mãe. Possibilitou-se uma abertura para que ela pudesse dizer sobre as surpresas experimentadas com o filho e sobre a necessidade buscar os tratamentos clínicos recomendados pela escola.

Mãe 1: Te falar a verdade!

Pesquisadora Fernanda: Sim?!

Mãe 1: Não tinha esperança dele falar. A primeira vez que ele falou, ele tinha seis, sete anos. Hoje é 'Bom dia, mamãe!', 'Beijo... Te amo!' [...] Eu gostei muito de conversar com você, viu? [...] Sexta-feira agora eu tenho uma folga do trabalho e quero levar ele no Hospital das Clínicas. Entendeu?

Pesquisadora Fernanda: hum rum...

Mãe 1: Eu quero, até porque acho até que é uma forma de estar aliviando a culpa, né? (sic Mãe T)

Diante do exposto, coloca-se em questão a dimensão da relação da família com o anúncio diagnóstico clínico e com o próprio desenvolvimento da criança a partir daquilo que foi possível a esta mãe assimilar sobre tal anúncio. Salientam-se as experiências cotidianas com o desenvolvimento de seu filho, bem como a sua própria reação e de sua família a esta evolução.

4.5.1.9 Propostas de intervenção da escola

Assim como podemos verificar até o presente momento deste relato de caso, trata-se de uma criança cuja assistência educacional especializada tem ocorrido por intermédio de um monitor de apoio à inclusão às atividades da vida diária do aluno. A intervenção também se dá pela estratégia implantada pela Professora 1, a partir do início do ano letivo de 2011, tendo em vista o entendimento formulado a partir de pesquisas a respeito do diagnóstico de Síndrome do X-frágil. Porém, a estratégia de inseri-lo em uma atividade de informática, que lhe possibilitasse o treinamento da obediência a comandos e de controle motor, através do manuseio do *mouse*, tem sido considerada insuficiente por esta professora, bem como sua frequência somente à escola regular. Para ela, a melhor proposta de intervenção seria aquela que aliasse as intervenções educativas às intervenções da área de saúde, sobretudo as que busquem minimizar ou sanar as dificuldades de expressão comunicativa da criança, o que, em certo sentido é legítimo.

Ela também entende que seria proveitoso que a criança frequentasse o programa Escola Aberta⁸⁰. Na Escola α , este programa funciona diariamente, em contraturno ao período escolar, com atividades de socialização e de interação com a comunidade, desenvolvidas intra e extramuros da escola. Em razão da diversidade de estímulos oferecidos pelo programa, a Professora 1 acredita que seria mais interessante para o aluno participar desta atividade que ficar ocioso e isolado em casa, assim como a família alega que ele permanece. Torna-se necessário ressaltar que esta proposta de intervenção é apoiada tanto pela Monitora de Apoio à Inclusão quanto pela família do aluno.

Diante das propostas de intervenção levantadas pela Professora 1, localizamos os impasses que se seguem. Em relação à proposição de intervenção clínica, a escola encontrava certa resistência da família que, aparentemente, se apoiava em duas posições essenciais: i) inicialmente, uma postura de não acreditar nas intervenções feitas pelos profissionais da área da saúde e; ii) acreditar no trabalho desenvolvido pela Escola como veículo de modificação das condutas de *T*. Portanto, aponta-se que ao mesmo tempo em que há uma descrença desta mãe em relação aos tratamentos de saúde requeridos pela Escola α , verifica-se a total confiança nas estratégias implantadas pela mesma instituição para auxiliar no desenvolvimento e na inclusão do menino.

Já em relação à proposição de inserção da criança no programa Escola Aberta, verifica-se que a efetivação desta proposta está atrelada a condições de efetivação da política de inclusão do Município. De acordo com os educadores da Equipe de Apoio à Inclusão, não haveria condições de se destinar o trabalho da Monitora de Apoio à Inclusão ou de outro profissional somente para o acompanhamento do aluno em atividades de contraturno. Tendo em vista este fator, até o momento de fechamento de nossa pesquisa de campo, *T* permanecia sem participar do programa.

Conquanto todas estas estratégias nos pareçam válidas para o desenvolvimento da criança, torna-se ser necessário interrogar outra dimensão que já vem surtindo resultados e que é reconhecida por todos professores e pela família. Tal dimensão diz respeito ao laço, estabelecido entre a criança e a escola regular, principalmente por meio do contato com os monitores de apoio à inclusão. Acreditamos que a função cumprida por estes profissionais

⁸⁰ “O Programa Escola Aberta incentiva e apóia a abertura, nos finais de semana, de unidades escolares públicas localizadas em territórios de vulnerabilidade social. A estratégia potencializa a parceria entre escola e comunidade ao ocupar criativamente o espaço escolar aos sábados e/ou domingos com atividades educativas, culturais, esportivas, de formação inicial para o trabalho e geração de renda oferecidas aos estudantes e à população do entorno”. Tal definição pode ser vista no *site* do Ministério da Educação: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16739&Itemid=811.

junto ao aluno *T* demonstra-se fundamental para os avanços conquistados por ele em seu processo de escolarização, sobretudo no que se refere à socialização e ao ganho de autonomia.

4.5.1.10 A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança

Diante das dificuldades de expressão oral experimentadas no contato com *T*, pode-se definir as entrevistas realizadas com a criança como momentos de observação, sejam eles de observação indireta, em que necessitamos manter certo distanciamento da criança para observar a dinâmica de sua interação com os diversos grupos e profissionais na escola – colegas de turma, professores, funcionários, outras crianças⁸¹; sejam eles de observação em contato direto com a criança, tais como duas entrevistas que, respectivamente, iniciaram e que finalizaram estes contatos.

Nestes dois momentos, nosso objetivo era identificar o tipo de resposta que ele poderia nos oferecer, tendo em vista as queixas e as percepções da Professora 1 a respeito das dificuldades experimentadas no processo de inclusão da criança, vivenciadas por ela a partir das dificuldades de compreensão na fala de *T*.

Ao contrário de alguns momentos em que o contato da criança é realizado apenas com a Monitora de Apoio à Inclusão, chamou-nos a atenção o desprendimento da criança em permanecer sozinho em nossa companhia, sem a companhia dela, principalmente na ocasião da primeira entrevista, quando a criança sequer nos conhecia. Havia lhe sido dito que ele estaria conosco para uma conversa. Esta entrevista foi realizada na escola, com a participação da pesquisadora, da então estagiária do NIPSE, a psicóloga Carla Figueiredo, contando também com presença da Prof^a Dr^a Ana Lydia Santiago em parte dela.

O que em princípio se extrai desta primeira entrevista não modifica muito as percepções a respeito do aluno, colhidas em outras observações já relatadas. Da primeira entrevista, pode-se destacar que há uma variação na qualidade das respostas utilizadas por *T*, as quais vão de manifestações verbais puramente ecológicas, em que ele repete algumas falas e palavras do interlocutor ou o som “*Oxigoti*”, repetido constantemente em outras ocasiões, até outras manifestações em que aparentemente é possível verificar alguma intenção comunicativa ou a resposta ao chamado de seu interlocutor, mesmo que de forma inconsistente. Como exemplo, do que é colocando, reproduz-se alguns desses momentos colhidos na primeira entrevista:

⁸¹ Tal como se encontra relatado nos itens que discorrem sobre a criança e seus colegas e sobre a criança e seus professores.

[...] Pesquisadora Fernanda: *T?*
T: Oi?
 Pesquisadora Fernanda: Olha só, você gosta de desenhar?
 [*T* não responde]
 [*T* permanece colorindo]
 [*T* pega o gravador. Ele já havia repetido esta ação várias vezes]
 Pesquisadora Fernanda: Isso daí só tem jeito de ouvir quando você fala. Quer falar alguma coisa no gravador aqui?
 [*T* aponta para a chave do armário]
 Pesquisadora Fernanda: A chave né? O que você tá querendo aí dentro desse armário?
 [*T* balbucia alguma coisa]
 Pesquisadora Fernanda: Hein?
T: Tá fechado?
 Pesquisadora Fernanda: Tá, tá fechado. O que você queria aí dentro do armário?
 [*T* não responde e continua colorindo]. (Primeira Entrevista com *T*, 05/09/2011)

Em outras ocasiões observamos situações que, por parecerem ser manifestações espontâneas da criança, não revelam o elemento ecológico presente nelas. É preciso lembrar que, tanto na escola quanto em casa, a criança é estimulada pela mãe a manter o ambiente em que está limpo, ação que ele repete de forma despropositada durante a entrevista, assim como demonstrado no fragmento expresso acima. Parece ser a repetição desta cena que veremos ocorrer na passagem que se segue:

T: [Balbucia algo que parece ser: quantas horas?]
 Pesquisadora Fernanda: Quantas horas? Ali ó... [aponta para o relógio] onze horas.
 [...] Que horas que você tem que ir embora?
T: [?] sujo?
 Pesquisadora Fernanda: É, ó... tem um sujo aqui, né? O que eu faço com ele?
 [*T* não responde]
 Pesquisadora Fernanda: O que eu faço com ele?
 [*T* não responde]
 Pesquisadora Fernanda: Hein, *T?* O que eu faço com esse sujo?
T: Joga fora.
 Pesquisadora Fernanda: Ah... jogo no lixo?! (os ciscos dos lápis de cera foram jogados no lixo). (Primeira Entrevista com *T*, 05/09/2011)

Por outro lado, se o diálogo acima pode ser a expressão da repetição de uma cena já vivida pelo garoto, há também nela uma resposta da criança à questão “O que eu faço com esse sujo?”. A tal interrogação, *T* responde de forma espontânea e pertinente - “Joga fora”. Neste mesmo padrão de respostas, há manifestações da criança que nos parecem ser genuinamente espontâneas, tais como suas demonstrações de satisfação em permanecer em nossa companhia durante as entrevistas, gesticulando para a Monitora de Apoio à Inclusão e dizendo “Tchau!” (sic- *T*) para que ela fosse embora, ou durante uma passagem de um ambiente a outro, quando da segunda entrevista. Nesta ocasião, após ter-lhe anunciado que conversaríamos após sua atividade de informática, ao término da mesma ele toca ligeiramente em meu braço e diz

“Vamos!” (sic- *T*). Ou, quando ao final da segunda entrevista, já no pátio e vendo-o observar o jogo de bola dos colegas, eu me aproximo e pergunto se ele quer jogar, mas ele não me responde. Em seguida, pergunto a ele se em outro dia eu poderia voltar, se ele voltaria a falar comigo e ele faz sinal negativo com a cabeça para as duas perguntas.

Destaca-se que diante desta negativa, eu me afastei e não insisti mais no trabalho com o aluno. Em relação à segunda entrevista, além destes registros, não há outros que sejam mais significativos em relação ao primeiro. Nota-se, contudo, que há momentos de maior agitação psicomotora e intensificação de estereotípias na criança quando a presença do outro parece se tornar muito intensa para ele, assim como é costume ocorrer aos autistas quando o outro lhes parece muito consistente.

Sendo assim, o que fica ressaltado destes encontros são as características autísticas da criança, detectadas através da interação social, realizada com o outro de forma a não encarar seu interlocutor nem estabelecer um contato direto com este. Também ficam detectadas através dos fenômenos de balanceio do corpo, maneirismos nas mãos e da expressão comunicativa ecológica, comuns ao Autismo Infantil Precoce. Todos estes fenômenos fazem com que o diagnóstico ofertado para *T* seja reavaliado, chegando-se à indicação de que, no seu caso, a síndrome do X-frágil não se conforma como um diagnóstico primário ao autismo, mas, sim, secundário, conforme nos aponta o próprio DSM-IV-TR (APA, 20002).

A partir de algumas considerações a respeito das posições de seus professores diante de seu diagnóstico, tal retificação pode nos auxiliar a identificar o que se passa no seu processo de inclusão escolar, junto ao que é dito pelos professores sobre o aluno. Todavia, esta retificação diagnóstica não retira da criança a condição de aluno com necessidades educativas especiais, fazendo com que ele permaneça no grupo das crianças identificadas por seus transtornos globais no desenvolvimento juntamente aos documentos e dispositivos da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* (BRASIL, 2008; 2009; 2010) e juntamente ao programa de inclusão em que a Escola α se insere.

4.5.1.11 Análise do caso

O que este caso nos apresenta e revela? Sob que perspectiva nos cabe analisá-lo para buscar a elucidação de nossas duas questões fundamentais de pesquisa “como acontecem os processos de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas escolas regulares e por que alguns destes alunos são um problema para a escola? Sob o ângulo da criança autista que apresenta um déficit na fala e na aprendizagem dos conteúdos formais?

Sob o aspecto da família que não oferece à escola aquilo que a instituição solicita e, em consequência, sob a perspectiva apresentada pela Professora 1, em torno de uma família que não oferece apoio à criança? Sob o aspecto da família que, referenciada pela equipe médica que a orientou durante alguns anos, parece acreditar tão e somente na escola como instrumento do desenvolvimento da criança?

Se nos lançamos a seguir estas interrogações encontraremos índices deficitários que não nos auxiliam a encontrar saídas para nossas questões. Certamente estaremos entregues a apontar os déficits de linguagem da criança, bem como algumas insuficiências das professoras e mesmo da família. Sendo assim, por quais caminhos encontraremos a resposta para o modo como a inclusão escolar tem sido efetivada nesta escola regular e por que este caso se constitui um impasse para seus professores, apesar dos avanços conquistados nos últimos anos?

Na trilha que envolve as respostas a estas duas perguntas, encontramos dois elementos fundamentais. De um lado, o diagnóstico clínico como suposto norteador do fazer do educador. De outro, as propostas de intervenção realizadas pela escola para otimizar os processos de escolarização dos alunos e, assim, viabilizar os seus processos de inclusão escolar. Entre estes dois pontos, como elementos desta díade operativa, os professores e sua visão sobre a criança, a família e a inclusão escolar, bem como a família e sua visão sobre a criança, sobre a escola e sobre si mesma em relação à criança.

Nesse percurso, identificamos expressões de rejeição, de estranhamento e de aceitação em torno da radicalidade apresentada pela condição diferenciada da criança, tanto do lado da família quanto do lado da escola, a partir do encontro com o desconhecido da diferença apresentada pelo garoto: “Ele não mamava como todos, não se alimentava como as outras crianças. Eu sabia que ele era diferente”, diz a Mãe T. “Ele não fala, não sabemos o que se passa com ele. Não fui preparada para lidar com crianças assim”, afirma a Professora 1. Entre uma figura e outra, localiza-se o impasse, a dificuldade para lidar com a diferença apresentada pela criança e a certeza da necessidade de fazer algo, apesar das dificuldades.

Contudo, entre estas duas figuras, encontra-se a própria criança e sua relação com os colegas e com a aprendizagem, instâncias pelas quais *T* demonstra aparentar genuíno interesse. No espaço da escola regular, ele é convocado pelo outro e convoca-o a uma dimensão em que o estar na escola certamente lhe faz diferença, sendo preciso levar em consideração a fala de sua mãe sobre isto: “Em casa ele é outra criança. Em casa ele não brinca, é apático” (sic – Mãe T).

Inserido em um modelo de inclusão escolar total, o qual é praticado pela rede municipal de ensino de Belo Horizonte e não prevê recursos assistidos para casos como o de *T*, além da destinação do monitor de apoio à inclusão para o acompanhamento e o desenvolvimento de atividades da vida diária⁸², os demais recursos pedagógicos destinados ao caso da criança e a própria permanência na escola regular como única estratégia visada por sua família, são entendidos pela Professora 1 como insuficientes. Vale resgatar seu ponto de partida: a aquisição de conteúdos pedagógicos formais e curriculares, tendo em vista a comparação de seu desempenho com o de outras crianças com síndrome do X-frágil.

Portanto, torna-se necessário problematizar um pouco a questão levantada pela Professora 1 em torno de uma insuficiência de recursos para atender à criança, tendo em vista seu diagnóstico clínico. O que acontece quando se toma apenas esta perspectiva e se estabelece este critério comparativo entre *T* e outras crianças com X-frágil? Percebemos aqui duas questões. A primeira delas diz respeito a um encontro com a diferença que, em certa medida, obscurece e atordoia esta professora: “Ele não fala! A gente fica pensando assim o que acontece, porque tem dias que a gente vê que ele está angustiado. Eu não sei o que faço.” (sic Professora 1).

Assim como apontamos, é diante deste mal-estar do professor que surgem as propostas de intervenção identificadas neste caso, através das quais pode-se ler uma tentativa de equiparação das possibilidades experimentadas por *T* em relação aos exemplos de outras crianças trazidas pela literatura consultada pela professora. Desta forma o que se busca, em certa medida, é uma redução das características particulares à criança em questão às características do diagnóstico. O que se coloca sob esta avaliação, com toda a vontade de acerto desta professora em relação à melhoria dos processos de escolarização de seu aluno, diz respeito a uma comparação da criança ao que seria previsível a um indivíduo com um diagnóstico da Síndrome do X-frágil, sendo necessário lembrar que, de fato, é possível constatar crianças com níveis mais avançados de desenvolvimento que o apresentado por *T*. Da mesma maneira, em relação ao Autismo Infantil Precoce, localizaremos crianças com um desenvolvimento similar, melhor ou às vezes mais comprometido que o da criança em questão, cabendo lembrar com Tendlarz (1997) e Pimenta (2003) que nenhum autista é igual ao outro. Ou seja, a particularidade da criança excede todo e qualquer diagnóstico psicopatológico hoje buscado pela Educação Inclusiva. Desta forma, é preciso lembrar com Rahme (2010) que o acesso igualitário de todas as crianças à escola regular “[...] não parece

⁸² Estratégia que, certamente, vem alcançando resultados positivos junto a *T*.

minimizar os efeitos do encontro com a diferença, havendo, por conseguinte, a necessidade de reelaborá-las constantemente [...]” (RAHME, 2010, p. 190). Portanto, vê-se na tentativa legítima da professora de oportunizar uma saída pedagógica para a criança, uma tentativa de resignificar o seu encontro com este universo que ela denomina “mundo desconhecido”.

A outra questão nos remete à avaliação de que nesta tentativa de resignificação localiza-se um ideal homogeneizante de aprendizagem formal a ser conquistado pelo e para o aluno. Este ideal não dispensa à professora a questão de sofrer diante de uma conquista que, apesar de lhe parecer possível, também lhe parece distante de ser alcançada.

Neste sentido, a proposição de uma “educação para todos”, esteio dos movimentos em torno da Educação Especial Inclusiva brasileira, tende também a ganhar uma perspectiva hegemônica e a buscar certo apagamento das diferenças individuais, assim como também assinala Rahme (2010). Neste sentido, o ideal de um processo de inclusão que tenha como mote a aprendizagem dos conteúdos pedagógicos estruturados a partir de um conteúdo comum, muitas vezes se coloca por terra, gerando dúvidas e sensações de fracasso no professor e interrogando a escola sobre a sua função em relação a crianças como *T*, bem como as noções sobre inclusão escolar.

Sendo assim, há uma dimensão deste caso que não pode deixar de ser mencionada e que diz respeito à aposta que a família faz na escola para o desenvolvimento da criança, trazendo o que Rahme (2010) aponta como possibilidade para o lugar da escola em casos como o deste aluno: a escola também como lugar de laço. É sob este lugar que a mãe do garoto reconhece a Escola α , desde quando insiste na sua importância em relação ao desenvolvimento de seu filho.

Portanto, parece-nos que, para além das prescrições educativas atreladas ao diagnóstico clínico, as respostas aos impasses dos educadores vêm a partir da própria criança, de suas reações às propostas a ela indicadas e daquilo que é testemunhado por todos em seu cotidiano. Neste sentido, há um apontamento inegável: há avanços e a criança parece demonstrar um interesse genuíno pela escola, apesar de sua dificuldade em expressar-se verbalmente. Assim, há um apontamento que vai da suposta obscuridade de seu diagnóstico clínico às revelações que ele, aos poucos, vai fazendo para todos cotidianamente e que entendemos ser o efeito dos laços que esta criança estabeleceu com a escola regular.

Portanto, tem-se a particularidade de um processo de inclusão que não acompanha um padrão hegemônico em relação à aprendizagem formal – grande impasse para os educadores, mas que encontra na escola regular o seu lugar de desenvolvimento.

***4.5.2 Caso G - “Faculdade de Aprender”:* uma impossibilidade diante de um saber incontestável**

4.5.2.1 Apresentação do caso

G., sexo masculino, contava 14 anos quando seu processo de inclusão foi submetido por indicação da Escola α à nossa pesquisa, em setembro de 2011. Ele frequentava o 3º ano do 2º. Ciclo, já em regime de retenção desde o ano anterior, apresentando extremas dificuldades pedagógicas no curso da aprendizagem da leitura e da escrita.

Observa-se que os registros e as memórias sobre sua escolarização, progressos ao Ensino Fundamental, são esparsos e descontraídos. O mesmo ocorre em relação ao decurso deste nível de ensino, já que alguns dados não constam nos registros acadêmicos e os educadores apresentaram informações por vezes imprecisas e de difícil comprovação. Através do que se pôde averiguar, localizam-se registros que ora informam que o jovem já teria sido aluno da escola, por meio da Unidade Municipal de Educação Infantil – UMEI, ora afirmam que sua primeira inserção nesta escola data de 2007, quando teria sido transferido de outra escola para a atual instituição de ensino em razão de maior proximidade com sua casa. Sendo assim, para fins de análise de nossos dados, consideraremos o ano de 2007 como a data de sua entrada na Escola α . Neste período, ele já se apresentava em defasagem escolar em relação à sua faixa de idade.

