

Reflexões sobre a normatização e padronização escolar: um olhar psicanalítico

Reflections on school normatization and standardization: a psychoanalytical view

Carolina Acauan Menezes
Denise Regina Quaresma da Silva

Resumo

Este artigo propõe uma reflexão sobre o processo de escolarização de crianças diagnosticadas com psicose e autismo que adentram a escola regular e os receios/expectativas das professoras sobre a normalização do ensino e aprendizado. Metodologicamente, apresentamos um estudo de caso estruturado a partir dos pressupostos da teoria psicanalítica. Concluímos que a imposição de que essas crianças aprendam e ajam de forma homogênea, prejudica seu desenvolvimento cognitivo e os laços sociais.

Palavras-chave: Escola, Psicanálise, Psicose, Autismo, Infância.

Introdução

Este artigo tem como tema as reflexões sobre a normalização e padronização de crianças diagnosticadas com os transtornos de psicose e autismo que adentram a escola regular. O interesse surgiu após experiências da discência com educação e psicanálise. Nessa assertiva, tem como objetivo geral propor uma reflexão sobre a imposição de normalização e padronização de crianças que frequentam a escola regular, que apresentem diferenças estruturais psíquicas no seu desenvolvimento, a saber a psicose e o autismo. Também objetiva analisar a inserção escolar dessas crianças em inclusão, bem como verificar através de um estudo de caso psicanalítico quais são as problemáticas desse processo, descrevendo e discutindo através das anotações e observações obtidos nos atendimentos individuais e familiares realizados em um serviço de saúde.

Este estudo de caso psicanalítico apresenta a história de uma interlocutora, uma menina que chamaremos pelo pseudônimo de

Mirela, atendida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre (RS).

Até o século XVIII crianças e adultos deficientes eram segregados da sociedade, perpassando por diferentes formas de exclusão ao longo dos anos. A concepção de deficiente foi uma questão demoníaca, digna de abandono ou morte na infância sem que isso caracterizasse crime. Após a Revolução Francesa, a loucura passou de exclusiva ao poder jurídico para um envolvimento com a medicina, ganhando um novo olhar. Dessa interlocução entre a medicina higienista da época e o direito, surge uma ciência nova: a psiquiatria, além da instituição psiquiátrica no começo do século XIX, com o início das práticas de internamento e potentes aparatos manicomiais. Naquele momento, a medicina higienista passava a deter o conhecimento da loucura, emitindo enunciados sobre a doença mental (SILVA; QUARESMA DA SILVA, 2017).

Após a Declaração de Salamanca, ocorrida na Espanha em 1994, constituiu-se no

Brasil um grande marco para novas possibilidades de educação e políticas públicas voltadas para as necessidades educativas especiais e, a partir disso, inicia-se um avanço nas leis que priorizam a universalidade da educação.

Em 1996 estabelecem-se as Leis de diretrizes e bases da educação nacional com a Lei n.º 9.394/96 (BRASIL, 1996), influenciando um processo crescente de olhares para a educação inclusiva. Somente em julho de 2015, institui-se a Lei Brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência, que abrange a inclusão escolar de crianças com sofrimento psíquico grave e, junto dela, a colaboração da resolução complementar CNE/CP 1/2002 (CNE, 2002), que orienta o dever das instituições sobre formação dos professores referente à compreensão do que é ensino educacional especial (BRASIL, 2015).

Com a inclusão, aposta-se que haja subjetivação dos discursos que circulam no campo social, no desejo de assegurar, sustentar ou modelar lugares sociais para essas crianças, considerando que nessa forma tais discursos sobre a escola são demasiadamente poderosos. Uma escolha de lugar social é imprescindível para as crianças que passam por dificuldades em criar laços sociais, tal como é o caso das crianças enfatizadas neste artigo. Mesmo decadente em sua capacidade de manter uma tradição de ensino, a escola pode ser uma instituição poderosa quando lhe exigem que haja uma certidão de pertinência, a criança que está na escola, pode então receber o carimbo de criança (KUPFER, 2014).

Paéz (2001) aponta que aos(as) professores(as) era ensinado que, quanto mais homogênea uma resposta era, mais próxima de estar certa ela estaria. Considerando isso, como podemos esperar a inclusão de crianças com sofrimento psíquico, se mantiver como desejo que suas respostas sejam igualitárias perante uma linguagem que não lhe pertence? Como compreendemos a linguagem e o discurso de cada criança quando desejamos que suas respostas sejam iguais? É

preciso apagar a singularidade e as diferenças para obtermos esse/tal resultado? Queremos esse resultado para qual finalidade? Sibenberg (2001) afirma que o termo “educação” vem de uma antiga crença romana de que a criança que chega ao fim do ciclo da amamentação passa a ser cuidada por uma deusa menor, cujo nome seria Educa. A educação por essa perspectiva seria, então, a missão de um cuidado educativo, a apresentação e a inscrição de valores simbólicos e não a homogeneidade dos registros.

É importante observar e analisar o funcionamento de uma criança dentro dessas expectativas e da escola perante esses/os processos concernentes à dificuldade de frustração no ensino, com o olhar voltado para os desejos da escola