À época de sua primeira matrícula, a classificação pedagógica realizada pela escola com o aluno permitiu-lhe ingressar no 3º ano do 1º. Ciclo do Ensino Fundamental, nível equivalente ao sexto ano de escolarização. *G.* seguiu a escolarização na Escola α no decorrer dos anos seguintes apresentando infrequências (por vezes prolongadas), desligamentos e retornos, assim como poderá ser verificado neste relato de caso. Também, sua classificação junto à escola como aluno com necessidades educativas especiais aparentemente é realizada no decorrer do processo de escolarização. Passa-se, a seguir, à exposição cronológica tanto da construção do diagnóstico clínico quanto da trajetória de frequência do aluno à escola.

Aparentemente, no início do ano letivo de 2007, o aluno não apresentava diagnóstico clínico psiquiátrico e, assim como é relatado no histórico de sua primeira matrícula no Ensino Fundamental da Escola α , não foi possível precisar o histórico destas avaliações, antes da entrada da criança no Ensino Fundamental. No entanto, nota-se que, em sua matrícula referente ao ano de 2008, consta a observação feita pela secretaria da Escola α em torno da existência de uma deficiência por retardo mental, o que sugere que talvez a escola tenha sido

responsável por solicitar esta avaliação, no decorrer de sua permanência na Educação Infantil ou entre o final do ano letivo de 2007 e o início do ano letivo de 2008.

Neste período, a criança esteve matriculada na Escola, mas se manteve bastante infrequente. Em relação aos diagnósticos psicopatológicos, somente em meados de 2009 é que, aparentemente, um primeiro instrumento diagnóstico, datado de 14 de fevereiro de 2008, foi formalmente apresentado aos órgãos de Educação - portanto, cerca de 1 ano depois de sua formulação. Na ocasião, o laudo psiquiátrico apresentado foi emitido por uma psiquiatra do CRIA, mediante a solicitação da família para ingresso em um programa de passe livre estudantil. Nele, observa-se a existência de um quadro de déficit cognitivo associado a transtorno comportamental com estereotípias e dificuldades de socialização, descrição identificada para a escola através do código *F.84.9*, correspondente na CID 10 à entidade clínica dos *transtornos globais do desenvolvimento não especificados* (ou *Sem outra especificação*) – TGD-Soe. Nota-se que, à época de suas primeiras consultas ao CRIA, *G.* fazia uso de carbamazepina⁸³ em dosagem de 100 mg ao dia, procedimento que foi suspenso com a não adesão da família ao tratamento proposto pela unidade de saúde.

Contudo, de posse deste instrumento diagnóstico, a mãe da criança teria procurado pelo Núcleo de Inclusão na GERED para que *G.* pudesse retornar à rede municipal de ensino, após novo afastamento da Escola α , logo no início do ano letivo de 2009.

Visando a validar a condição de aluno com necessidades educativas especiais, atribuída através da apresentação do laudo psiquiátrico lavrado ainda no ano de 2008, e a providenciar o reingresso da criança na rede municipal de ensino em 2009, um novo laudo psiquiátrico foi solicitado pela escola e pelo Núcleo de Inclusão. Sendo assim, em 10 de fevereiro de 2009, a mesma médica psiquiatra direcionou um novo relatório médico à escola em que estabelece como hipótese diagnóstica⁸⁴ a categoria de *transtorno invasivo do desenvolvimento*, o qual, como foi possível verificar no capítulo 3 desta dissertação, é um dos nomes correspondentes aos *transtornos globais do desenvolvimento*. Ao contrário do laudo anterior, em que há a especificação de uma entidade clínica relacionada a tais transtornos, nesta nova classificação da criança não há a especificação sobre qual entidade clínica seria sua determinante.

⁸³ Supostamente para conter um comportamento agitado e por vezes agressivo manifestado à época pela criança.

⁸⁴ Por questão ética, aos médicos é vedada a enunciação de um laudo médico que exagere nos termos diagnósticos e prognósticos dos quadros apresentados pelo paciente, conforme pode ser verificado no artigo 35 do Novo Código de Ética Médica, vinculado pela Resolução CMF 1931 de 17 de set. 2009. Sendo assim, a prática aceitável, ao se enunciar um diagnóstico, é estabelecê-lo enquanto *hipótese diagnóstica*, tendo em vista a avaliação médica ser circunstancial e delimitada no tempo. Esta característica da avaliação imprime ao diagnóstico médico psiquiátrico o caráter de não ser de todo conclusivo.

Neste que seria o último laudo anexado aos registros acadêmicos do aluno quando de nossas investigações, eram ressaltadas as seguintes características de *G.*: as dificuldades de aprendizagem e de socialização da criança, seus distúrbios de comportamento com a presença de estereotípias, a labilidade de humor e o baixo limiar à frustração. O relatório médico ainda faz observar a precária situação sociofamiliar em que *G.* encontra-se inserido, a pouca estimulação oferecida a ele em casa e sua frequência irregular à escola. Ressalta-se que, de certa forma, estas características são as mesmas encontradas nos relatórios pedagógicos periódicos, elaborados pela escola a respeito da criança desde o seu ingresso no Ensino Fundamental.

Contudo, em relação ao primeiro laudo e em relação aos relatórios pedagógicos aqui referidos, este último traz uma inovação. Dentre o rol de recomendações de sua médica à Escola α , encontram-se registradas a necessidade de intensificação de sua frequência à escola e da oferta de atendimento educacional especializado, visando a potencializar sua aprendizagem.

Trata-se, então, de um percurso escolar que tem no ano de 2009 a particularidade de se respaldar numa construção das hipóteses diagnósticas para o quadro clínico da criança as quais encontram alterações periódicas em sua formulação e que ratificam para a instituição de ensino a comprovação sobre a condição da criança como aluno com necessidades educativas especiais. Tais hipóteses implicam a escola em um possível projeto terapêutico e educacional da criança.

Trata-se também de um percurso escolar que tem a particularidade da matrícula do aluno ter sido novamente efetivada, mas sua frequência à escolarização na Escola α não ter sido levada a termo naquele ano, já que na ocasião *G.* novamente deixou a escola. Segundo informações levantadas junto aos educadores do Núcleo de Apoio à Inclusão da Secretaria de Educação da Regional Barreiro, no ano de 2009 *G.* esteve vinculado a uma Escola Estadual π . Nesta escola ele frequentou um projeto de aceleração de ensino da rede estadual, voltado para alunos do Ensino Fundamental, identificado pelos educadores como PAVS1, correspondente ao 5º e ao 6º anos. Ressalta-se que, apesar da informação sobre o seu vínculo à Escola π constar em seus registros acadêmicos, não é possível precisar se *G.* esteve frequente a esta escola durante todo o ano de 2009.

Em 2010, quando ele retornou à Escola α , dada a grande defasagem entre idade e ciclo-série, o aluno teve sua matrícula efetivada por encaminhamento da Gerência Regional de Ensino - GERED no 3º ano do 2º ciclo do Ensino Fundamental. Na ocasião ele foi matriculado através de processo de reclassificação por avaliação nos termos da Lei 9394/96

(artigo 23, parágrafo primeiro)⁸⁵. Visando a seguir as orientações expressas em relatório médico anterior, desde que retornou à Escola, no início do ano de 2010, o jovem passou a frequentar o Projeto de Intervenção Pedagógica – PIPE. Trata-se de um programa institucionalizado nas escolas da rede municipal que, por meio de atividades direcionadas às dificuldades dos alunos, objetiva corrigir os fluxos de aprendizagem para aqueles que se encontram com defasagens significativas, verificadas segundo a tríade idade-ciclo-série. Portanto, dentro dos recursos disponibilizados pela escola para buscar suprir suas dificuldades escolares e de aprendizagem e, no caso de *G.*, fazendo as vezes de atendimento educacional especializado⁸⁶, é o que se encontra formulado como proposta de intervenção para suprir as necessidades educativas especiais da criança. Desta forma, ele encontra-se inserido no PIPE desde que retornou para a escola. A participação dos alunos neste projeto condiciona-se à sua frequência na escola. Porém, encontramos a particularidade de *G.* recusar esta proposta de intervenção da escola, não se adaptando a ela. De acordo com uma das educadoras da GERED que aqui será denominada Educadora 2, a criança foi colocada em uma turma do PIPE que apresentava a mesma faixa etária que ele, mas com dificuldades de aprendizagem bem diversificadas das de *G.*, não tendo se adaptado a esta forma de abordagem. De fato, a criança queixa-se de sua participação no Projeto de Intervenção, alegando que não gosta de sair da sala de aula e que, por saber ler, não necessita deste tipo de proposta pedagógica, o que torna ainda mais conflituosa a dimensão de sua aprendizagem junto aos professores.

No decorrer do segundo semestre de 2010, a criança permaneceu novamente infrequente à escola e, portanto, fora do PIPE, tendo retornado à instituição após a realização de busca ativa realizada pelos profissionais desta instituição em sua casa. Ao final desse ano, ele foi reprovado por frequência e baixo rendimento escolar.

Em 2011, às vésperas da realização de nossa pesquisa de campo, foi possível verificar que, novamente, o aluno estava afastado da escola. Revela-se então, que os afastamentos do ambiente escolar feitos pela criança sempre guardaram em si a intervenção de sua mãe, que manifesta o interesse de que o filho a auxilie nas tarefas domésticas cotidianas, questão a que ele costuma ceder sem contestar. Aparentemente, todas as vezes em que ela voltou a matricular a criança na escola ou que permitiu a interrupção de sua infrequência na escola foi

⁸⁵ Tal artigo da Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação dispõe sobre a organização da Educação Básica em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, baseando-se para isto em critérios de idade, competência ou em outros critérios, “[...] sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomendar” (BRASIL, 1996, artigo 23, parágrafo 1º). Desta forma, *G* é matriculado no referido estágio de escolarização para seguir junto com seus pares de idade.

⁸⁶ Nesta escola, não são encontrados recursos de atendimento educacional especializado formatados aos moldes do que é recomendado pela legislação educacional a respeito deste recurso instrucional (BRASIL, 2010).

por intervenção externa - seja dos próprios professores dos educadores do Núcleo de Apoio à Inclusão, seja por intervenção do Conselho Tutelar. Observa-se que, nestes momentos, a criança não apresentou qualquer resistência para retornar ao ambiente escolar⁸⁷.

Desta forma, apresenta-se o caso de uma criança que demonstra severas dificuldades na aprendizagem, que recusa as propostas de intervenção já formalizadas pela escola para dar conta dos problemas de aprendizagem apresentados por ele e que, por causa das reiteradas intervenções maternas em seu processo de escolarização, vem apresentando frequência intermitente à escola, com ausências temporárias, assim como as que fazem observar os educadores e, inclusive, a médica emissora dos diagnósticos psiquiátricos.

Todo este quadro nos faz interrogar o que se passa com *G*. De que ordem são as dificuldades vivenciadas pela criança na escola, incluindo aí a recusa à oferta de intervenção feita pela escola? Quais são as dificuldades encontradas por seus professores e pela própria criança no seu cotidiano escolar e no seu processo de inclusão?

4.5.2.2 A Criança

G. é o segundo filho de uma prole de quatro, dividida entre dois meninos (16 e 14 anos) e duas meninas (8 e 2 anos). A família reside em área de invasão na região do Barreiro e, no momento da realização de nossa pesquisa, estavam sem o fornecimento de energia elétrica em casa. Porém, como as demais famílias da comunidade, eles recebem orientações e assistência dos equipamentos comunitários locais, sendo visitados pelos profissionais do Programa de Saúde da Família – PSF e do Centro de Referência em Assistência Social - CRAS de sua região.

G. não conheceu seu pai biológico, falecido quando a criança contava cerca de quatro anos. Sua mãe pouco lhe contou a respeito deste homem e, segundo uma das educadoras da GERED, Educadora 1, até a realização de um trabalho específico em torno de sua certidão de nascimento realizado pelo NIPSE, ele acreditava que, como o pai biológico havia morrido, nome deste senhor não poderia estar escrito naquele documento – “Ele fala que a mãe não lhe disse nada sobre o pai, só que o pai morreu e que, por isso, o nome do pai não devia estar nessa certidão” (sic – Educadora 1). A mãe de *G*. aparentemente vive só, sendo a única encarregada pelos cuidados dos quatro filhos.

⁸⁷ Estivemos presentes em uma dessas ocasiões e ressaltamos que este procedimento não é costume entre os professores da Escola *α*. Por duas ocasiões específicas, estas intervenções foram realizadas com a criança: ao final do ano de 2010 pelo NIPSE e em função de nossa pesquisa em 2011.

Apesar de receberem benefícios governamentais, a família mantém uma condição de vida bastante precária do ponto de vista socioeconômico. À época da pesquisa *G*, assim como a irmã de 8 anos, possuía bolsa-escola, enquanto o irmão mais velho e ele mesmo ainda eram beneficiários do Programa de Prestação Continuada – BPC, auxílio financeiro governamental fornecido àqueles cuja invalidez é comprovada⁸⁸. Aparentemente, é destes recursos que a família sobrevive, residindo em casa de acomodações bastante rudimentares. Assim, trata-se de uma família que recebe assistência governamental tanto em nível individual quanto coletivo.

Em relação a *G*., a escola é o único equipamento social e comunitário frequentado pela criança. Porém, em função das condições de saúde psíquica do irmão mais velho e das dificuldades enfrentadas por sua mãe para realizar sozinha a rotina doméstica, constantemente *G*. é convocado por ela a se fazer presente em casa, assim como salientamos anteriormente. Nestes momentos, o jovem se ausenta da escola, como foi o caso das ausências verificadas nos anos de 2008, 2010 e, em certo sentido, em 2011. Durante os dois primeiros meses de 2008, sob orientação de sua mãe, ele teria ficado em casa para ajudá-la a cuidar do irmão e dos afazeres domésticos. Também ao final de 2010, pelo mesmo motivo, a criança esteve fora da escola durante cerca de dois meses. Já em 2011, depois de uma briga do adolescente com duas colegas que o agrediram verbalmente, chamando-o de “bichinha” e “viado”, ela teria orientado o filho a “deixar a escola para aquela menina”, fala enunciada em sua literalidade pela mãe e tomada por *G*. de forma inquestionável, sendo esta uma marca da relação da criança com sua mãe. Desta maneira, ele permaneceu em casa, cuidando do irmão e auxiliando a mãe nas tarefas domésticas.

De fato, *G*. apresenta um jeito delicado no andar e nos gestos, o que torna esta questão com a sexualidade uma circunstância sublinhada por várias pessoas na escola, mas veemente e constantemente retrucada pelo garoto que, diante de algumas provocações dos colegas, às vezes pode se apresentar de forma agressiva. Porém, de modo geral, apresenta-se bastante gentil ao contato social. Uma de suas professoras (Professora 2) faz observar que ele gosta de chamar a atenção das pessoas pelo lado cômico, brincando com pessoas e situações. Outra educadora (Educadora 2) acredita que seu comportamento por vezes inadequado tem o objetivo de distrair o outro, retirando-lhe o foco sobre suas dificuldades de aprendizagem.

⁸⁸ Não foi possível apurar o diagnóstico do irmão de *T*, ou mesmo clinicamente, a que se refere esta invalidez. Sua mãe afirma apenas que o outro filho “toma remédio e não estuda porque fica muito difícil levá-lo pra escola” (sic).

G. também se apresenta como alguém observador e atento a detalhes, para os quais apresenta boa memória, além de ser bastante sensível para as artes – ele gosta de música e dança e, principalmente, mostra-se um exímio desenhista, talento reconhecido por todos na escola e por ele mesmo – “Eu desenho muito bem!”. Afirma também que, quando concluir os estudos, sonha em ir para a faculdade – “Quero ir para a faculdade de aprender” (sic – aluno *G.*, 2011).

Diante destas referências, percebe-se que há na criança uma aposta de que a escola pode oferecer-lhe não só a possibilidade da aprendizagem como também de alcançar níveis mais avançados nesse processo. Contudo, este seu desejo apresenta algumas dificuldades de ser viabilizado conforme pode ser verificado nas explicitações a seguir.

4.5.2.3 A criança e a aprendizagem

A questão da aprendizagem de *G.* é um ponto de extrema preocupação para todos os educadores - tanto para os que atuam diretamente com o aluno quanto aqueles educadores que fazem parte do gerenciamento do Programa de Inclusão, a partir do Núcleo de Inclusão. Se considerarmos a eliminação das dificuldades de aprendizagem como o único elemento para se avaliar o sucesso dos processos de inclusão nas escolas regulares, este elemento torna-se a maior dificuldade encontrada para a inclusão escolar deste aluno.

Dada a enorme defasagem entre sua idade e a aprendizagem considerada rudimentar ou mesmo inexistente pelos professores, em contraposição ao limite de escolaridade ofertado pela rede municipal de ensino, o caso de *G.* era visto pelos profissionais como uma situação paradigmática na escola. O motivo: ao término do ano de 2011, a escola deveria emitir o certificado de terminalidade dos estudos e os profissionais preocupavam-se com o destino escolar e social do aluno, pois aventavam a hipótese de que a rede regular estadual da região não acolhesse sua matrícula no Ensino Médio, em função da defasagem escolar. Também preocupavam-se com a possibilidade de que *G.* permanecesse em casa, executando as tarefas domésticas sempre demandadas por sua mãe, sem, portanto, seguir a escolarização.

De que ordem são as dificuldades que imprimem a ele o fracasso escolar?

De modo geral, *G.* é descrito como um aluno copista por suas professoras. Em relação a conteúdos específicos, segundo elas, nos cálculos matemáticos ele apresenta dificuldades, reconhecendo os símbolos e elementos numéricos, mas não efetuando cálculos simples. O jovem consegue “[...] contar elementos e falar qual é o símbolo. Mas se é pra somar, por

exemplo, uma adição simples, $2+3$, ele não dá conta disso. Agora, se você pegar 2 lápis + 3 lápis, aí ele consegue juntar que é 5 e consegue escrever o 5” (sic – Professora 2).

Também de acordo com as professoras (sic - Professora 2 e Professora 3 e Professora 4), *G*. reconhece as letras e consegue formar algumas sílabas em que há encontro de consoantes e vogais. Para tanto, utiliza-se de recurso de reconhecimento sonoro, normalmente das primeiras letras das palavras ou da primeira sílaba, atribuindo ao restante do conjunto silábico significados aleatórios e descontextualizados. Desta forma, acordo com sua professora, ele conhece “[...] todas as letras do alfabeto, mas não aglutina, não lê” (sic - Professora 2), pois quando o faz, isto acontece a partir das imagens que lhe são apresentadas, a partir das quais ele anuncia aleatoriamente as palavras. Na avaliação da Professora 4, que trabalha com o aluno de forma mais particularizada, faltou a *G* um trabalho fônico que possibilitasse a ele o reconhecimento de fonemas e grafemas, uma vez que ele consegue reconhecer o encontro consoante-vogal, mas não consegue distinguir o encontro consonantal.

Destaca-se que, para esta professora, o problema de *G* com a aprendizagem não se localiza em uma questão “física” e não diz respeito a um déficit orgânico. Para ela, o problema dele é

[...] psicológico mesmo. Ele é muito normal! Conversando com ele, ele é carismático. Você nem imagina que ele é uma criança que tem problema. Mas tem uma forma infantil de colocar as coisas. Parece que ficou preso em algum estágio, como se em algum lugar do caminho ele tivesse sofrido um bloqueio; não sei se com a mãe. Acho que se a mãe dele revelasse a história da família, talvez ele melhorasse. (sic – Professora 4).

Aponta-se, assim, para a hipótese da existência de um conflito psicológico como a origem dos problemas de aprendizagem do aluno, cuja matriz seria a relação dele com sua mãe (mais precisamente pelo fato de a mãe, supostamente, esconder de *G* a identidade e a história de seu pai). Outros professores atribuem as dificuldades de aprendizagem da criança e o seu fracasso escolar à interferência de sua mãe em sua frequência na escola.

Ao ser interrogado sobre a sua aprendizagem, verificamos que a aprendizagem da leitura e da escrita é vivenciada pelo aluno de forma conflituosa, pois ele afirma que gostaria muito de aprender ler e escrever.

G: Oh! [...] Aaah! Pros meninos não é difícil, não, porque eles sabem ler. Sei ler um pouquinho... letra cursiva, letra maiúscula? Tem hora que eu consigo responder e outras que eu não consigo. Porque eu não consigo responder muitas *matéria* não. Um pouquinho eu consigo. (sic- *G*, 2011).

Em outras passagens, *G* revela que acredita não precisar participar do projeto de intervenção em que estava inserido, porque sabe “das *letra* A, E, Z, I, H, F, Y” (sic) e, por isso, considera

que sabe ler. Além do mais, enuncia um raciocínio que nos faz pensar que há para ele um entendimento de que a mudança de sala, feita no início do ano, para uma classe em que ele nunca havia estudado, face à alteração cronológica de sua idade, significariam para ele a elevação de seu nível de aprendizagem.

Estes elementos manifestos por *G* fazem com que a criança se recuse participar das propostas da escola como intervenção em suas dificuldades.

4.5.2.4 A criança e os colegas

No ponto que se refere ao convívio social do aluno na escola, apesar de persistirem algumas dificuldades, identificadas pelos professores desde a entrada do aluno na escola, tais como alguns episódios de agressividade, nas falas destes profissionais abrem-se perspectivas em que é possível averiguar tanto o seu progresso nos últimos anos quanto a hipótese de que a criança utiliza de comportamentos agressivos e inadequados para encobrir suas dificuldades de aprendizagem. *“Por que ele agride, né? Para que não se perceba e não fique muito evidente a questão da aprendizagem, ele vai para esse lado da disciplina”*, afirma a Educadora 2 em referência à dinâmica social observada por ela na criança.

Contudo, os outros professores destacam que, de uma criança mais agressiva e, durante um período de sua vida escolar na Escola α , com uma sexualidade bastante aflorada e provocativa às colegas, os professores dizem dele como um aluno que vem se tranquilizando ao longo dos anos. Aparentemente, a provocação física e as agressões neste nível têm se apresentado sob a forma de provocações verbais a todos, o que, apesar dos desconfortos, já não causa tanto embaraço como antes. Sendo assim, é pela captura de alguns traços particulares dos colegas que o jovem estabelece apelidos para cada um deles. Observa-se nesta dinâmica dois movimentos opostos. Um primeiro movimento em que não se evidencia maiores problemas com os colegas, pois, segundo a Professora 2,

[...] as pessoas têm paciência, porque quando a gente pede a monitoria [do colega] igual ela [Professora 3⁸⁹] falou, ele começa a colocar apelido nos meninos, aprontar, tipo assim, “me deixa em paz”. A gente pede paciência. Qualquer pedido de ajuda que a gente faça em prol de seu auxílio [no caso, monitoria entre alunos], ele começa a colocar apelido nos meninos, entendeu? É muito apelido. É tipo assim, “sai fora de mim!”. O tempo inteiro assim! Ele gosta dos meninos, mas ele apronta! (Professora 2, 2011).

⁸⁹ G possui duas professoras como referência direta da turma em que está inserido, sendo elas regentes de turma.

Nota-se que, apesar dos tensionamentos nas relações entre *G* e seus colegas, de modo geral, o aluno mantém um bom entrosamento com eles e, principalmente, com a colega *Z*, uma menina negra como ele a quem ele apelidou de “Africana” e a quem ele procura, sempre no intuito de estar junto dela. Entretanto, neste jogo de nomeações, *G*. não aceita de bom grado que os outros também o apelidem, o que costuma gerar rusgas entre ele e os demais alunos e, geralmente, a intervenção de sua mãe junto à criança para que ele abandone a escola e fique em casa lhe auxiliando.

Observa-se também que ele é bem aceito pelo grupo, apesar de seu comportamento provocador oferecer-lhe algumas situações em que ele se coloca em posição desfavorável perante estas outras crianças que, geralmente, o agridem fisicamente. Contudo, sendo uma atitude partilhada entre ele e as colegas com quem ele tem afinidade, na maioria das vezes, *G*. enfrenta estas situações como se elas fossem brincadeira sem maiores consequências, apesar da clara relação de desvantagem em que ele se coloca. “Parece que ele provoca para apanhar!”, afirma uma de suas colegas, chamando-nos a atenção para uma posição de aparente submissão da criança diante do outro.

Por outro lado, é interessante notar que este mesmo grupo se sensibiliza com as dificuldades de aprendizagem do colega. Algumas das crianças chegam a apontar saídas que consideram adequadas para ele, tal como a transferência do processo de escolarização de *G* da escola regular para uma escola especial, sob a alegação de que, na Escola α , o aluno não estava aprendendo e que ele “fica muito triste por isso” (sic - Colega *W*).

Portanto, aponta-se que a questão da criança com a aprendizagem e seu próprio posicionamento frente a esta questão é um elemento que perpassa também o nível de seu relacionamento com os seus colegas, a ponto de gerar neles um incômodo para o qual buscam referenciar saídas que consideram mais favoráveis a *G*. Por outro lado, a posição em que ele se coloca diante dos colegas tem gerado constantes intervenções de sua mãe em sua frequência escolar, afastando-o da rotina diária da escola e da aprendizagem.

4.5.2.5 A criança e o professor / O professor e a criança

Verificando-se as relações entre o jovem e suas professoras, identificamos algumas situações que nos demonstram a boa referência que ele tem com estas figuras que, em suas próprias palavras, cumprem a função de ensiná-lo e com quem ele demonstra afinidade e abertura.

Trata-se aqui de uma função imaginária, em que *G* julga ser capaz de aprender somente se estiver “na sala” da Professora 2 e com ela apontando-lhe as saídas para seus impasses. Esta lógica se reflete junto à sua frequência ao PIPE, já que ele considera como válido somente o que busca lhe transmitir a referida professora, regente de sua turma.

A [Professora 5] fala assim: “Oh, como é que é pra responder e para ler aqui?”. Ela mostra a página aí eu consigo ler e respondo diretinho! Mas e.. ell.. ela fala que a letra né minha não! Ela fala assim: ‘Essa letra é da mãe!’. Letra da mãe! Hum... Ela dita e eu escrevo. (sic- *G.*, setembro de 2011).

Revela-se aqui uma suspeita que paira por toda a escola: mesmo sob os protestos da criança, há sinais de que não é *G.* quem faz os deveres de casa. Apesar das desconfianças de que sua mãe seja analfabeta, as professoras suspeitam que seria ela quem faria os deveres de seu filho, em letra firme, legível e com respostas acertadas. Portanto, paira sob a relação professor-aluno uma desconfiança que é tratada abertamente entre eles.

Em contrapartida, o relato de uma de suas professoras revela que ele é um aluno que busca se fazer presente no cotidiano dos educadores e o quanto esta demanda em alguns momentos lhes é insuportável, dada a sua pregnância e consistência.

[...] Ele gosta de ficar lá na frente, né, [Professora 5]? E a gente põe ele atrás porque ele gosta de falar, ele não para de falar o tempo inteiro. Aí ele pergunta: ‘O quê que você está fazendo, o quê que você vai fazer? O quê que você vai fazer agora? Então, às vezes ele pergunta assim: aonde você vai me colocar? Vou te colocar lá atrás, aí ele: ‘Você vai me colocar lá na frente amanhã?’. É o tempo inteiro! Ele não gosta de ficar lá atrás, entendeu? [Mas] Ele incomoda a aula inteira. [...] Acho que é uma coisa assim: ‘me enxerga! Eu estou aqui, me enxerga, eu estou aqui, me enxerga, por favor!’. É o jeito dele de chamar atenção. Ele chama mesmo a aula toda, falando, falando junto com você [...] (sic – Professora 2).

Mas *G* também é reconhecido por sua professora em razão do quanto ele pode surpreendê-la com algumas atitudes, assim como na situação em que ele a repreendeu por estar rindo dele, já que novamente ele havia colocado apelido em um colega - “[Professora 2], olha pra mim. Você está rindo? Sim, você está rindo!”. Também, se as professoras se ausentam da escola, ele se queixa, indo inquiri-las: “Por que vocês não vieram? O quê que foi que você fez? Por que você faltou?” (sic- Professora 2). Consideram por isto, que há uma identificação do aluno com as professoras e que seu comportamento inadequado em sala de aula viria em nome de certo pedido de reconhecimento junto a elas.

G também é descrito pelos educadores como um menino

[...] alheio ao mundo, totalmente alheio ao mundo, que tem muitas dificuldades de relacionamento interpessoal conosco e com os colegas e que não entende muito o que se passa, mas que não gosta de se sentir excluído. (sic – Professora 2)

Sendo assim, diante da constante demanda estabelecida pela criança às professoras e das necessidades educativas que ele apresenta, consideram que não é todo o conteúdo pedagógico comum que é possível transmitir a ele, pois seria inconciliável atender às demandas específicas de *G* e dos demais alunos.

Assim, percebe-se que a dimensão da convivência entre professor e aluno encontra-se a todo tempo ligada à dimensão da aprendizagem, na justa medida do que o aluno consegue ou deixa de conseguir transpor suas dificuldades. Esta dimensão fica evidenciada no relato da Professora 3, assim como pode ser verificado a seguir:

- Professora 2: Então há essa vontade [de aprender]. E isso chateia a gente, porque, na verdade, a gente está passando pela vida dele, não estamos fazendo diferença.
- Pesquisadora: Será que não?
- Professora 2: Com relação à aprendizagem, Pesquisadora! Entendeu? Tipo assim: ele se sente importante com relação a [Professora 3], a mim, aos outros. Sente... Não sei! Penso que sim! Mas e a aprendizagem dele? Porque esse tempo que tá perdendo não volta mais não... E aí?

Neste sentido, a relação das professoras e dos demais educadores com o aluno é perpassada por uma série de incertezas e inseguranças sobre a direção pedagógica correta a ser tomada e, por várias vezes, o aluno é identificado pelos educadores como sendo uma “incógnita” para todos, na medida em que ele demonstra essa vontade para a aprendizagem, mas que encontra obstáculos extremos para efetivá-la e para os quais os profissionais não encontram resposta.

Percebe-se que é esta demonstração de vontade de aprender que mobiliza os professores e demais educadores para buscarem alternativas para a criança.

4.5.2.6 O professor e a família/ A família e a escola

Nas entrevistas que foram realizadas durante a pesquisa de campo, tanto na escola quanto junto aos educadores do Núcleo de Inclusão, pudemos verificar uma série de conjecturas a respeito da mãe de *G*.

De modo geral, descrevem-na como alguém que adota sempre uma postura muito provocadora e desafiadora para relacionar-se com os profissionais, demonstrando sempre uma posição de quem aparentemente não aceita conselhos e intervenções externas. Acredita-se que, pela forma da Mãe *G* se relacionar com a Escola e gerir a frequência da criança à instituição, a transmissão de conhecimentos de que esta escola é responsável não são prioridades para ela. Para os educadores, o efeito desta posição materna em relação à escola seria evidente no pouco desenvolvimento da aprendizagem do aluno.

Assim, a partir da fala da Educadora 1, verifica-se a crença de que esta mãe estaria fazendo um obstáculo à participação e à inclusão da criança na escola, pelo fato de ela constantemente lhe demandar outras questões, diferentes da frequência e da permanência de G. no ambiente escolar.

Com a demanda que ela dá para ele, eu acredito que sim [que ela faz obstáculo à aprendizagem e à participação da criança na escola]. Então, de repente, é isso: - 'Você não vai sair porque você vai ficar aqui com seu irmão. Você não vai para a escola por causa disso, disso e disso. Quer dizer, eu penso que, para a mãe dele, a escola para ele não é uma prioridade do ponto de vista do crescimento pessoal. A escola para ele é uma forma dela ficar livre da cobrança dos órgãos de proteção, entendeu? Do Família-Escola, mesmo do Conselho Tutelar, do Serviço de Proteção à Família, do Serviço de Proteção à Pessoa com Deficiência. Então assim, 'ele está na escola!'. É o que ela vai dizer: - 'Ele tá na escola!', entendeu? Agora, se ele está aprendendo ou não, para mim isso não é uma prioridade para ela. Isso é do meu ponto de vista. Pode até ser que outro profissional tenha outra visão, que quem vá fazer o acompanhamento tenha outra visão. Mas, do meu ponto de vista, isso não é prioridade para ela, o desenvolvimento do filho, o desenvolvimento escolar dele, entendeu? (Educadora 1, maio de 2011)

Apesar de este ser o ponto de vista de um único profissional, revela-se uma percepção da Escola sobre a mãe de G que termina por ser compartilhada entre os outros educadores. Reitera-se entre eles a percepção em torno da inadequação desta senhora para lidar com a educação formal de seu filho. Assim é que as Professoras 2 e 3 ressaltam que a família não é presente na Escola e que interrogam: "Você estará com a mãe dele? Deveria! Ajudaria muito! Ela é um caso a parte!" (sic – Professora 2 e Professora 3).

Desta forma, estas percepções a respeito da organização familiar de G e, principalmente, a respeito de sua mãe, são reforçadas como um elemento dificultador do processo de ensino e aprendizagem do aluno, pois atribuem à sua genitora a interferência nos processos escolares do filho e a falta de apoio familiar como causas de seus distúrbios de aprendizagem.

Por meio de tudo o que foi apresentado, não é difícil observar que a relação da família com a escola é conflituosa e tumultuada. Contudo, de que ordem é esta relação? Como esta posição materna denunciada pelos profissionais da Escola poderia influenciar na posição da própria criança diante do saber e da aprendizagem a ponto de inviabilizar uma parte importante do processo de inclusão deste aluno?

4.5.2.7 A família e a pesquisadora

Da tumultuada, porém produtiva, entrevista realizada com a mãe de *G*⁹⁰, extraem-se algumas passagens que parecem estabelecer pontos de correspondência com os impasses da criança na escola.

Desta forma, chama a atenção o enunciado desta senhora em relação à aquisição de conhecimento. Apesar de sua fala não condizer com a aparente realidade, ela afirma que nunca frequentou os bancos de uma escola, mas que sabe ler e escrever, inclusive em inglês – “Tudo que eu sei, eu aprendi sozinha. Contando ninguém acredita!”, ela diz. Sendo assim, ela parece indicar aí certa demissão da função da escola enquanto transmissora de conhecimentos para se colocar no lugar de quem é geradora *per se* da condição autoditada que anuncia.

Também afirma que, quando o seu outro filho estudava Escola α , “Eu brigava muito, dizia as coisas sem pensar. Às vezes eu ficava nervosa, tudo pra mim era motivo pra falar alto! Às vezes o negócio nem precisava de... de briga, eu já tava brigando.. Aquele trem.. Mas Deus tira tudo!” (sic-Mãe G). Assim como já foi mencionado, uma das dimensões de conflito e dificuldades para a criança na Escola recai justamente sobre os relacionamentos interpessoais da criança com seus colegas. Em relação a isto, os professores referem-se às condutas por vezes impulsivas e agressivas de *G* no trato com seus colegas e, entrevistando a mãe, pode-se identificar o mesmo tipo de conduta.

Por sua vez, ela ainda afirma que “Eu só faço o que eu quero; se me derem um conselho, eu faço tudo ao contrário. [Mas] Eu arrependo, nó! Às vezes eu tô com as *perna* cansada, não venho, mas eu fico lá arrependida.” (sic – Mãe G). Tal questão também tem incidência na escolarização de seus filhos, na medida em que, segundo a Educadora 1, após os afastamentos de *G* e de seus irmãos da escola, ela somente costuma reenviá-los à instituição de ensino caso seja pressionada para tanto.

Desta forma, percebe-se nesta mulher um posicionamento bastante particular em relação à participação de seus filhos na escola. Torna-se preciso lembrar que, quando da realização da presente pesquisa, *G* estava fora da escola, tendo sido buscado por uma das professoras para que pudesse ser entrevistado. Estava fora da escola porque havia discutido com duas colegas. Assim como já assinalado, na ocasião, verificou-se a posição adotada por esta mãe de orientar o filho a “Deixar a escola para aquela menina” (sic- Mãe G), porque as colegas do filho teriam chamado o garoto e a ela por nomes pejorativos. Por motivos

⁹⁰ Inadvertidamente, o espaço onde estávamos já estava programado para outra atividade na mesma hora. Além disto, não conseguimos levar a entrevista até o final. Ocorrências externas fizeram com que esta mãe tivesse que deixar a escola sem que se tivesse encerrado a entrevista. Depois deste encontro, não houve possibilidade de retomarmos as entrevistas com esta senhora. Tendo sido chamada novamente à escola, ela não compareceu.

semelhantes, ela também retirou o filho mais velho da escola, pois, na escola onde este menino estudava, o chamavam de “doidim” e de “retardado” (sic – Mãe G).

Ela afirma que não admite que zombem dos filhos dela, atribuindo-lhes apelidos ou nomes pejorativos, traduzindo-se aí um ponto insuportável para ela, o qual, aparentemente, não ganha muita dialetização ou possibilidade de mediação, assim como em alguns momentos parece acontecer com *G* quando ele é apelidado e apelida os colegas, colocando-se em situação de confronto com eles por esta causa. Tal posicionamento parece impedi-la de encontrar saídas para os impasses vivenciados, inclusive os que se referem à vivência doméstica cotidiana e que terminam por fazer frente à permanência de *G* na escola. Assim, de certa forma, é a imagem de alguém que não possibilita a permanência de seus filhos na escola que os professores guardam a respeito desta mãe.

Além dos trechos trazidos acima do que foi possível conversar com esta senhora, transcreve-se um pequeno trecho em que buscamos saber sobre ela estar sempre envolvida em brigas ou no que diz respeito ao seu extremo oposto, ela não dizer nada para ninguém, mesmo quando isto se faz necessário⁹¹:

Pesquisadora: [...] Mas, aqui, sabe [...] o que eu acho importante colocar pra você? Tem um avesso disso [brigar sempre], o contrário disso que é não dizer nada.

Mãe G: Essa é boa!

Pesquisadora: Sabe? Uma coisa é sair dizendo “blá blá blá” [faço gestos e voz agressivos]... tudo pra todo mundo! A outra coisa que fica mais ou menos igual...

Mãe G: hum..

Pesquisadora: na hora que precisa dizer, né?

Mãe G: Ignorar!

Pesquisadora: Ignorar! Porque me parece que foi um pouco isso que aconteceu agora com a história do G., né? Poderia ter sido dito, comunicado para a escola, “Oh! Tá acontecendo uns problemas e tudo! Como é que a gente pode fazer?”. Porque, por outro lado, ao invés de dizer TUDO, não se diz nada, o que parece que acontece é que você rompe com as coisas!

Mãe G: hum.. [acena com a cabeça afirmativamente]

Pesquisadora: Aí é preciso que tenha um meio de caminho nisso... Um meio-termo! Entende?

Mãe G: hum hum.

Pesquisadora: Não sei se você vai concordar comigo agora, pra fazer... porque você falou que assim, que depois você faz tudo do seu jeito.

Mãe G: Não, não... não posso fazer tudo do meu jeito! Porque igual você falou pra vim aqui tal dia, eu num vim...

⁹¹ Na situação em questão, a escola não havia sido informada do que estava acontecendo. Parte da cena ocorreu dentro da escola. Outras agressões ocorreram dentro da própria comunidade e a Mãe 1 abriu um boletim de ocorrência contra as colegas do filho.

Apesar do bom encaminhamento da conversa no sentido de se buscar uma retificação na posição desta mãe quanto à sua relação com a escola, neste momento, a entrevista precisou ser interrompida.

Do que é possível extrair deste encontro, torna-se necessário localizar que não se trata de atribuir à figura da mãe, às suas características particulares ou à condição socioeconômica em que a família vive o fracasso escolar de *G*. Entretanto, diante do que foi possível escutar desta mulher, de sua relação com os filhos e com o saber enquanto aquisição de conhecimento, bem como o que indicam os professores a respeito da relação dela com a escola, interroga-se aqui sobre a posição do aluno diante destes fatores.

4.5.2.8 A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança

Nosso contato com *G* foi estabelecido em quatro momentos distintos. O primeiro deles em busca ativa realizada juntamente com uma de suas professoras em sua casa, já que ele estava fora da escola no período de nossa pesquisa de campo. Nos outros três momentos, estivemos com ele no ambiente da escola nos dias subsequentes, mas em períodos que tiveram entre si uma distância de cerca de duas ou três semanas. Em todos eles, inicialmente, o aluno se mostrou desconfiado e um tanto resistente em nos acompanhar e estar conosco. Apesar desta circunstância, foi possível manter com ele algumas conversas que consideramos serem elucidativas sobre o ponto de suas dificuldades de aprendizagem e da influência desta questão em seu processo de inclusão escolar.

Desta forma, *G* nos oferece elementos para a verificação de algumas particularidades que, até pela dinâmica de sala de aula e da escola como um todo, se não passam totalmente despercebidas aos olhos dos educadores, não parecem ser verificadas dentro de uma medida justa. O delineamento desta dimensão pode ser iniciado a partir dos trechos que serão destacados do encontro desta pesquisadora com a criança. Sendo assim, observa-se inicialmente o seguinte diálogo em que eram abordadas as dificuldades de aprendizagem da criança:

[...] Pesquisadora: Então vamos tentar localizar assim: o que às vezes você consegue responder? Dá um exemplo.

G: Responder?

Pesquisadora: é.

G: Só as coisa que são mais fáceis. É...[pausa]... Livros! Eu consigo responder.

Pesquisadora: Livro?

G: hum rum.

Pesquisadora: E que tipo de livro você consegue responder? Me dá outro exemplo.

G: Não! Mas é na folha de matemática. Aí eu fui e respondi! Eu sabia das letra A, E, Z, I, H, F, Y. É... sabia das letra direitim.

Pesquisadora: Sim!

G: Sabia das letra A, F, Z, A, L, Z. Sabia das letras e respondi!

Destaca-se que, mesmo reconhecendo que sua aprendizagem não é completa, em outras passagens, G é categórico ao afirmar que sabe ler e escrever porque sabe reconhecer as letras do alfabeto. Demonstra também uma forma bem particular de pensamento, bastante elucidativa do ponto de vista da dinâmica de seus impasses escolares. Nesta organização, a aquisição de conhecimentos, bem como suas dificuldades de aprendizagem, estariam condicionadas pelo que sua própria mãe sabe, é capaz de aprender ou lhe anuncia como possibilidade. Assim, G. enuncia que

G: Eu não consigo responder muitas matérias não. Um pouquinho eu consigo.

Pesquisadora: Dá um exemplo das matérias que você não consegue responder.

G: É... sexta série? É sexta série! Eu não consigo responder. Minha mãe falou que é da pesada! Que não consigo responder não! Mas, ela consegue sim responder... eu num consigo muito bem, não, livro de sexta série não. Ela falou comigo que os livros da sexta-série é *da pesada*, é difícil. É difícil mesmo! Porque tem coisas de terça série e de...de... de... terça série... coisa de... menino que sabe ler muito bem. Ela que falou. Ela não aguenta fazer exercício de terça série não.[...]

Pesquisadora: Ah, então, essa palavra aí, “*da pesada*” é da sua mãe?! Ela que usa essa palavra!

G: É! Que matéria pesada mesmo... [fala inaudível]

Pesquisadora: hãhã?

G: É! As *matéria* são da pesada mesmo!

Pesquisadora: É??

G: Mas eu gosto de sexta série!

Pesquisadora: Gosta? Por que?

G: Sexta série, quinta série... De terça série também eu gosto. Eu queria ir, mas é muito difícil responder coisa de sexta série.

Pesquisadora: Mas mesmo assim você gosta?

G: É! Eu gosto de quinta série, sexta série.

Pesquisadora: Por que você gosta?

G: É... Por que é fácil. Agora, as de sexta série é da pesada.

Verifica-se, neste trecho, que a criança toma como ponto específico de impasse com a aprendizagem justamente questões pertinentes ao mesmo nível que sua mãe atribui dificuldade. Em outra passagem, ele ainda afirma que ela diz que ele tem a “letra atrapalhada”, que parece que ele “escreve em inglês” e que somente sua mãe consegue entender sua letra e o que ele escreve, reforçando assim a impossibilidade de que outras pessoas possam se inserir na dimensão de sua aprendizagem. Sob este aspecto, quando muito, a criança se refere à Professora 2 como a pessoa também capaz de ensiná-lo, mesmo que de fato não se consiga atingir este objetivo, tal como pôde ser identificado na sua relação com esta profissional e com a aprendizagem.

Assim, revela-se o pouco espaço que há no enunciado da criança para que ela relativize a fala de sua mãe, mantendo-se alienada à esta figura de forma incontestável, conforme pode se verificado no trecho a seguir.

Pesquisadora: Você gosta da escola, G?
 G: Gosto!
 Pesquisadora: Por que?
 G: É boa a escola é! Ela é pra estudar!
 Pesquisadora: hãhã...
 G: Serve pra estudar e pra ir para faculdade, né?
 Pesquisadora: hãhã...
 G: Depois da escola vem a faculdade, né?
 Pesquisadora: ham ram! Depois da escola vem a faculdade. Se você quiser fazer. Agora se não quiser fazer, pode fazer outras coisas.
 G: É que eu queria fazer faculdade!
 Pesquisadora: Você queria fazer faculdade de que?
 G: Queria fazer faculdade de aprender! Aí na faculdade, [trecho incompreensível no áudio]. Matéria de faculdade é difícil de fazer, né?
 Pesquisadora: Algumas são. Mas, por que você diz isso?
 G: Ai... aí, também pra ficar na faculdade tem que ter enciclopédia? Enciclopédia?
 Pesquisadora: hãhã? Por que você está perguntando isso?
 G: Ah, porque minha mãe falou que pra entrar na faculdade você tem que ter enciclopédia!
 Pesquisadora: [...] Por que você acha que tem que ter enciclopédia?
 G: É. Minha mãe tem enciclopédia, ela tem!
 Pesquisadora: Sua mãe tem enciclopédia??
 G: Tem. Acho que ela falou pra mim que enciclopédia é cara.
 Pesquisadora: Então a sua mãe, na sua casa, tem uma enciclopédia, diz que é caro e que você precisa disso para ir pra a faculdade?
 G: ham ram!

Esta passagem revela uma vez mais e, através de um pequeno detalhe anunciado por sua mãe, que a dificuldade/impossibilidade do aluno ter acesso a uma enciclopédia se interpõe como obstáculo ao seu desejo de aprender.

Apesar de dirigir questões a respeito do que é necessário para que ele ingresse na “Faculdade de Aprender”, sua posição diante do que a mãe lhe transmite enquanto dificuldade para avançar nos estudos não parece vacilar. Sendo assim, na sequência do diálogo registrado acima, recolhemos ainda a seguinte passagem:

Pesquisadora: Você sabe o que é uma enciclopédia?
 G: Eu sei o que é enciclopédia!
 Pesquisadora: O que é?
 G: Enciclopédia? Enciclopédia, ele é um livrão grande, comprido e duro! Com o desenho de uma folha, amarela, verde.
 Pesquisadora: É! Cada enciclopédia é de um jeito, sabe? Nem todas são iguais. Mas essa que você viu deve ser assim. O que ela [a mãe] faz com a enciclopédia? Me conte!

G: Ela não lê não. Ela lê assim, um pouquinho difícil, ela lê⁹². [...] E pra ficar em faculdade precisa mexer em computador?

Pesquisadora: Tem!

G: Computador?

Pesquisadora: hum rum..

G: Ah! Isso é da pesada!

Pesquisadora: É da pesada pra você?

G: Não, não é não! Mas, minha mãe nunca mexeu.

Pesquisadora: O que mais que a sua mãe não sabe que você sabe?

G: Sei não. Só isso. Oh, professora, agora vou ter que ir.

Nota-se que, nos três encontros realizados com a criança, todas as vezes em que as entrevistas tocaram mais de perto o ponto de suas dificuldades de aprendizagem ou da conexão entre o que lhe era difícil aprender face ao que sua mãe lhe transmitia, *G* buscava se esquivar, pedindo para interromper a entrevista e voltar para a sala de aula. Entretanto, o que se segue a esta conversa é uma confirmação da posição da criança em certa triangulação entre ela, sua mãe e os processos de aprendizagem. Interrogado se muito do que ele sabe passa pelo que a sua própria mãe sabe, *G* confirma a pergunta concordando com ela e, em seguida, pede uma vez mais para sair. Explicita-se, portanto, uma dinâmica em que a aprendizagem da criança e o proveito que *G* pode retirar da escola, de fato, estão subordinados às conduções que sua mãe pode dar ao seu processo de escolarização.

Desta forma, a identificação deste percurso escolar da criança nos remete às teorizações de Lacan (1969), a respeito da posição da criança diante do desejo da mãe. Na articulação feita por este autor, o sintoma da criança responde ao que há de sintomático na organização familiar, apresentando-se em duas vertentes diferenciadas: i) como verdade do casal parental, o que implica em atribuir à criança uma fantasia em torno deste casal; e ii) como objeto da fantasia materna, posição de onde vê-se a criança capturada por todo o enredo materno que a aliena ao desejo da mãe e impossibilita qualquer acesso a uma falta estrutural marcada pela figura materna (LACAN, 2003, p. 373).

Santiago (2005) refere-se ao trabalho de Maud Monnoni (1960)⁹³ a respeito da criança débil, fazendo-nos lembrar que a investigação psicanalítica a respeito da debilidade – orgânica ou não - estaria relacionada a um fator causal que “[...] se encontra, em última instância, no ‘dizer parental’, que deixa a criança encerrada em ‘um tipo de relação fantasmática com a mãe’” (SANTIAGO, 2005, p. 156). Complementando este raciocínio sobre a debilidade mental, a autora remete-se à tese lacaniana explicitada acima afirmando que, “diante do suborno da fantasia inconsciente da mãe, não resta à criança outra saída que não a de alienar-

⁹² Nota-se que a mesma definição ele dá para a sua própria aprendizagem: a de quem lê, mas com dificuldade.

⁹³ MANNONI, M. *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

se sob a forma do déficit – poder-se-ia dizer para o caso do débil -, a falta da mãe” (SANTIAGO, 2005, p. 156).

Portanto, do que se observa em *G* em relação ao seu impasse com a aprendizagem, nos remete a esta dimensão explicitada por estes autores em que evidencia-se uma posição debilitada da criança diante de uma mãe que recusa a escola como transmissora do saber.

Por outro lado, das entrevistas realizadas com o aluno, e mesmo do que se pode recolher a seu respeito juntamente a seus professores, verifica-se que muitos dos fenômenos relativos às manifestações do *contínuo do autismo* e registrados nos relatórios médicos enviados à escola não foram observados na criança. O levantamento destas questões, se não altera o curso dos diagnósticos estabelecidos para a criança nos anos de 2008 e 2009 e apresentados para a Escola α , ao menos auxilia a lançar um esclarecimento sobre uma das questões dos professores a respeito do que se passa com o aluno tanto em relação à sua dificuldade de aprendizagem quanto em relação às propostas de intervenção direcionadas pela Escola e que se organizam em torno de sua participação no PIPE.

4.5.2.9 *Propostas de intervenção da escola*

Sendo o fracasso escolar de *G* uma grande preocupação para a Escola α e para os que convivem com a criança neste ambiente, na medida em que as propostas de intervenção sustentadas como possibilidade de suporte para este aluno vêm falhando, torna-se necessário verificar quais têm sido as novas propostas de trabalho da escola para este caso.

Sabemos que ele frequenta, a contragosto, o PIPE⁹⁴ - a única proposta de intervenção feita para *G* e recusada por ele. Porém, de acordo com a avaliação de suas professoras, sua inserção neste projeto não tem garantido o resultado esperado, pois ele se recusa a participar desta intervenção alegando que já sabe ler e escrever. Diante desta afirmativa, em sala de aula, o garoto insiste em realizar as atividades comuns aos outros alunos, mesmo sem apresentar condições que o levem ao sucesso de seu intento.

Diante do fracasso desta proposta institucional e na certeza de que é preciso encontrar uma saída para o impasse vivenciado pela criança, o que sobrevém aos educadores é uma insegurança sobre o melhor caminho a ser adotado para que este aluno possa alcançar seus próprios objetivos de aprendizagem. Ao se depararem com a dimensão desta dúvida,

⁹⁴ Até a realização da pesquisa, a Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte o PIPE era o único projeto em vigência, visando à intervenção nas dificuldades escolares de seus alunos. Dividia-se entre a intervenção nas dificuldades de português e a intervenção nas dificuldades de matemática, não sendo necessária a frequência concomitante dos alunos às duas modalidades de intervenção.

questionam o seu próprio saber pedagógico, bem como o diagnóstico psiquiátrico encaminhado à escola nos anos de 2008 e 2009, alegando que ele não é conclusivo e que, portanto, não os orienta.

Sendo assim, ao passo que alguns educadores têm o laudo psiquiátrico de *G* como conclusivo, tal como o é para a Educadora 2, antiga acompanhante pedagógica da escola, para as Professoras 2 e 3, regentes da turma de *G*, ele é apenas uma hipótese a ser ainda confirmada já que no relatório emitido está escrita a expressão “*hipótese diagnóstica*”, seguida de um ponto de interrogação. Sendo assim, para estas educadoras, diante desta expressão e na ausência de uma construção sintática afirmativa, não haveria condições de determinar uma condução pedagógica apropriada para o aluno. Para estas professoras, a ausência de uma afirmativa não permite que solicitem o auxílio de um monitor de apoio à inclusão para estar com o aluno em sala de aula, durante o tempo de permanência da criança na escola, realizando, portanto, o papel de orientá-lo mais diretamente nas questões pedagógicas, já que ele se recusa a frequentar as intervenções do PIPE.

Contudo, mesmo dentre aqueles educadores para quem o diagnóstico de *G* é ponto fechado, ainda restam dúvidas sobre a condução pedagógica necessária de ser adotada para que o aluno aprenda, já que ele demonstra-se refratário à aprendizagem e resistente às propostas de intervenção.

Diante do mal-estar e mesmo do que se pode inferir ser um sentimento de culpa e de frustração por não conseguir uma condução adequada para o aluno, prevalece como proposta de intervenção o encaminhamento do aluno para um novo diagnóstico psiquiátrico ou a um diagnóstico psicológico. Justificam esta estratégia com a expectativa de que um novo laudo poderia ser determinante para que a Escola α estabeleça junto ao Núcleo de Inclusão o pleito por um auxiliar de inclusão que possa estar constantemente com o aluno, apontando-lhe os caminhos necessários de forma mais individualizada. A fala da Professora 3 é exemplar nesse sentido:

[temos] uma noção [do problema]. Dentro do pedagógico, né? Dentro do pedagógico a gente sabe. Mas, sem um diagnóstico certo, porque a gente não sabe qual é o problema dele; como ajudá-lo? Porque às vezes você propõe uma atividade... E amanhã você tem que propor a mesma atividade porque ele não avançou, quer dizer, um ano.... Nós temos para modificar a forma de atender esse aluno, mas aí a gente precisaria de um diagnóstico, saber o que ele tem, pra saber como, né? (sic – Professora 3)

Torna-se interessante notar que, sob o ponto de vista pedagógico, as professoras sabem o que acontece ao aluno, mas esperam que um novo laudo de saúde mental possa esclarecer-lhe sobre os impasses encontrados no campo de saber de sua competência. O que querem com

isto? Demandam um novo parecer que lhes aponte de forma precisa e, em suas avaliações, conclusiva, uma nova denominação para os impasses na aprendizagem do aluno, a fim de lhe oferecerem uma atenção mais particularizada.

Portanto, há um diagnóstico psiquiátrico que, remetido à escola na condição de uma hipótese, assim como são elaborados todos os diagnósticos clínicos em Saúde Mental, não encontra eco no fazer do educador, mesmo na prática cotidiana daqueles para quem não restam dúvidas sobre o que o laudo enuncia. Isto nos faz interrogar, qual é a verdadeira função deste instrumento nos processos de inclusão dos alunos e se haveria um diagnóstico efetivo para a elucidação das questões de aprendizagem do aluno em questão.

4.5.2.10 O professor e a inclusão escolar

Ao interrogarmos os professores envolvidos no caso *G* a respeito da inclusão escolar desta criança, verifica-se o entendimento de que este é um processo que não tem sido efetivo e que os profissionais alinham esta noção ao sucesso da aprendizagem do aluno. Segundo a avaliação da Professora 2, endossada pela Professora 3, o processo de inclusão do aluno,

Não está sendo efetivo. Primeiro por que a gente não sabe qual é o problema dele; como ajudá-lo. Quer dizer, ele tá tendo aula de intervenção, mas a gente não está vendo progresso. [...] Vamos conversar com a verdade. A gente tenta, dentro da sala de aula, dentro das dificuldades que ele vai apresentando, propondo as atividades para ele avançar, mas está parado. (sic – Professora 2)

Diante das questões levantadas, as professoras afirmam também que a dinâmica escolar não tem permitido que elas e a professora de intervenção (Professora 4) se encontrem para discutir a situação pedagógica do aluno, considerada necessária de ser debatida como estratégia para se efetivar os processos de inclusão do aluno. Destacam que estes encontros seriam interessantes para que elas pudessem saber se, nos momentos de intervenção, há algum progresso que em sala de aula não é notado.

Ao se verificar a proposição de intervenção requerida pelas outras professoras, a Professora 4 afirma que a considera importante. Porém, para além desta solução, esta profissional coloca em questão a própria formatação da inclusão escolar praticada na Escola, afirmando que é preciso pensar num projeto de atendimento constante para o aluno que vise, inclusive, o aperfeiçoamento de habilidades que não sejam acadêmicas, o que exige um projeto específico. Argumenta que

É preciso olhar para o aluno com mais seriedade, porque a escola não tem estrutura para atender o aluno de inclusão como se deve. Eu tenho que acreditar que ele tem

potencial, que ali acontece alguma coisa que não está de todo perdida. (sic-Professora 4)

Sendo assim, nesta discussão, resgata a habilidade de *G* com o desenho livre, fazendo uma alusão de que a escola e um suposto projeto inclusivo para este jovem deveriam considerar esta particularidade para se pensar um projeto de escolarização que, por fim, visasse à sua inclusão social. Esta mesma posição é endossada na avaliação da Educadora 1, técnica do Núcleo de Inclusão, quando afirma que gostaria que o aluno frequentasse um curso de desenho artístico.

Apontam, portanto, uma saída para o aluno que, em princípio, se coloca para além da transmissão formal de conhecimentos realizada tradicionalmente pela escola e que traz um elemento que, juntamente ao anúncio de *G* sobre o desejo de ir para a “Faculdade de Aprender”, anuncia outra forma precisa: “Eu desenho muito bem!”.

4.5.2.11 *Análise do caso*

A realidade que se coloca por meio dos dados explicitados remete-nos a um primeiro delineamento: no caso em questão, o elemento central e determinante dos impasses referentes à inclusão escolar deste aluno se coloca a partir de sua aprendizagem, de sua frequência à escola e dos impasses na socialização frequentemente enfrentados por ele. Este cenário coloca a criança no lugar de um enigma para os professores e educadores envolvidos com ele na Escola α .

Por uma petição de princípio, caso se parta do pressuposto de que o diagnóstico clínico psicopatológico/psiquiátrico, elemento deflagrador e formalizador de todo processo de inclusão escolar, seja um instrumento norteador do fazer cotidiano do educador, dever-se-ia concordar que tudo estivesse solucionado com a oferta deste saber à instituição. Ou seja, apesar das extremas dificuldades de aprendizagem apresentadas por *G*, no seu caso, o laudo diagnóstico que, no campo da Psiquiatria das Classificações Internacionais, identifica a criança a partir da hipótese diagnóstica de *transtorno invasivo do desenvolvimento* e, portanto, na categoria de *transtornos globais do desenvolvimento* (APA, 2002; OMS, 2003) e, no campo da Educação Especial, como um aluno com necessidades educativas especiais permanentes (COLL, 2004; RIVIÈRE, 2004) não é o suficiente para garantir, junto ao

programa de inclusão do município, a proposta de direcionamento de um acompanhamento a ser realizado de forma compartilhada entre os professores e um monitor de apoio à inclusão⁹⁵.

Diante desta negativa e dos impasses experimentados pelos educadores, recolhe-se destes profissionais uma série de hipóteses sobre o que se passa com o aluno. Recolhem-se também proposições que visam a dar um contorno às questões apresentadas por ele à escola. Retomando tais hipóteses, encontram-se quatro blocos relativamente distintos de respostas, tais como se pode verificar a seguir:

- a) Uma primeira hipótese, estabelecida pela grande maioria das educadoras, gira em torno da versão de que as dificuldades escolares do aluno teriam origem na organização social e familiar em que a criança está inserida. São estabelecidas a partir de um núcleo familiar muitas vezes caracterizado como “desequilibrado” ou “desequilibrado”, em razão das características pessoais de sua genitora e das condições de habitação e de sobrevivência da família. Esta hipótese é seguida mais de perto pelas Professoras 2 e 3 e pela Educadora 1;
- b) Uma segunda versão aponta para uma lei de compensação: a agressividade utilizada no trato com o outro seria uma estratégia de compensação do aluno diante de suas dificuldades de aprendizagem. Tal estratégia teria como objetivo encobrir o seu fracasso acadêmico e seria a hipótese mais ressaltada pela Educadora 2;
- c) A terceira hipótese refere-se às interferências da mãe do aluno no seu processo de aprendizagem. A mãe, reiteradamente, intervém na frequência da criança na escola, assim como aponta as Educadoras 1 e 2;
- d) Uma última hipótese aponta para a sobredeterminação de problemas psicológicos e relacionais na construção das dificuldades escolares e do próprio fracasso escolar do aluno, causados por um suposto segredo familiar em relação à paternidade de *G*, perspectiva apontada pela Professora 4, a partir de seu contato com o aluno no PIPE.

Tais hipóteses demonstram que, no que diz respeito aos processos de inclusão escolar de *G*, as versões sobre as dificuldades enfrentadas no seu transcurso podem ser muitas e, nem sempre, encontrarem um denominador comum. O ponto comum destas hipóteses refere-se ao questionamento sobre o que se passa com a criança e com seus processos de aprendizagem e de socialização. Esta questão recai sobre as professoras e as demais educadoras como um mal-

⁹⁵ A criança não apresenta qualquer dificuldade na execução de tarefas da vida diária, no cotidiano escolar, assim como o aluno referido no Caso *T* da presente pesquisa.

estar frente à inclusão escolar a ser reiteradamente investigado, encontrando nomeações e justificativas diversas ao longo do tempo, tal como é indicado por Tendlarz (1997), Vasques (2008b) e Figueiredo (2009). Nesta medida e de forma mais ou menos explícita, a estratégia para lidar com este mal-estar encontra na proposição em torno de outra avaliação psiquiátrica, que possa esclarecer o educador sobre os impasses do aluno.

Na verdade, se analisarmos o último relatório médico em que consta expressa a hipótese diagnóstica de *transtorno invasivo do desenvolvimento*, e, portanto, *transtorno global do desenvolvimento*, verificaremos que nele encontra-se a descrição correlata a boa parte das próprias percepções dos educadores sobre o aluno, quando o descrevem sob o ponto de vista de seus impasses escolares⁹⁶. Assim, mesmo estando atentas às particularidades do jovem, enunciadas por elas como um aluno “carismático”, que “tem habilidade para o desenho”, que é “esperto”, que “possui liderança com o grupo em que se insere”, que “reconhece os limites, o espaço dele em sala de aula”, que “entende [algumas] coisas muito bem”, a quem elas conseguem ensinar “cores, símbolos, quantidade, adição e subtração e geometria” (sic – Professora 3), elas tendem a se perder diante de alguns impasses com a aprendizagem, vivenciadas pela criança. Apresentam-no então sob os signos de suas dificuldades – “não aprende”, “não aglutina”, “não fala coisa com coisa”, “parece desconectado” (sic – Professora 2), formas outras de anunciar o mesmo que os relatórios médicos enviados à Escola α anunciam.

Sendo assim, ao demandarem pela repetição deste tipo de procedimento, torna-se necessário alertar para a tendência de que permaneçam na mesma condição em relação ao seu trabalho, pois, no caso em questão, o diagnóstico psiquiátrico não alcança a elucidação sobre os impasses vivenciados no processo de inclusão de *G*. Isto porque, a partir da utilização deste modelo diagnóstico como forma de suprir uma parte do saber que falta ao professor sobre os motivos do fracasso escolar do aluno, tal instrumento se estabelece a partir dos fenômenos manifestos no comportamento da criança, fenômenos estes que são observáveis no cotidiano escolar.

Logo, o que fazer se os documentos que orientam o campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva direcionam os profissionais envolvidos nos processos de inclusão escolar a recorrerem ao saber médico, bem como ao saber psicológico, como forma

⁹⁶ Tal questão nos remete também à afirmação de Dumas (2011), ao afirmar que crianças identificadas a partir da categoria de transtornos globais do desenvolvimento costumam ser ditas pelo outro a partir dos signos de seus déficits: não aprendem, não falam, não interagem, etc.

de elucidar os impasses escolares e, a partir dos laudos emitidos, identificar respostas pedagógicas adequadas?

Por meio dos dados levantados no caso de *G*, verifica-se que a resposta a esta questão estaria colocada a partir da própria dificuldade da criança, tanto em relação à aprendizagem quanto em relação à sua participação na escola, e introduz a questão sobre qual é o diagnóstico que, de fato, interessa à escola.

Em relação a esta questão, o que a presente pesquisa encontrou, de fato, foi uma interferência da Mãe *G* junto à escola e à aprendizagem da criança assim como vislumbram suas professoras e os demais educadores envolvidos no seu processo de inclusão. Portanto, os educadores têm um saber a respeito da condição do aluno e de sua relação com a escola e com a aprendizagem. Porém, há algo deste saber que lhes escapa, na medida em que não conseguem precisar com mais exatidão a dinâmica existente na configuração “criança-mãe-aprendizagem-escola”.

É nesta dimensão que a entrevista realizada com a criança e a escuta do que a própria criança pode dizer a respeito de seus impasses fazem com que se identifique uma resposta particular a esta condução materna, resposta esta que não lhe favorece a participação constante na escola e, tampouco, o avanço em sua aprendizagem. Verifica-se que a criança mantém-se em uma posição débil (LACAN, 1969; SANTIAGO, 2005) diante das interferências maternas e toma o saber e as condutas desta senhora como verdades, em certa medida, incontestáveis.

Aponta-se que esta elucidação, mais que a submissão da criança a outra avaliação psiquiátrica, esclarece a questão levantada, sobretudo, pelas Professoras 2 e 3, sobre o que acontece com *G* tendo em vista o encontro de uma orientação pedagógica mais individualizada e manutenção do aluno no ambiente da sala de aula.

Portanto, ao se proceder a uma forma de investigação que suspende o caráter da estrita descrição fenomenológica dos comportamentos da criança, encontra-se que suas dificuldades de aprendizagem não se referem estritamente à descrição do quadro patológico a partir da qual ele recebeu os diagnósticos em que foi classificado no decorrer de seus anos de escolarização na Escola α . Revela-se na criança uma posição fantasmática, que o faz responder a partir do lugar de quem nada pode saber diante de uma mãe que se mantém em uma posição de quem tudo sabe.

Destaca-se que, por mais que ações de atendimento educacional especializado sejam justas e necessárias, este caso revela um possível ponto de investigação e de intervenção que não se reduz às propostas formais de intervenção para adaptação escolar, formuladas no seio a

política de Educação Especial Inclusiva brasileira (BRASIL, 2010) ou que nos aponta as atuais recomendações teóricas em voga para este campo (RIVIÈRE, 2004; BELISÁRIO, 2010). Desta forma, encontra-se a dimensão da possibilidade de retirada da criança da condição de aluno com necessidades educativas especiais permanentes (RIVIÈRE, 2004; COLL, 2004), na medida em que, se a intervenção com a criança conseguir atingir esta posição debilitada, acredita-se ser possível retirá-la deste lugar especial e, numa aposta, proporcionar ele o mínimo à tão desejada *faculdade de aprender*.

4.5.3 Caso D - “Eu sou criança, eu apronto!”: a medicalização da infância

4.5.3.1 Apresentação do caso

À época da realização da presente pesquisa na Escola α , *D.*, sexo masculino, contava 11 anos e 03 meses, cursava o 1º ano do 2º. ciclo do Ensino Fundamental e nos foi apresentado pelos educadores como uma criança inteligente, que não manifestava déficits cognitivos, mas que mantinha na escola um comportamento bastante desafiador à autoridade do professor, além de ser agressivo com os colegas.

Destaca-se que, embora já tivesse sido aluno da UMEI da Escola α no ano de 2004, sua admissão para o Ensino Fundamental desta mesma escola foi realizada em 13 de janeiro de 2010. Esta matrícula possui a particularidade de ter sido realizada através de intervenção da Equipe de Apoio à Inclusão da Secretaria de Administração Regional Municipal – Gerência Regional de Educação / SARMU/GERED⁹⁷. Em caráter de excepcionalidade, este órgão de gestão educacional acatou a determinação de transferência feita pelo Conselho Tutelar. Por sua vez, o Conselho acatou denúncias formalizadas pela mãe do aluno de que ele teria sido vítima de *bullying* por parte da direção da Escola γ , também ligada à rede municipal de ensino. Nesta escola, a criança teria sido comparada ao cantor Justin Bieber, pois o corte de cabelo utilizado por *D.* seria o mesmo utilizado por este artista, passando a ser chamado pelo sobrenome do cantor. A denúncia de *bullying* teria vindo pela homofonia entre o sobrenome do cantor com o termo “Biba”, derivativo popular para o termo *homossexual*. Esta situação tornou-se uma questão insuportável para a criança e a sua permanência na Escola γ , inviável.

À época do levantamento de dados realizado para a presente pesquisa, os registros documentais encontrados sobre a criança em sua pasta escolar ainda eram poucos. Neles, foi

⁹⁷ Ressalta-se que matrículas efetivadas desta maneira indicam uma situação de exceção do aluno junto ao sistema de inclusão escolar.

possível encontrar apenas dados gerais sobre *D*, tais como nome, idade no momento da matrícula, data de nascimento, filiação, data de matrícula com o correspondente ano/ciclo/série, a indicação de ser um aluno com necessidades educativas especiais, o registro quanto à prescrição medicamentosa e uma observação de que faltava para a escola o laudo psiquiátrico comprobatório sobre os critérios determinantes de sua condição especial. Sendo assim, todas as demais informações recolhidas sobre a criança são fruto de registros orais.

Ressalta-se que, em razão de seu comportamento, todo o processo de escolarização desta criança encontra-se perpassado pela suspeição da ocorrência de algum transtorno mental e da construção de um laudo psiquiátrico correspondente. Ainda na educação infantil – na UMEI, contígua à Escola α , a agitação e a falta de concentração notadas na criança deram margem a questionamentos sobre seu comportamento ter origem patológica. Apesar desta suspeição, nesta instituição a criança ainda era reconhecida pelos educadores apenas como um garoto “distraído” e “levado”, segundo o que foi revelado por sua mãe (sic – Mãe *D*).

Cerca de um ano após o ingresso na Educação Infantil e tendo se desvinculado da UMEI, *D*. foi levado pela família para matricular-se em uma escola particular da região, a partir da ideia de que esta escola oferecia melhores recursos pedagógicos que a escola pública. A partir desta inserção, a pedido da nova escola, o menino foi submetido a uma avaliação médica. Inicialmente, foi realizada uma avaliação neurológica, a partir da qual *D* passou a ser medicado com Ritalina, melhorando momentaneamente os sintomas de agitação e de falta de concentração. Entretanto, como os exames clínicos não fizeram nenhum achado neurológico significativo e sua agitação psicomotora persistiu após breve período de acomodação medicamentosa, novamente seguindo a recomendação da escola, a mãe da criança levou-o a um psiquiatra. A partir daí, construiu-se um diagnóstico positivo de *transtorno bipolar* (APA, 2002)⁹⁸ para a criança. Segundo a mãe de *D*, tal diagnóstico foi elaborado a partir um único contato do médico com seu filho, sendo firmado, sobretudo, a partir de relatórios escritos por ela e pela escola a respeito do comportamento inquieto, agressivo e, por vezes, entristecido do garoto. Tais fatores foram entendidos pelo médico como uma variação de humor e utilizados como critérios principais para se firmar o diagnóstico do quadro patológico.

Como forma de intervenção terapêutica, *D* foi levado ao tratamento medicamentoso com sertralina, risperidona e alguns neurolépticos⁹⁹, à terapia ocupacional e ao psicólogo. Porém, segundo informações de sua mãe, ele era muito pequeno e se recusava a permanecer

⁹⁸ Na CID 10, a patologia figura sob a classificação de F.31- Transtorno afetivo bipolar.

⁹⁹ Não nos foi possível verificar quais neurolépticos foram prescritos porque não há registros dos nomes das medicações na pasta acadêmica do aluno e a família não nos forneceu os nomes. Porém, houve confirmação do uso dos psicofármacos por parte da mãe da criança.

sozinho na companhia dos profissionais e a conversar com eles, o que foi entendido por ela como uma recusa ao tratamento – “Era eu que ficava falando porque ele não falava, não brincava. Aí parecia que tudo aquilo era pra mim. Eu preferi tirar ele” (sic - Mãe D). Assim, a criança permaneceu apenas com a medicação prescrita pelo médico psiquiatra.

Cabe ressaltar que, no momento da investigação psiquiátrica realizada com *D* e de sua classificação como um aluno com necessidades educativas especiais pela escola, o que estava em vigência nas legislações nacionais de Educação Inclusiva era a categoria de *condutas típicas* (BRASIL, 1994, BRASIL, 2006). Como já salientado no item sobre a descrição dos sujeitos de pesquisa, sua permanência na Equipe de Apoio à Inclusão se deveu ao fato de que, atualmente, o *transtorno bipolar* encontra-se equiparado aos transtornos globais do desenvolvimento em termos de ações de atendimento educacional especializado. Tal alinhamento explica o fato de o caso de *D* ter sido direcionado para a presente pesquisa quando Escola α foi solicitada a disponibilizar casos de alunos com transtornos globais do desenvolvimento. Assim, esta organização da política de inclusão municipal faz com que uma ampla gama de desajustes de comportamento e de aprendizagem manifestados pelas crianças seja alvo das atenções da Equipe de Apoio à Inclusão.

Assim, a partir do ingresso na criança na Escola γ , o laudo de *transtorno bipolar* formalizou a condição da criança como aluno com necessidades educativas especiais junto ao Programa de Inclusão do Município e, conseqüentemente, junto às escolas da rede municipal por onde ele tem passado – Escola γ e Escola α . Também instituiu junto aos educadores da rede municipal de ensino a que a criança encontra-se vinculada a orientação de que ele deveria seguir o uso da medicação receitada, permanecendo medicado para contenção dos comportamentos desviantes no ambiente da escola.

Tendo em vista a emissão do laudo de transtorno bipolar, da apresentação deste documento à Escola γ e à Equipe de Apoio à Inclusão e o comportamento agressivo utilizado para se relacionar com as pessoas, inicialmente *D* recebeu atendimento educacional especializado por parte da referida equipe. Para tanto, a estratégia de intervenção educativa escolhida foi a destinação de um monitor de apoio à inclusão para acompanhá-lo durante a sua permanência na escola. Entretanto, de acordo com a Educadora 1, ao observar que a criança agia com a monitora de forma autoritária e voluntariosa e que esta profissional não conseguia estabelecer com o aluno uma relação que, de fato, pudesse contribuir para o seu crescimento acadêmico e social na escola, esta estratégia de intervenção foi suspensa e os professores da Escola γ passaram a adotar com ele uma postura mais rígida.

Destaca-se que, ao longo do período em que permaneceu na Escola γ , D permaneceu medicado para frequentar o espaço da escola, sem que isto garantisse a modalização do comportamento esperada pelos profissionais. A criança continuava agitada, brigando e agredindo fisicamente colegas e professores. Também após um período de acomodação da medicação psiquiátrica, sua mãe avaliou que a intervenção medicamentosa já não fazia efeito. Segundo o seu relato, D mostrava-se ainda mais agitado, além de agressivo, tanto mais quanto a dose ministrada era aumentada pelo médico. Por decisão própria desta senhora, apenas comunicada ao médico, ela suspendeu a medicação da criança e afirma que, apesar dos impasses ainda experimentados na escola, ela o percebe mais tranquilo.

Portanto, quando D chegou para se matricular na Escola α , no início de 2011, ele já não contava mais com o acompanhamento do monitor de inclusão, nem fazia uso da medicação¹⁰⁰. Observa-se que, apesar da ausência de cópia comprobatória do laudo médico nos registros acadêmicos do aluno, a informação sobre este documento circula com certa naturalidade. Direção, professora e outros profissionais se referem ao aluno a partir dos comportamentos inadequados da criança bem como a partir da nomeação “bipolar”.

Trata-se então de um caso que, a partir do diagnóstico psiquiátrico que o identifica à Escola, mantém perante a atual legislação nacional de Educação Especial Inclusiva a excepcionalidade de não apresentar um lugar categorial definido. Porém, em função de um histórico em relação à construção do laudo psiquiátrico e da própria organização do sistema de inclusão escolar do município de Belo Horizonte, mantém a criança na condição de aluno com necessidades educativas especiais. Trata-se também de um aluno que desafia o Programa de Inclusão, na medida em que o ativismo de seus comportamentos faz com que a escola permaneça arraigada na proposta de medicá-lo, gerando com isto um tensionamento entre família e escola.

4.5.3.2 A Criança

Trata-se de uma criança vivaz e eloquente, vista pelos educadores como alguém que se considera um líder. Dentro do ambiente escolar, D se diferencia dos demais alunos por alguns aspectos particulares. Num ambiente em que predominam crianças negras e pardas, em sua maioria de cabelos crespos, D se diferencia por ser branco e ter o cabelo liso. Sendo assim, no

¹⁰⁰ À época da realização da pesquisa de campo, a criança também se encontrava sem o uso da medicação.

conjunto de crianças da Escola α , D se destaca em função de suas características raciais e pelo modo singular com que, frequentemente, ele se apresenta na escola com penteados diferentes.

Estas particularidades não passam despercebidas no ambiente escolar, uma vez que a criança é identificada por suas características físicas e seu modo de se apresentar. Constantemente, ele é chamado pelos colegas e demais pessoas que convivem com ele no espaço da Escola α de “leite azedo”, “leite coalhado”, “branquelo”, em razão de sua pele branca ou de “Justin Bieber/Biba”, “choque elétrico” e “porco espinho” por causa do cabelo liso, arrumado em um topete espetado para cima. Sendo nomeações atribuídas a ele desde a sua permanência na Escola γ , a referência das pessoas a elas costuma causar-lhe agitação e grande nervosismo. A seu modo, ele estabelece um movimento de recusa a estes nomes, assim como recusou a nomeação “bipolar” com que passou a ser identificado na referida escola.

D também se diferencia do restante das crianças por parecer ter uma condição socioeconômica mais favorável que a grande maioria dos demais alunos, em geral, provenientes de famílias sem muito ou nenhum recurso financeiro. O garoto é filho de pais separados, desde quando ele tinha cerca de 1 ano de idade. Sendo o único filho de sua mãe, recebe auxílio financeiro do padrasto, além do próprio pai biológico. Todos os adultos que o cercam trabalham, mantendo-se empregados e recebendo salário fixo. A única pessoa que não trabalha é a mãe de D , que deixou a atividade de cabeleireira logo depois da criança ter sido diagnosticada como portadora do transtorno mental, decidindo-se por ficar em casa para estar com o filho. Tal condição também não deixa de ser notada por todos na escola, marcando para D mais uma diferença.

Em relação à organização familiar, sua mãe se casou novamente logo após a separação e seu pai também constituiu nova família logo em seguida. Do novo casamento do pai, D tem dois irmãos mais novos (um menino que contava dez anos à época da pesquisa e uma menina mais nova, de seis anos). A criança mantém contato com os irmãos, sobretudo com o irmão, que estuda na mesma escola e no mesmo turno que ele. D destaca que mantém com eles uma boa referência e que o contato com o irmão muitas vezes tem o efeito de acalmá-lo – “Se estou nervoso e me encontro com ele, eu me acalmo. Não sei por quê. Quando eu tô perto do meu irmão, os *menino* me chama de tudo quanto é nome e eu nem ligo.” (sic – D). Com isto, oferece o indicativo de que há algo na nomeação do outro sobre ele que lhe é insuportável, mas que há também referências que vêm a partir da figura paterna que tendem a apaziguar tal circunstância.

Ele afirma que vê o pai apenas uma vez ao mês e que sente muita falta dele. Segundo relatos da mãe de D , a criança sofreu muito com o fato de seu pai deixar a casa à época da

separação do casal – “Ele chorava que parecia que estava apanhando” (sic – Mãe D). A partir desta separação, o comportamento da criança se alterou. *D* passou a ficar agitado e irritado e também a alternar momentos de alegria com momentos de tristeza em que reclamava a presença do pai. Estes momentos de maior emotividade, frequentemente chamados pela mãe de momentos de “baixo astral”, apresenta-se sempre que a criança pensa na ausência do pai. Esta senhora relata que, ainda hoje, seu filho manifesta o desejo de que, na impossibilidade dos pais retomarem o casamento, os dois casais possam viver sob o mesmo teto junto com ele e os irmãos. Diante da impossibilidade de concretizar este sonho, *D* costuma manifestar alterações de humor, apresentando-se mais emotivo (sic – Mãe D).

Aponta-se sobre esta questão o indicativo de que as alterações de humor da criança possuem um endereçamento que são, na verdade, manifestações de uma angústia sem simbolização. Embora promover outras nomeações no lugar dos diagnósticos originalmente oferecidos à escola não seja o objetivo desta dissertação, tal observação coloca em questionamento o diagnóstico de transtorno bipolar com o qual se identifica a criança, e cuja elucidação pode alterar-lhe a condição de aluno com necessidade educativa especial.

Sua mãe ainda descreve o filho como um garoto alegre, levado, falante, atencioso, que não admite se passar por mentiroso, questão que, reiteradamente, aparece em sua convivência na escola, quando alguma desavença acontece na convivência dele com os colegas e que o acusam de ter provocado a situação. “Quando ele fala a verdade e que ninguém acredita, aí ele chora, ele esperneia, ele passa até mal. Ele quer porque quer provar que tá certo. Mas quando ele fala mentira é fácil descobrir porque ele fica repetindo aquilo.” (sic – Mãe D). Em momentos diferentes, ele mesmo reafirma as colocações feitas por sua mãe, apontando, contudo, sua insegurança em relação ao crédito que os adultos costumam lhe dar. “Você vai acreditar em mim ou em um adulto? É lógico que é em um adulto! Eu sou criança, eu apronto!”, afirma ele em entrevista de orientação psicanalítica conduzida junto a ele pela professora Doutora Ana Lydia Santiago¹⁰¹. Tal afirmativa encontra ressonância na crença da criança de que sua própria mãe e, em consequência, suas professoras não costumavam dar crédito às coisas que ele diz e que ninguém acreditaria em quem “toma remédio” (sic – *D*).

Dentro da dinâmica familiar, a imposição de limites à criança, em primeiro lugar, fica a cargo da mãe e, posteriormente, a cargo do padrasto, a quem *D* também tem na condição de pai, denominando-o como “o pai que mora lá em casa”. Tanto *D* quanto sua mãe são

¹⁰¹ Destaca-se a presença, na referida entrevista, da pesquisadora Fernanda do Valle Corrêa Ramos, bem como da estagiária do NIPSE Carla Figueiredo. Exceto esta entrevista com a criança, as demais entrevistas deste caso foram conduzidas pela pesquisadora Fernanda sem o acompanhamento das outras pesquisadoras.

categoricos em afirmar que, em casa, nos momentos em que é preciso, ele é chamado à atenção, a mãe é a maior autoridade junto à criança – “Se eu responder ela, ela esfrega meu nariz no chão” (sic – *D*). Portanto, ao modo que esta senhora entende ser pertinente educar seu filho, as faltas da criança e suas desobediências são passíveis de punição severa – “Minha mãe não passa a mão na minha cabeça. Meu pai já passou.” (sic – *D*), ao contrário do que muitas vezes indica a escola a respeito da relação da família com o menino.

Através das conversas tidas com a mãe e com a criança, é possível verificar que os dois mantêm uma ligação muito estreita e que, para o garoto, sua mãe é a única autoridade verdadeiramente reconhecida por ele, o que tem um impacto especial na sua convivência na escola, assim como será possível verificar ao longo do relato deste caso. Ainda em relação a esta dimensão da autoridade, os profissionais da Escola α afirmam que, das poucas vezes que o pai esteve presente na escola para resolver alguma questão em relação às indisciplinas do filho, *D* posteriormente manteve-se calmo e solícito durante algum tempo, o que faz com que se infira sobre um endereçamento do ativismo criança na escola ao seu pai e à mãe.

Verifica-se também que a criança tem medo da morte e angustia-se com isto, o que se manifesta em pesadelos à noite. Outra particularidade de *D* é interessar-se por desenho e frequentar sites que ensinam a desenhar. Por iniciativa própria, ele tem aprendido a desenhar através destes sites e afirma que, quando concluir os estudos, será artista. “Ontem eu olhei para a minha mãe e consegui desenhar ela certinho” (sic – *D*).

Diante do que se relata, revela-se uma dimensão da vida da criança em que as questões com o casal parental, com a morte e com o sexo adquirem uma conotação especial e, de saída, diferente da possibilidade de se corroborar o diagnóstico recebido. Revela-se também o indicativo de que estas questões infantis se refletem de forma especial no âmbito da escolarização da criança, assim como se expõe a seguir.

4.5.3.3 *A criança e a aprendizagem*

A aprendizagem da criança não é o foco de atenção dos profissionais da Escola α e, portanto, não pode ser considerada como um problema para a instituição. Embora fosse descrito pelos professores como um aluno que apresentava dificuldades de concentração e, por isso, se dispersava com facilidade, a princípio a aquisição de conteúdos não era um grande problema para ele. Esta questão só passava a ser um problema na medida em que as brincadeiras de *D* em sala de aula e as suas oposições em realizar as tarefas propostas pela professora impediam que ele aprendesse conteúdos considerados como pré-requisito para

alcançar níveis mais elevados de aprendizagem. Tal situação deixava-o em desvantagem em relação à turma.

Assim, sua professora (Professora 5) afirma que ele sabe ler, que consegue fazer as atividades, mas que não demonstra interesse em fazê-las. Em sua percepção, também quando é chamado à atenção em relação a alguma atividade cujo resultado conseguido por ele não é o resultado esperado, ele deixa de fazer a seguinte ou não corrige o erro, demonstrando-se irritado – “Ele embirra, não quer mais fazer, começa a xingar” (sic - Professora 5). Via de regra, esta reação é interpretada pela professora e pelas demais educadoras (Educadora 1, por exemplo) ou como uma dificuldade dele em lidar com a frustração ou como uma forma da criança demonstrar que não precisa aprender.

No conceito destas educadoras, *D* é um menino que “Acha que sabe tudo e que pode fazer e deixar de fazer de tudo [dentro da escola]. Ele diz que ‘se garante’ porque ele sabe que a mãe dele não vai fazer nada contra ele, pelo o que ele fala!” (sic - Professora 5), porque “Como ele sabe que as crianças que têm laudo não são reprovadas, ele acha que não precisa fazer nada para aprender. Então ele tem um ganho secundário com a condição de saúde dele” (sic – Educadora 1).

Percebe-se, contudo, que a recusa da criança à aprendizagem localiza-se no ponto do consentimento com o que as professoras podem lhe transmitir.

4.5.3.4 A criança e os colegas

Grande parte do impasse da criança na escola está localizada no relacionamento com os colegas. São frequentes as situações em que *D* se envolve em discussões verbais ou agressões físicas, tanto com os colegas de turma quanto com outros meninos da escola.

A despeito desta situação, *D* é descrito pelos educadores como uma criança que, desde sua frequência na Escola γ , “Não estabelece relação de amizade nem parceria com colega nenhum. O comportamento dele era de provocar os colegas; assim, diferente do G^{102} que provoca com palavras, ele bate, bate. Ele ia nos colegas e batia.” (sic - Educadora 1,). Também a respeito desta questão, observa-se que sua professora (Professora 5) refere-se a ele a partir de uma série de anotações realizadas diariamente por ela a respeito do comportamento da criança em sala de aula. Nestas anotações, ela descreve a criança como carismática, envolvente e que atrai os outros alunos para participar de feitos inadequados na escola:

¹⁰² Trata-se aqui de uma comparação com a segunda criança de nossa pesquisa.

Ele começa a brincar com os meninos, os meninos fazem as bagunças e, no final, os meninos é que levam o prejuízo, entendeu? [...] Ele caça briga com os meninos na hora do recreio! Apanha e depois faz de vítima, mas a gente sabe que ele caça briga [...] Os meninos não resistem ao *D*. (sic - Professora 5)

Esta percepção de que as crianças não resistem ao aluno confere à observação da professora de que ele seria uma liderança negativa para os outros alunos e que, na escola, ele estaria se envolvendo com más companhias.

Ao se consultar a própria criança sobre o que relata a sua professora a seu respeito verificam-se os seguintes esclarecimentos:

Pesquisadora Ana Lydia: Ah, você tinha sido vítima de bullying na escola... o que eu estou achando é que não foi muito não, mas em todo caso...

D: Você não sabe como eu fico...

Pesquisadora Ana Lydia: Ah, então me explica. Estou querendo saber.

D: Passar a manhã toda estudando (?), a maioria da escola te prejudicando, te batendo, te zuando... e no outro dia a mesma coisa...

Pesquisadora Ana Lydia: Você queria estudar em uma escola diferente?

D: Desde que não tenha menino me zuando... eu trato as pessoas como elas me tratam... se me tratam mal, eu trato mal.

Verifica-se que, na maior parte das vezes, o que é encontrado como causa para sua irritação é o apontamento dos colegas sobre algumas de suas diferenças físicas. Os nomes que provém daí (leite em pó, porco espinho, etc) são, definidos por ele como “zoação dos meninos” e tomados por *D* em um sentido pejorativo. Todas estas referências faziam com que a criança se enraivecesse diante dos colegas, tomando atitudes desproporcionais, pois diante de situações assim, ele costuma agredir fisicamente a todos. Contudo, ao reagir deste jeito, ele tornava-se vítima das contrarreações dos colegas, criando um ciclo de repetições em que, ao final, já não se podia mais determinar quem era o agressor e quem era a vítima.

Apesar disto, *D* sustenta a posição diante dos colegas como a de quem é invencível – “[...] Os meninos da minha sala não me batem, eles têm medo de mim... porque eu fiz um mês de aula de muay-thai. [...] Juntou 4 meninos em cima de mim, mais velhos que eu” (sic – *D*).

Sendo assim, é possível verificar que a forma como a criança recusa a nomeação que vem do outro invisibilizava tanto o seu bom convívio com boa parte de seus colegas de turma, quanto com outras crianças na escola, lançando-a a certa descrença com a aprendizagem – “Todo dia alguém zuando, te prejudicando... Não gosto de caderno nem de mochila [...]. Não gosto de escola” (sic – *D*).

4.5.3.5 A criança e o professor / O professor e a criança

Outro ponto de conflito da criança na escola refere-se ao seu relacionamento com os professores, principalmente com a professora regente de sua turma, questão que já era notada pelos educadores desde a sua inserção na Escola γ , segundo a Educadora 1. Na percepção dos demais educadores, inclusive da direção da Escola α , *D* mantém uma postura de recusa à autoridade do professor, assim como de fato foi possível constatar em entrevista realizada com a criança. Consideram o aluno como uma criança de difícil acesso através do diálogo – “É difícil demais conversar com ele! A gente pergunta e ele não responde. A gente pergunta por que você fez isso? E ele não responde ou, quando responde, é só se defendendo” (sic – Professora 5). Ao mesmo tempo, denuncia que a criança conversa a aula toda, que tem sempre algo a dizer para os colegas, e uma história nova de seu dia-a-dia para contar.

Ao dizer sobre a dimensão de seu convívio com o aluno e sobre os problemas enfrentados com ele e por ele na Escola, a professora de *D* esclarece que o que ela sabe sobre o aluno em termos de seu diagnóstico psiquiátrico foi informado a partir da Escola γ , onde ela também leciona – “Sei que a questão é de hiperatividade e de transtorno bipolar, mas nunca vi um relatório [...]. Então eu não sei exatamente o que ele é, qual é a dificuldade dele” (sic – Professora 5). Revela que gostaria de poder ajudá-lo, mas ao longo da entrevista realizada com ela, identifica-se uma alternância de sentimentos e de percepções. Diante dos impasses vivenciados, o que se extrai da professora sobre o seu contato diário com o aluno é uma relação permeada por sentimentos de raiva:

Aquilo que eu falei com você! Fico com raiva! Porque assim: ele está atrapalhando a minha aula, ele está atrapalhando os outros 26 alunos, são 27 alunos no total, ele está se prejudicando também e, o tempo que eu gasto para a chamar a atenção dele, para conversar com ele, é o tempo que eu poderia explicar a matéria. (sic- Professora 5)

Ao interrogá-la sobre a necessidade de mudar de estratégia para lidar com o aluno, para auxiliá-lo a sair dos embates em que ele entra, ela se posicionou concordando com a pesquisadora. Contudo, ela adverte de forma enfática que “Não dou conta de fazer isso não! Ele me ferve o sangue! Eu não queria, mas já o dou como caso perdido porque eu não consigo.” (sic – Professora 5). Revela-se então uma relação desgastada da professora com a criança e vice-versa, em que esta profissional não encontra meios para reverter a situação em favor da boa convivência com o aluno e da facilitação de seus processos de aprendizagem e de socialização.

Por sua vez, a própria criança revela a dimensão do que se passa entre ele e as professoras ao ser abordado em sua relação com sua mãe. Em consequência, dá a conhecer a dimensão de sua relação com a autoridade dessas mulheres.

D: Ela [a mãe] é mais velha que eu, eu tenho que respeitar ela.

Pesquisadora Ana Lydía: Ah... sei. Mas você não concorda com isso não, concorda? [sobre ela esfregar sua cara no chão para chamar-lhe a atenção]

D: Concordo. Minha mãe diz que se não aprende dentro de casa, aprende no mundo lá fora.

Pesquisadora Ana Lydía: Sabe porque que eu achei que você não ia concordar? Porque aqui você falou que não pode escutar nem uma professora falando alguma coisa que você não quer que você fica bravo.

D: Professora não é minha mãe.

Pesquisadora Ana Lydía: Ah... quer dizer que só sua mãe pode falar com você qualquer coisa?

D: Uhum.

Pesquisadora Ana Lydía: Ó, tá vendo... talvez parte do seu problema esteja aí, hein? É... você só aceita palavra da sua mãe e de mais ninguém nesse mundo.

D: É, foi ela que me criou, né? Fazer o quê?

Pesquisadora Ana Lydía: É... mas, na escola, a gente tem que aceitar também a voz da professora. E ela é muito brava, a sua mãe?

D: Não... mas de vez em quando ela é. [...]

A partir deste fragmento, toda a conversa da criança com a pesquisadora irá na direção de uma tentativa de intervenção para que *D* se colocasse mais disponível, assim como é possível verificar através do fragmento explicitado abaixo:

D: Ê professora chata essa Professora 5. [ele ouviu a professora conversando no corredor]

Pesquisadora Ana Lydía: Quem?

D: A Professora 5.

Pesquisadora Ana Lydía: Tô achando que você acha todas as professoras chatas... só tem uma mulher que você não acha chata, que é sua mãe.

D: Não, tinha uma professora ali que eu gostava dela.

Pesquisadora Ana Lydía: Você tá precisando ampliar um pouco seu leque...

D: Leque?

Pesquisadora Ana Lydía: Leque, sabe o que que é? Que abre assim... tem que aumentar um pouco o número de pessoas que você vai respeitar, que podem falar alguma coisa com você... você só aceita sua mãe, aí sua vida fica difícil. Faça um esforço.

D: Falou né.[...] Se eu melhorar os meninos vão parar de me zuar?

Dentre uma série de outros desenvolvimentos da entrevista, *D* passa a desenhar a pesquisadora, comparando seu trabalho naquele momento ao desenho que havia feito de sua mãe no dia anterior. Demonstra dessa forma o início de uma possibilidade de abertura de sua relação para com as mulheres, mas principalmente que o seu comportamentopositor e agitado na escola não se refere a uma questão patológica ligada ao diagnóstico de transtorno bipolar, mas sim, com o universo feminino.

4.5.3.6 *O professor e a inclusão escolar*

A inclusão escolar do aluno é vivenciada pela Professora 5 como algo para o qual ela não se sente preparada. Desta forma, sua percepção alinha-se à de outras profissionais entrevistadas na presente pesquisa, acrescentando de forma aberta que considera que “A inclusão está sendo feita somente de fachada. A gente não recebe apoio. Como eu posso dizer? É apoio mesmo para lidar com as particularidades dele” (sic – Professora 5). Finalmente, anuncia que ela tem vivenciado este processo com insegurança, pois, para ela, trata-se de um processo experimental, em que as estratégias são experimentadas “[...] por tentativas. Por ensaio e erro” (sic – Professora 5).

4.5.3.7 O professor e a família/ A família e a escola

Quanto à relação família-escola, percebe-se que esta questão também apresenta desgastes. A Escola α , através de seus profissionais e técnicos de apoio, é unânime em afirmar que a família, na figura da mãe de D , não atende às convocações da escola e não providencia o que lhe é solicitado enquanto proposta de intervenção para a criança, ou seja, o retorno da criança à medicação psiquiátrica. Há também por parte da escola uma queixa recorrente de indisponibilidade desta senhora em relação a atender os telefonemas da escola, o que é confirmado pela criança – “Quando é da escola, ela vê e não atende” (sic- D).

Também de acordo com as apreciações da professora e demais educadoras, o pai biológico não se manifesta junto à escola quando o assunto é D , estando presente apenas às reuniões e demais atividades escolares relacionadas aos outros filhos. Afirmam os educadores que, quando precisam resolver qualquer questão sobre o aluno, têm que recorrer ao padrasto de D , sendo que é este senhor quem tem de acionar a mãe do aluno para que ela compareça à escola nas urgências e emergências com a criança.

Por outro lado, a mãe de D afirma que, até a permanência do aluno na Escola γ , sempre fez questão manter contato com as instituições de ensino. Entretanto, percebeu que este talvez não seja o melhor caminho para ajudar o seu filho que, em seu entendimento, “[...] precisa entender que tem que se responsabilizar pelas bagunças que faz” (sic – Mãe D). Também afirmava que não medicaria a criança assim como a escola estava pedindo porque percebia que D ficava ainda mais agitado e agressivo com os remédios outrora receitados. Portanto, mais uma vez revela-se nas relações entre a escola e a família de alunos inseridos no programa de inclusão do município uma tensão, em que a família é referida a partir de certa negligência com os processos educacionais das crianças.

4.5.3.8 A família e a pesquisadora

A entrevista realizada pela pesquisadora Fernanda do Valle Corrêa Ramos com a família da criança, teve por objetivo esclarecer o percurso da elaboração do laudo psiquiátrico da criança até a sua inserção na Equipe de Apoio à Inclusão com o concomitante pedido da escola para que a criança fosse mantida medicada.

Afora os dados recolhidos e já demonstrados na apresentação deste caso, destaca-se o esclarecimento sobre a sua percepção em relação à proposta de retorno da intervenção medicamentosa para o filho:

[...] E com certeza, tanto eu como o meu marido a gente conseguiu observar que o *D* sem a medicação, ele é só um menino agitado. Com a medicação ele é um menino agressivo. [...] No mais eu acho que ele tá tranquilo, tem o quê? Tem que fazer porque agora ele tá maior, é marcar um psicólogo para ele, porque ele já está em condições de falar, de ficar na sala, né, sem precisar eu estar ali do lado, já pode fazer isso. (sic – Mãe D)

Portanto, no contato com esta senhora, verifica-se uma percepção sobre a criança que é bem diferenciada da percepção da Escola sobre o aluno. Esta questão leva a questionar sobre a inserção e a permanência da criança como aluno especial, público alvo da Equipe de Apoio à Inclusão. “Isso eu me pergunto o tempo todo”, afirma ela referindo-se à questão.

Destaca-se que o encontro da pesquisadora com esta senhora foi ocasional. Porque ela teve que ir à Escola para resolver mais uma ocorrência de indisciplina do filho no dia anterior, fortuitamente ela se encontrava na escola em um momento que a pesquisa de campo se realizava com outra criança. Após a entrevista, os encontros posteriores com esta senhora aconteceram também da mesma maneira. Convidada a participar de uma entrevista de devolução sobre o estudo do caso de seu filho, a Mãe D não compareceu.

4.5.3.9 A criança e a pesquisadora / A pesquisadora e a criança

Da entrevista com o aluno, conduzida pela profa. Dra. Ana Lydia Santiago, sob a observação das pesquisadoras Fernanda do Valle Corrêa Ramos e Carla Figueiredo, destaca-se que este encontro aconteceu na sequência de um dos episódios de brigas em que *D* estava envolvido. Ele foi levado ao nosso encontro por uma das diretoras que o acusava de ter provocado o colega, enquanto em prantos, negava a situação.

Ao início da conversa, *D* não sabia o que estava fazendo ali e apresentava-se reticente, respondendo às questões endereçadas a ele em monossílabos. Na medida em que era

localizado sobre os objetivos da entrevista (buscar esclarecimentos sobre sua permanência na Equipe de Apoio à Inclusão), aos poucos ele foi se soltando e revelando que o seu maior problema, de fato, está localizado em questões de sua dinâmica familiar e, sobretudo, localizado na sua relação com sua mãe. Estas são dimensões que, de certa forma, ele transpõe para o cotidiano da escola e para a relação com a professora, assim como ficou explicitado no item pertinente.

Destaca-se também que esta entrevista revelou a dificuldade que a criança tem em fazer uso da palavra para resolver suas questões. Em princípio, para ele, conversar é “Gastar saliva” (sic – *D*). Também ficou demonstrada a exata noção que a criança tinha sobre sua condição perante a escola - “Quem vai acreditar em quem toma remédio?” (sic – *D*). Ele denuncia também a sua recusa aos nomes que lhe são impostos pelos colegas, bem como ao lugar especial a partir de sua localização na Equipe de Apoio à Inclusão: “Eu não sou doido!” (sic – *D*).

Sendo assim, o que se pode depreender do encontro com esta criança é a necessidade de auxiliá-lo a encontrar outro lugar, outra forma de reconhecimento de si mesmo, diante das pessoas com quem ele convive.

4.5.3.10 Propostas de intervenção da escola

Entre os professores da Escola *α* e os educadores dos níveis técnico-gerenciais do programa de inclusão da SARMU/GERED, encontra-se estabelecido o posicionamento de que a melhor intervenção a ser seguida com a criança é o retorno da medicação psiquiátrica e um uso mais enérgico da autoridade do professor e demais educadores da escola para com o aluno. Dentre estes profissionais, recolhe-se a ideia de que, se *D*. estivesse medicado, seu comportamento agressivo, agitado e desafiador se extinguiria. Há também a denúncia de que a medicação seria um instrumento auxiliar eficaz para que a criança aprendesse a respeitar a autoridade dos professores, que observam a ineficácia de estratégias educacionais punitivas, tais como mandá-lo para a direção quando faz algo errado, não permitir-lhe a participação em determinadas atividades ou acionar sua família a cada vez que ele “apronta”. Estas são ideias recorrentes e, percebe-se, bastante arraigadas entre todos os profissionais que lidam cotidianamente com o aluno. Todavia, em resposta às estratégias de punição estabelecidas pela escola como uma proposta de intervenção, o aluno vinha respondendo com mais ativismo.

Ressalta-se que as propostas usualmente direcionadas para os estudantes desta Escola, tal como a participação em Escola Aberta, não foi disponibilizada para a criança, apesar da solicitação de sua mãe para que o menino pudesse participar das atividades comunitárias realizadas através deste projeto. Segundo ela, a justificativa utilizada pela Escola foi que havia outros alunos com mais necessidade que *D*. Contudo, por iniciativa da Professora 6 (uma das professoras de Matemática da escola), ao final da coleta de dados referentes a esta pesquisa, a Escola estava realizando uma intervenção pedagógica específica e individualizada com o aluno, visando a fornecer-lhe reforço pedagógico nas matérias em que, no momento, ele apresentava maiores defasagens (Português e Matemática). De acordo com esta professora, trabalhando de forma individualizada com o aluno, ele vinha demonstrando melhor aproveitamento e se envolvendo mais com aprendizagem.

4.5.3.11 Análise do caso

A partir do que se expõe sobre este caso, verifica-se que a agitação da criança, a agressividade expressa e seu comportamento inadequado na escola refere-se a uma dimensão diferente da patologia psiquiátrica com a qual ele foi diagnosticado ainda por volta dos 5 anos de idade. A possibilidade de se colocar estes sintomas em um registro seriado, tal como indica Pierre Malangreau (2003) a respeito dos estudos de casos de orientação psicanalítica, permite verificar que eles dizem respeito a um momento ímpar na vida de *D*: a separação dos pais. Este fato introduz para a criança uma questão com a qual ele deve lidar cotidianamente, apesar de não aceitar, de recusar e de se debater cotidianamente com isso. Cabe aqui lembrar a fantasia da criança de formação de uma grande família em que pai e mãe, madrasta e padrasto e os irmãos vivessem todos juntos, além da frase dita por ele – “Quando estou perto do meu irmão, eu fico calmo”. Portanto, passagens que apontam o quanto o universo que circunda a figura paterna lhe é importante, ao passo que indicam o seu contraponto: as “coisas de cabelo”, assim como lhe indica a Dr^a Ana Lydia num apontamento de que as coisas que se referem à mãe e às mulheres o agitam. Para estas, a resposta é sempre a mesma, ou seja, o ato, no lugar da palavra como defesa para coisas com as quais ele não sabe lidar.

Por outro lado, o amor da criança à mãe e a sua obediência a ela não têm permitido que ele consinta com a necessária substituição desta figura de amor e autoridade por outra, permitindo-se lançar em outros enlaçamentos amorosos e sociais. Neste ponto, recobra-se Freud (1995) em escrito de 1914 intitulado de *Algumas reflexões sobre a Psicologia do Escolar*, em que ele reflete sobre a relação entre alunos e professores, enfatizando que todo

aluno está inclinado a amar ou odiar seus mestres, a “[...] criticá-los ou respeitá-los [...]” (FREUD, 1995/1914, p. 248) e que estas relações ambivalentes são estabelecidas em idade precoce na vida da criança, pois são o reflexo puro da transferência das relações da criança com seus pais. Para Freud, o mestre é, pois, o substituto direto destas primeiras relações, assumindo o que ele chama de “[...] ‘imagos’ [imagens] do pai, da mãe, dos irmãos e irmãs e assim por diante [...]” (FREUD, 1995/1914, p. 248).

Sendo assim, ao se buscar este texto como referencial e ao se estabelecer um histórico destes sintomas apresentados pelo garoto a partir da entrevistas realizadas com ele e com sua mãe, não fica difícil esclarecer que a figura materna (e toda a dimensão de amor e de autoridade que ela encarna para a criança) ainda não havia sido substituída pela figura dos professores.

Tais questões, se não tiveram um efeito imediato sobre *D* após a realização da entrevista de orientação psicanalítica (já que no decorrer dos dias subsequentes, ele ainda pode ser avistado em ocorrências de briga na escola), poderiam ser resgatadas em momentos posteriores a partir da realização de novas entrevistas.

Também, de acordo com Santiago (2011), o que normalmente se recolhe da conjugação de fatores pertinentes ao encontro entre Educação e Saúde Mental é a fixação da criança em uma identificação que impede o questionamento sobre o que se passa com o alunado. Para a autora, o efeito desta nomeação é a patologização e a medicalização dos problemas da escola, bem como a perpetuação da exclusão, a qual “*decorre, na maior parte das vezes, da prescrição de um déficit para os fracassados*” (SANTIAGO, 2011, p. 94). Diante do que se expõe sobre o processo de escolarização de *D*, torna-se possível observar justamente os efeitos de nomeação, patologização e medicalização a que se refere a autora.

Desta forma, acredita-se que a desconstrução do diagnóstico psicopatológico atribuído a *D* pode proporcionar-lhe outro encaminhamento dentro da própria escola, questão que, posteriormente, foi esclarecida para todos os envolvidos na pesquisa deste caso, inclusive para o próprio aluno.

Sendo assim, torna-se necessário apontar que o tipo de questão que envolve a dinâmica dos impasses da criança com a escola não é o que se coloca como foco das ações da Equipe de Apoio à Inclusão, cujo público alvo, inclusive no sistema de inclusão escolar do município de Belo Horizonte, encontra-se estabelecido a partir de necessidades educativas especiais ditas como permanentes em razão do grau de comprometimento na escolarização que apresentam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos propormos a estudar os processos de inclusão de alunos identificados à escola regular com transtornos globais do desenvolvimento, presumiu-se que tal pesquisa fosse realizada à luz do estudo de casos, tendo a Psicanálise como lente de leitura. Tínhamos em mente duas questões: “Como acontecem os processos de inclusão destas crianças?” e “Por que algumas delas são um impasse ao programa de inclusão?”. Tais questões se desdobraram em inúmeras outras, colocadas ao longo desta dissertação com o intuito de buscar as respostas necessárias.

Este percurso de questionamentos nos levou a investigar teoricamente dois campos de saber distintos, a Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva e a Psiquiatria, inicialmente com o objetivo de esclarecer em cada um destes campos como aconteceu a emergência do conceito de transtornos globais do desenvolvimento em cada um deles. Isto porque, ao se realizar as primeiras pesquisas bibliográficas a respeito do tema, identificou-se que tal classificação não se encontrava presente desde o princípio nem em um nem em outro campo de saber.

Desta forma, além a construção do próprio conceito de transtornos globais do desenvolvimento, perseguimos também a construção conceitual dos campos onde ele emergiu e se inscreveu, buscando, ao final, verificar as suas repercussões para os processos de inclusão dos alunos em questão nesta dissertação. Do trabalho de investigação teórica, surgiu a confrontação necessária com os casos estudados, sendo possível verificar em cada um destes percursos as explicitações e as considerações que se seguem.

No capítulo 2, ao estabelecermos o percurso de entrada do conceito no campo da Educação Especial, identificamos que os modelos de abordagem aos fenômenos indicativos das diferenças ou deficiências vão sendo alterados. Em sua origem, a Educação Especial necessitou do saber médico para fundar-se e para estabelecer seu campo de ação. Para tanto, reservou métodos de diagnóstico e de educação de seu público que se fundaram a partir das prescrições conceituais da Medicina, mais exatamente da Psiquiatria no que se refere às deficiências mentais.

Entre estes campos verificamos uma interface sobre a qual podemos dizer que, em alguns momentos, pode ser assimilada, sem maiores interrogações e, em outros momentos, recebeu questionamentos. Um dos efeitos desta questão incide sobre as formas de identificação do público pertinente à Educação Especial e às formas distintas de nomear a deficiência ao longo do tempo, colocando-se em evidência certo incômodo com as

classificações oriundas da Medicina. Neste sentido, observam-se as tentativas de se retirar o peso estigmatizante das classificações médicas, sobretudo as psiquiátricas, sobre os sujeitos, assim como é o caso do conceito de *necessidades educativas especiais*. Porém, evidenciamos que tais classificações se mantiveram agregadas ao discurso pedagógico, apesar dos esforços promovidos a partir da interrogação deste campo pelos *Princípios de Normalização* e pelos movimentos de direitos humanos. Tal interrogação, realizada pela via da condução dos excluídos, dos diferentes, para o convívio com todas as formas de diferença conjugou do ideário posteriormente firmado sob a proposição de “educação para todos” que, no Brasil, não abriu mão de diagnosticar, classificar e nomear as diferenças, a bem do direcionamento igualitário de recursos educacionais diferenciados.

Desta forma, foi possível apontar nesse capítulo a impossibilidade de uma prática educativa homogênea para dar conta das marcas singulares apresentadas pelos sujeitos a quem a educação regular possa se dirigir. O questionamento que, no contexto brasileiro, o próprio conceito de *necessidades educativas especiais* encontrou entre os teóricos da inclusão, trouxe como consequência a necessidade de focalização de públicos específicos dentro do conjunto legal e conceitual que sustenta a *Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. A nosso ver, tal focalização explicita os fenômenos de desajustes comportamentais e na aprendizagem que, a partir de certa generalização, ficam evidenciados por conceitos psiquiátricos que remetem aos distúrbios do desenvolvimento infantil.

Acreditamos que foi a partir desta focalização e do aumento no número das matrículas nas escolas regulares, de alunos caracterizados pela categoria psiquiátrica dos *transtornos globais do desenvolvimento*, que tal classificação psiquiátrica foi agregada aos textos legais brasileiros sobre inclusão escolar, definindo um público-alvo específico nestes documentos. Desta forma, evidenciamos que em termos de organização conceitual os processos de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento se embasam em um campo teórico – a Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva que tem a influência discursiva dos dois campos de saber: Psiquiatria e Educação. Destacamos que muitas vezes denominamos este campo teórico de Educação Especial Inclusiva em nosso texto.

Já no capítulo 3, buscamos responder às questões “*o que é o transtorno global do desenvolvimento?*” e “*quem é o aluno com transtorno global do desenvolvimento?*”. Identificamos que apesar destas questões aparentemente nos distanciar das duas questões primordiais de pesquisa, tratavam-se de interrogações básicas que necessitavam de esclarecimentos. Assim como fizemos demonstrar nas repercussões técnico-legais a respeito da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento explicitadas no Capítulo 4, dada a

variação de entidades clínicas e formas de registros taxonômicos encontrados entre um documento legal e outro da *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*, a conceituação registrada nos documentos legais em torno da categoria nos pareceu inconsistente. Ademais, o seu esclarecimento se fez necessário não só para os educadores como também para a própria pesquisadora, na medida de seu recente encontro com o objeto de pesquisa desta dissertação – os processos de inclusão escolar de alunos com transtorno globais do desenvolvimento.

Portanto, tratou-se de sanar o que consideramos ser uma lacuna conceitual que, nos primeiros contatos com os documentos legais e com o campo de pesquisa, mais parecia dificultar o trabalho dos educadores que propiciar o encontro de alternativas. Neste sentido, consideramos que, na prática escolar, a entrada deste conceito categórico no campo da Educação Especial Inclusiva além de especificar certo público-alvo deste campo termina por equiparar os comportamentos desviantes e os problemas de aprendizagem a uma categoria psiquiátrica específica gerando mais interrogações ao educador sobre categorias psiquiátricas a respeito das quais ele mesmo não tem domínio conceitual. Afinal, estas interrogações possuem o objetivo final de saber se determinada patologia mental identificada à escola através dos diagnósticos clínicos avaliza a inclusão do aluno nos atendimentos educacionais especializados que integram os programas de inclusão escolar. Assim, nestes documentos observa-se uma mesma proliferação de nomenclaturas detectadas nos códigos classificatórios da Psiquiatria. A nosso ver, a diversidade taxonômica não colabora com o saber leigo do educador no momento de identificar, na prática escolar, se um determinado aluno que tenha sido diagnosticado com síndrome de Heller e outro com *psicose desintegrativa da infância* ou com *Síndrome do X-Frágil* são ou não crianças com transtornos globais e qual delas deveria ser identificada como público de atenção especial em Educação.

Sendo assim, no capítulo 3 percorremos a construção teórica da categoria de transtornos globais do desenvolvimento no campo da Psiquiatria a partir de um percurso histórico sobre as formas de investigação psicopatológica implicadas na constituição das entidades clínicas que o compõem – Autismo Infantil Precoce, Síndrome de Asperger, Síndrome de Heller, Síndrome de Rett e TGD-Soe. Neste capítulo evidenciamos que, ao longo da formação do campo da Psiquiatria, foram promovidas alterações metodológicas na pesquisa diagnóstica e classificatória cujo impacto se colocou na homogeneização das explicações heterogêneas e psicodinâmicas dos fenômenos mentais. Tais explicações passaram a ser realizadas sob a descrição dos fenômenos observáveis, referidos ao comportamento dos indivíduos, promovendo o que juntamente a outros autores denominamos

de rebaixamento conceitual dos pressupostos classificatórios da Psiquiatria (aqui entendida em suas vertentes clássica e moderna). Evidenciamos que este rebaixamento homogeneizou também a heterogenia das abordagens às questões mentais da infância, definindo as entidades clínicas referidas acima a explicações de cunho desenvolvimental e orgânico. Tais explicações encontram-se pautadas sob um critério etiológico que privilegia os déficits orgânicos e da cognição, sob os quais são embasadas explicações sobre as dificuldades de interação social e de linguagem dos indivíduos.

Assim, apontamos a existência de uma agregação homogênea, em uma única categoria patológica, de entidades clínicas que emergiram de tradições investigativas distintas dentro do campo da Psiquiatria e que apresentaram explicações etiológicas originais também distintas. A partir de tal agregação, o Autismo Infantil Precoce, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Heller, a Síndrome de Rett e o TGD-Soe se reuniram sob as novas bases explicativas a respeito da etiologia, diagnóstico e tratamento do Autismo Infantil Precoce. As explicações ofertadas a esta entidade clínica foram então traduzidas de forma generalizada tanto em perspectivas de compreensão sobre os demais transtornos globais do desenvolvimento quanto em propostas de diagnóstico e de intervenção para esta categoria psiquiátrica. Tais propostas costumam ser referidas à inserção da criança em ofertas terapêuticas de base cognitivo-comportamental (Método Teacch e Comunicação Aumentativa e Alternativa) e em modalidades de ensino especial. Assim, localizamos, a partir dos autores consultados, uma compreensão que caracterizamos como homogênea em torno da categoria dos *transtornos globais do desenvolvimento* e que, ao contrário do que se esperava quando da instauração dos códigos classificatórios, vem promovendo uma pluralização de nomenclaturas para identificar certos fenômenos, o que não deixa de ter repercussões sob o campo da Educação.

Desta forma, evidenciamos no percurso teórico desta dissertação que a Psiquiatria fornece as bases da noção de transtornos globais do desenvolvimento. Por sua vez, a Educação Especial Inclusiva, no que se refere às determinações legais que regem os processos de inclusão dos alunos aqui mencionados, utiliza desta noção categorial da Psiquiatria na construção de premissas teóricas, legais e técnicas para a inclusão escolar de alunos com transtornos globais do desenvolvimento, assim como pudemos apontar a partir do capítulo 4 desta dissertação. Entendemos tal utilização como sendo uma das repercussões do conceito sob o campo da Educação. Neste capítulo, também identificamos que, via de regra, as pesquisas produzidas neste campo em torno da categoria dos transtornos globais do desenvolvimento também se referem a um modo de pesquisa que tem nas pesquisas empírico-analíticas sobre o autismo suas bases de sustentação. Sendo assim, podemos identificar este

percurso teórico como sendo uma primeira construção que responda ao *como vem ocorrendo os processos de inclusão de alunos com transtornos globais do desenvolvimento*. Nele salientamos que estes processos se localizam em um campo epistemológico constituído por uma transposição conceitual que busca na Psiquiatria o fornecimento das bases teóricas em torno das categorias psiquiátricas (e da própria categoria de transtornos globais do desenvolvimento) para dar conta de nomear e identificar os desvios de comportamento e de dificuldades de aprendizagem de alguns alunos. Além disso, que ao realizar tal transposição da Psiquiatria para o campo da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, este campo vale-se de forma acrítica das premissas teóricas construídas a respeito do autismo para a elaboração de diretrizes legais que orientam o fazer do educador em relação a uma gama de fenômenos. Porém, muitas vezes, estes fenômenos não dizem respeito nem ao autismo nem aos quadros contemplados sob a categoria psiquiátrica dos transtornos globais do desenvolvimento e, portanto, tal categoria não recobre toda a realidade experimentada no ambiente escolar.

Entendemos estas questões a partir do que os diversos autores da Psicanálise trazidos para a argumentação teórica desta dissertação apontam em relação às propostas de categorização dos fenômenos no âmbito da política de educação especial inclusiva e também a partir dos autores da Psicanálise que se referem à própria construção do conceito categórico de transtornos globais do desenvolvimento. Ou seja, que a incompletude é inerente a toda política, que no que se refere às políticas educacionais encontramos nesta incompletude um empuxo às classificações psiquiátricas das quais a Educação historicamente tem se servido. Também, ao se estabelecer uma categoria para identificar os fenômenos inerentes ao sofrimento mental infantil, o uso acrítico destas classificações promove a tendência de se reduzir as particularidades da criança às manifestações dos fenômenos observados a partir de critérios comportamentais e de índices deficitários. Tal circunstância faz com que ela seja identificada pelas pessoas que a cercam a partir dos signos do déficit e de um rol de comportamentos esperados.

De certa forma foi esta a realidade encontrada a partir dos estudos de casos empreendidos na presente pesquisa. Apontamos então a identificação da dimensão de repercussão deste conceito nos próprios processos de inclusão dos alunos diagnosticados pelo saber psiquiátrico a partir da categoria em questão e de onde parte o mais importante em relação às análises que nos dispusemos a fazer neste trabalho.

A partir da particularidade de cada caso trabalhado, foi possível observar a presença de questões que atravessam a experiência do educador e revelam especificidades que se colocam

para além de qualquer resultado classificatório e da busca concomitante por uma homogeneização em termos de propostas educativas.

Portanto, retomando nossas questões iniciais, encontramos nestes casos e no percurso teórico estabelecido algumas questões comuns que, inicialmente, nos auxiliaram a continuar respondendo ao *como os processos de inclusão têm acontecido*, bem como nos introduz as respostas em torno das dificuldades enfrentadas pelos educadores nos processos de inclusão escolar. Assim, salientamos que seguindo o histórico epistemológico em que se funda o campo da Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva no Brasil, os três casos estudados são identificados para a Equipe de Apoio à Inclusão a partir do diagnóstico clínico (neurológico ou psicológico, mas, sobretudo, psiquiátrico).

Inicialmente abandonado como foco de investigação em nossa pesquisa, este recurso classificatório foi reencontrado tanto ao longo do percurso investigativo teórico quanto na pesquisa de campo, por meio da constatação de que este tipo de diagnóstico é um elemento que, em tese, cumpriria uma dupla função: i) esclarecer o educador diante dos impasses em sua prática cotidiana com o saber-fazer com o aluno que desafia o programa de inclusão; ii) auxiliar na busca de subsídios necessários para fomentar os processos de aprendizagem dos alunos. Contudo, os casos estudados apontaram para um uso acrítico deste instrumento por parte dos professores. Em verdade este instrumento tem cumprido a função de obturar o saber do professor na busca de respostas pertinentes aos impasses encontrados, a partir de uma oferta de nomeação para o mal-estar e a impotência destes profissionais diante das diferenças que lhes marcam alguns alunos.

Desta forma, se estes instrumentos não são requeridos ou colocados à prova, tal como nos indicou o Caso G, constituem-se como fonte de exigências para uma medicalização que, aparentemente, não necessita ser ministrada tal como ocorre no Caso D. Neste sentido, estabelece-se a tendência entre os educadores de se considerar todos os alunos com comportamentos desviantes ou com impasses severos com a aprendizagem, a partir de um critério patologizante, fazendo reverberar a mesma questão que motivou sua requisição – “*O que este aluno tem?*”. Assim, de acordo com o que podemos verificar, por exemplo, no Caso D, o diagnóstico clínico termina por promover a equiparação de certas crianças ao público específico das ações de inclusão escolar. Este instrumento também se coloca como fonte de comparações do desempenho pedagógico e acadêmico da criança, face ao que é divulgado sobre determinada patologia, assim como nos demonstra o Caso T.

Desta forma, os três casos estudados apresentaram particularidades para as quais a nomeação ofertada a partir de categoria psiquiátrica diagnosticada não oferece a resposta

necessária ao professor no que toca o seu fazer pedagógico cotidiano. Ao contrário, as classificações psicopatológicas tendem a fixar a criança e o professor em posições estigmatizantes: na nomeação da classificação e na impotência, promovendo em alguns casos uma série de “excluídos desde o interior”, para usar a expressão de Bourdieu (1998).

Portanto, através dos casos estudados, apontamos que os processos de inclusão escolar de alunos com transtornos globais do desenvolvimento têm sido realizados a partir da aplicação de uma lógica médica classificatória ao campo da inclusão escolar a qual não é operativa para o educador. Assim, consideramos que tal lógica não tem favorecido nem à criança e nem ao professor deslocar-se do lugar estigmatizante impresso por essas classificações. Torna-se necessário o referenciamento de um diagnóstico que busque superar a hiância que entre o clínico e o pedagógico experimentada nos processos de inclusão escolar e que possa ser utilizado como instrumento de elucidação de casos desafiadores como o do aluno T.

A partir de tais considerações e a partir do que, pela intensidade e recorrência das queixas dos professores avaliamos representar impasses tanto para a escola quanto para o Programa de Inclusão, é possível apontar que apesar do conceito categórico representar uma dificuldade recolhida em diversos níveis pelo educador, a maior dificuldade encontrada está centrada nos casos que são considerados “problema” na escola. Estes casos são aqueles em que se observa por parte dos alunos:

- a) recusa em relação à aprendizagem (Caso G);
- b) recusa à autoridade do professor (Caso D).

Assim, a recusa à aprendizagem, o ativismo da criança e ou a recusa à autoridade do professor é que na verdade constituem-se como o principal motivo das dificuldades dos educadores com os processos de inclusão.

Por outro lado, o aluno que não aprende, mas progride a partir dos laços que estabelece na escola sinaliza para a escola o limite de sua função de transmissão de conhecimentos ao mesmo tempo em que põe em destaque a função operativa da socialização na escola (Caso T).

Tais considerações nos levam à constatação de que inserir na escola regular e ofertar um lugar especial à criança diagnosticada com transtorno global do desenvolvimento a partir de estratégias de atendimento educacional especializado não garante a inclusão. Nos leva também a afirmar e que há uma distinção necessária a ser feita entre a escolarização e a inclusão escolar que parece ser necessária de ser esclarecida para o educador a bem de que seu trabalho diário não seja dificultado. Enquanto a escolarização está para todos os alunos a

partir da premissa do acesso igualitário de todos à escola regular, a inclusão (que também deve ser para todos) somente pode ser viabilizada a partir de uma perspectiva adaptativa que leve em conta as particularidades da criança, para além do papel formal da escola. Como exemplo disto, salientamos o Caso T, a partir da clara função operativa da socialização que a escola passa a ganhar para o aluno. Salientamos também o Caso G, a partir do que a escola poderia ter oportunizado para o aluno em torno de seu potencial artístico - marca singular através da qual ele se diferencia de sua mãe e, portanto, único lugar em que ele não encontra a debilidade do seu saber. Já no Caso D destacamos a necessidade de abertura da escola à compreensão sobre o ativismo e a recusa de autoridade do aluno, sem que isto seja entendido como algo patológico.

Assim, afirmamos que os casos estudados interrogaram o papel tradicional da escola regular de ser somente transmissora de conhecimentos acadêmicos formais (de forma especial, o Caso T e o Caso G) e que a idealização em torno deste papel tradicional torna-se um dos principais motivos para as dificuldades encontradas nos processos de inclusão escolar de alguns alunos identificados por meio das categorias psiquiátricas. Acreditamos que os casos estudados também interrogaram noções adaptativas dos professores em relação a seus alunos. Assim, torna-se possível constatar que a fixação do educador em um ideário adaptativo, circunscrito apenas nas funções tradicionais da escola, também se configura como uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da educação nos processos de inclusão dos alunos em questão.

Também evidenciamos que as dificuldades dos educadores encontram-se reveladas a partir da falta de suporte teórico e técnico-gerencial para gerir os processos de inclusão de certos alunos no cotidiano escolar. Tal dificuldade ficou evidenciada na explicitação da relação do professor com a questão da inclusão escolar. Contudo, também há nesta referência a localização de certo impasse pessoal do professor, traduzido aqui pelas versões do mal-estar apresentadas pelos profissionais diante das marcas particulares que são apresentadas por seus alunos. A localização deste mal-estar requer destes profissionais um desdobramento, uma mudança de posição frente ao aluno, à queixa que ele passa a representar e a uma forma de conduzir-lo cotidianamente. Entretanto, os casos estudados nos revelam que a exigência feita na direção de tal desdobramento é uma questão para a qual nem todos estão preparados tecnicamente ou dispostos subjetivamente a enfrentar. Juntamente ao que apontamos como sendo uma idealização em torno do papel da escola, tal questão também pode ser entendida como uma das razões para os impasses experimentados por alguns professores nos processos de inclusão de seus alunos.

Portanto, afirmamos que a realidade experimentada pelos professores e pelos alunos com transtornos globais do desenvolvimento na escola regular não se subtrai à qualquer categoria psicopatológica possível de ser identificada como causa de necessidades educativas especiais das crianças identificadas por seus problemas de aprendizagem ou por seus comportamentos desviantes. Tal realidade encontra-se, então, para além de qualquer classificação, podendo ser capturada nas relações estabelecidas entre o professor e aluno, o aluno e os colegas, o aluno e as propostas de intervenção pedagógica, entre o professor, a escola e a família, bem como entre o professor e sua compreensão sobre a inclusão escolar. Outrossim, nas características pessoais dos alunos e, em alguns casos, em aptidões que lhes sejam particulares.

Por fim, consideramos que os processos de inclusão escolar de alunos com transtornos e os impasses experimentados na inclusão dos alunos inicialmente identificados a partir da classificação de transtornos globais do desenvolvimento encontram elementos e questões que circunscrevem dois universos distintos: o universo da política educacional de inclusão, o qual encontra-se permeado pela categoria que identifica seu público, circunscrevendo direcionamentos educativos e pedagógicos diversos, e o universo da particularidade de cada sujeito envolvido em cada caso, em uma conjugação para a qual nem sempre se encontra consonância.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Tradução: Paulo César Geraldos e Sonia Regina Pacheco Alves, sob a supervisão de Célio Assis do Carmo. Rio de Janeiro: [s.e.], 1980. p. 665-722.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, volume 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.
- ANTIPOFF, H. Coletânea das Obras escritas de Helena Antipoff. *Educação do Excepcional*. Centro de Documentação e Pesquisa Helena Antipoff, CDPHA. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1992, v. III.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4a. Edición. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA: Barcelona, 1995, 12-21; 88-101.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV-TR. 4. ed. rev. Tradução: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 21-65; 98-111.
- ASSUMPÇÃO JR., F.B.; CURÁTOLO, E. Autismo e outros transtornos abrangentes de desenvolvimento. In: ASSUMPÇÃO JR., F.B.; CURÁTOLO, E. *Psiquiatria Infantil: guia prático*. Barueri: Manole, 2004. p. 17-26.
- AVILA, B.G. *Comunicação aumentativa e alternativa para desenvolvimento da oralidade de pessoas com autismo: sistema SCALA 1.0*. 01/02/2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação. 1v. 301 p. Consulta a resumo no portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.
- BAREOHHF, P.; BASTOS, A.M. A psicopedagogia aplicada aos portadores de T.I.D. In: CAMARGOS JR, W. et alli. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º. Milênio*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. p. 127-138.
- BARRETO, F.P. Como vejo a psiquiatria hoje (entre as aves e as feras). In: BARRETO, F.P. *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010. p. 143-159.
- BELISÁRIO FILHO, J.F.R.; LOWENTHAL, R. Transtornos Globais do Desenvolvimento e os Desafios para o Processo de Inclusão Educacional. *Inclusão: Revista de Educação Especial*. Brasília, 2010, v. 5, n. 2, p. 39-46.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança - estudo histórico. In: CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com Crianças: desenvolvimento e estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 127-143.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BLEULER, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 443 p.

BOSA, C.; CALLIAS, M. *Autismo: breve revisão de diferentes abordagens*. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, 2000, v. 13, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722000000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jul. 2012.

BOURDIEU, P. Os excluídos do interior. In: NOGUEIRA, M.A.; CATANI, A. (org). *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 217-227.

BRAGA-KENION, P.; KENION, S.E.; MIGUEL, C. F. Análise Comportamental Aplicada (ABA): um modelo para a educação especial. In: CAMARGOS JR, W. et alli. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005, p. 148-154.

BRAGIN, J.M.B. *Atividades escolares envolvendo alunos autistas na escola especial*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Educação, 2011, 1v. 78 p. Consulta ao resumo pelo Portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN, lei nº 4024 de 1961*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Lei 5692/1971*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. *Decreto Lei 7.853 de 1989*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm. Acesso em: 10 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei 9394/1996*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica*. Secretaria de Educação Especial. MEC/SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Básica. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CEB nº 02/2001*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Projeto Escola Viva: garantindo o acesso e a permanência de todos os alunos na escola – Alunos com necessidades educacionais especiais*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2002, série 2, 96p.. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. *Saberes e práticas da inclusão: avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais*. 2. ed. Coordenação geral: SEESP/ MEC. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Portaria Ministerial nº 555/2007. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Básica. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CEB nº 04/2009*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Básica. Secretaria de Educação Especial. *Nota Técnica SEESP/ GAB nº 09/2010*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

CAMPOS, R.H.F. *Coleção Grandes Educadores: Helena Antipoff*. São Paulo: Atta Mídia e Educação, [s.d.].

CAMPOS, R.H.F. (org). *Helena Antipoff - Textos Escolhidos*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. v. 1. 369 p.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CASTRO, L.R.; BESSET, V.L. Pesquisa-intervenção na infância e juventude: construindo caminhos. In: CASTRO, L.R.; BESSET, V.L. (org.). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008. p. 9-11.

CLAPARÈDE, E. *Cómo diagnosticar las aptitudes en los escolares*. Traducción: Alejandro Gil Fagoaga. 5. ed. Madrid: Aguilar, 1967.

CLASSIFICATION Francaise Des Troubles Mentaux De L'enfant Et De L'adolescent - CFTMEA R-2000. Disponível em: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/cftmea1a.html. Acesso em: 25 jun. 2012.

COLL, C. (org.). *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. Tradução: Fátima Murad. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v.3.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CMF n.1.931 de 17 de setembro de 2009*. In: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, Brasília, DF, 24 de set. 2009. Seção 1. P.90-92. Disponível em www.crmesp.org.br Acesso em: 12 jun.2012.

COSTA, E.S.; CUNHA, P.; GURGEL, V.M. (org.). *Inclusão Escolar dos alunos com Deficiência, Condutas Típicas, Transtorno Global do Desenvolvimento e Altas Habilidades*. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte, Gerência de Coordenação de Políticas Pedagógicas, 2011, p. 7-15.

CRUZ, T.S.U.R. *Acompanhamento da experiência escolar de adolescentes autistas no ensino regular*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Educação, 2009, 1v. 139p. Consulta ao resumo pelo Portal CAPES. Acesso em: 30 mai. 2012.

D. *Entrevista a D*, 2011. Entrevista concedida a Ana Lydia Santiago, sob o acompanhamento de pesquisadoras Fernanda do Valle Corrêa Ramos e Carla Figueiredo.

DALGALARRONDO, P. As grandes síndromes psiquiátricas. In: DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.301.

DESCOEUDRES, A. *A Educação das crianças retardadas: seus princípios, seus métodos. Aplicação a todas as crianças*. Belo Horizonte: Pestalozzi de Minas Gerais, 1968.

DUMAS, J. *Psicopatologia da infância e adolescência*. Tradução: Fátima Murad. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 14-56; 97-137.

EDUCADORA 1. *Entrevista à equipe de inclusão*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

EDUCADORA 2. *Entrevista à equipe de inclusão*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

EDUCADORA 3. *Entrevista à equipe de inclusão*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

FÁCION, J.R. A síndrome do autismo e os problemas na formulação do diagnóstico. In: GAUDERER, C. *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 158-161.

FERNANDES, E. et alli. Alunos com condutas típicas e a inclusão escolar: caminhos e possibilidades. In: GLAT, R. (org.). *Educação Inclusiva: cultura e cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 153-171.

FERNANDES, J.F.F. O educador e as nomeações psicopatológicas do mal estar contemporâneo. In: BRITO, V.L.F.A. *Professores: identidade, profissionalização e formação*. Belo Horizonte: Argvmentvum, 2009. p. 119-137.

FISCHER, M.A. et alli. O que é a Síndrome do X-Frágil? In: GAUDERER, C. *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 177-181.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREUD, S. Algumas Reflexões Sobre a Psicologia do Escolar (1914). In: FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileir. Rio de Janeiro: Imago, 1995. v. XIII. p.243-250.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV. p.77-108.

FREUD,S. O Inconsciente (1915). In: FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV. p.165-222.

G. *Entrevista a G*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

GAUDERER, C. O pensamento de Edward Ritvo. In: GAUDERER; C (org). *Autismo*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1993. p.53.

GAUDERER, C. O pensamento de Michael Rutter. In: GAUDERER; C. *Autismo*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1993. p.69.

GAUDERER, C.; RITVO, E.; ORNITZ, E. Revisão Crítica da Literatura. In: GAUDERER; C (org). *Autismo*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1993. p. 19-51.

GLAT, R.; BLANCO, L.M.V. Educação Especial no contexto de uma Educação Inclusiva. In: GLAT, R. (org.). *Educação Inclusiva: cultura e cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 15-35.

GOMES, C.G.S.; MENDES, E.G. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 16, n. 3, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14135382010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2012.

KANNER, L. *Psiquiatria Infantil*. 4. ed. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1976. p.295-297; 726-749.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 585-592.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006; n. 28 (supl 1), p. 3-11.

LACAN, J. Nota sobre a criança (1969). In: LACAN, J. *Outros escritos*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 369-370.

LACAN, J. O Seminário: Livro 7. *A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988 [1959-1960].

LEBLOND, C.S. et alli. Genetic and Functional Analyses of SHANK2 Mutations Suggest a Multiple Hit Model of Autism Spectrum Disorders. *PLoS Genet*, [s.d.]. Resumo disponível em: doi:10.1371/journal.pgen.1002521. Acesso em 30 mai. 2012.

LESERRE, A. Perspectivas sobre el sintoma. In: *Temas Cruciales II: Integración Escolar*. Buenos Aires: Fundación Infancias, 2000. p. 203-208.

LIMA, P.A. *Educação Inclusiva: indagações e ações na área da educação e da saúde*. São Paulo: Avercamp, 2010. p.125-129.

MÃE D. *Entrevista para Caso D*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

MÃE G. *Entrevista para Caso G*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

MÃE T. *Entrevista para Caso T*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

MALANGREAU, P. Nota sobre a construção do caso. In: ALMANAQUE DE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL. *O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera*. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental, 2003. p.11-15.

MANTOAN, M.T.É. *Inclusão Escolar: o que é? Por quê? Como fazer?* 2. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

MARCELLI, D.; COHEN, D. *Infância e Psicopatologia*. Tradução: Fátima Murad. 8. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 14-29; 263-297.

MARCHESI, Á. Da linguagem da deficiência às escolas inclusivas. In: COLL, C.; MARCHESI, Á.; PALÁCIOS, J.(orgs). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Trad. Fátima Murad. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARQUES, M. B.; MELLO, A.M. S.R. TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children. In: CAMARGOS JR., W. et alli. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. p. 144-147.

MARROCCO, V. *Sujeitos com autismo em relações: educação e modos de interação*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande de Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2012. p. 38.

MARTINS, A.D.F. *Crianças autistas em situação de brincadeira: apontamentos para as práticas educativas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Educação, 2009, 1 v. 95 p. Consulta ao resumo pelo Portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

MAZZOTTA, J.S. Inclusão Escolar e Educação Especial: das diretrizes à realidade nas escolas. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M.A. (org.). *Das margens ao centro: perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva*. Araraquara, São Paulo: Junqueira & Marin, 2010. p. 79-87.

MELO, S.C. *Inclusão em Educação: um estudo sobre as percepções de professores da rede Estadual de Ensino Fundamental do Rio de Janeiro sobre práticas pedagógicas de inclusão a partir de um caso de autismo*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação, 2010, 1 v. 220 p. Consulta ao resumo por Portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

MENDES, E. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 2006, v. 11. n. 33.

MERCANTE, M. T.; RUTGER, J. V.d.G.; SCHWARTZMAN, J.S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006, n.28, supl. I. p. 12-20.

MISÉS, R et alli. French Classification for Children and Adolescent Mental Disorders. *Psychopatology*, 2002, n. 35. p. 176-180. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12145506. Acesso em: 25 jun. 2012.

MONITORA DE APOIO À INCLUSÃO. *Entrevista para Caso T*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

NAZEER, A.; GHAZIUDDIN, M., Autism spectrum disorders: clinical features and diagnosis. *Pediatr. Clin North America*, 2012, n. 59, v. 1, p. 19-25, ix. Consulta a resumo pela Biblioteca Digital BVS. Acesso em: 30 mai. 2012.

NUNES, D.R.P. Contexto de intervenção para crianças com autismo: rotinas interativas. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M.A. (org.). *Das margens ao centro: perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva*. Araraquara: Junqueira & Marin, 2010. p. 371-378.

OLIVEIRA, C.C. *Perda ambígua em cuidadoras de crianças com autismo: ela existe?* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. 1 v. 171 p. 2011. Consulta a resumo pelo portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

OLIVEIRA, M.K. Vygotsky: alguns equívocos na interpretação de seu pensamento. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, 1992, n. 81. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15741992000200007&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 03 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. *Declaração de Salamanca, de 1994*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência*. Guatemala: [s.e.], 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças, décima versão – CID10*. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9. ed. São Paulo: Ed. USP, v. 1, 2003, p. 9-29; 367-370.

PALACIOS, J. A Educação Especial na Espanha desde o seu início até a Lei Geral de Educação. In: GONZÁLES, E. (coord.). *Necessidades educacionais específicas*. Tradução: Daisy Vaz de Moraes. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 47-63.

PAULON, S.M.; FREITAS, L.B.deL.; PINHO, G.S. Documento Subsidiário à Política de Inclusão. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2005, 48p. Disponível em <http://portal.mec.gov.br>. Acesso: em 04 dez. 2011.

PATTERSON, S.; SMITH, V.; JELEN, M. Autism spectrum disorders: information for pediatricians supporting families of young children on the spectrum. In: *Adv. Exp. Med. Biol.*, 2012, n. 724, p. 51-60. Consulta a resumo pela Biblioteca Digital BVS. Acesso em: 30 mai. 2012.

PIMENTA, P.R. *Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito?* Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo. Dissertação de Mestrado, UFMG, 2003, 150 p.

PRIETO, R.G. Política de Inclusão Escolar no Brasil: sobre novos/velhos significados para a Educação Especial. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M.A. (orgs.). *Das margens ao centro: perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva*. Araraquara: Junqueira&Marin, 2010. p. 61- 78.

PROFESSORA 1. *Entrevista para Caso T*, 2011: Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

PROFESSORA 3. *Entrevista para caso G*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

PROFESSORA 4. *Entrevista para caso G*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

PROFESSORA 5. *Entrevista para caso G*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

PROFESSORA 6. *Entrevista para Caso D*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos.

RAHME, M.M.F. *Laço social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com outro no contexto escolar*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2010, 452 p.

RÉ, S. Coordenadas de la Integración. In: *Temas Cruciales II: Integración Escolar*. Buenos Aires: Fundación Infancias, 2000, p. 13-20.

RIVIÈRE, Á. O autismo e outros transtornos globais do desenvolvimento. In: COLL, C.; MARCHESI, Á.; PALÁCIOS, J.(orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Trad. Fátima Murad. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 234-254.

RUBLECKI, A.F. *A caminho da Escola...* Um Estudo Sobre a Educação Integrada de Crianças com Autismo e Psicose Infantil. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. 1v. 156 p. Consulta ao resumo pelo portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

RUTTER, M. Autismo: etiologia, terapia e a família. In: GAUDERER; C (org). *Autismo*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1993.

RUTTER, M. Autismo Infantil. In: GAUDERER, C. (org). *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1997. p. 81-103.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V. *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Tradução: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 77-90.

SANTIAGO, A.L.B. *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p.28-63; 155-183.

SANTIAGO, A.L.B. Psicanálise aplicada ao campo da educação: intervenção na desinserção social na escola. In: COELHO, T. (org.). *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2009. p.66-82.

SANTIAGO, A.L.B. Entre a Saúde Mental e a Educação: abordagem clínica e pedagógica de sintomas na escola nomeados por dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento. In: SANTIAGO, A.L.B; CAMPOS, R.H.F. (orgs.). *Educação de crianças e jovens na contemporaneidade: pesquisas sobre sintomas na escola e subjetividade*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011. p.93-99.

SCHWARTZMAN, J.S. Autismo e outros transtornos do espectro autista. In: *Revista Autismo* Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/autismo-e-outros-transtornos-do-espectro-autista>. Acesso em: 22 jan. 2012.

SCHWARTZMAN, J.S. Síndrome de Rett. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003, n. 25, v.2, p. 110-113.

STUBBE, D. Transtornos globais do desenvolvimento: transtornos do espectro autista. In: STUBBE, D. *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Tradução: Irineo S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 64-74.

SWEET, E.W.S. Aspectos anátomo-fisiológicos do autismo. In: GAUDERER; C. (org) *Autismo*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 1993. p.97-108.

T. *Entrevista a T*, 2011. Entrevista concedida a Fernanda do Valle Corrêa Ramos, Ana Lydia Santiago e Carla Figueiredo.

TENDLARZ, S.H. *De que sofrem as crianças? A psicose na infância*. Rio de Janeiro: Livraria Sete Letras, 1996.

TEIXEIRA, R.M. O lugar do desenho no ensino de arte com alunos autistas: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado de Santa Catarina. Faculdade de Artes Visuais. 219 p. Consulta ao resumo pelo portal CAPES. Acesso em: 30 jun. 2012.

UNESCO. Ministério da Educação e Cultura. *Declaração Mundial de Educação para Todos/ Declaração de Jomtien*, 1990. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 08 jul. 2010.

VASQUES, C.K. *Um coelho branco sobre a neve: um estudo sobre a escolarização de sujeitos com psicose infantil*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

VASQUES, C.K. *Alice na biblioteca mágica: uma leitura sobre o diagnóstico e a escolarização de crianças com autismo e psicose infantil*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008a.

VASQUES, C.K. Transtornos globais do desenvolvimento e educação: análise da produção científico-acadêmica. *Reunião Anual da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação* (ANPED), Caxambú, 2008b. Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GT15-4469--Int.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2012.

WING, L. O contínuo das características autistas. In: GAUDERER, C (org). *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997, p. 104-110.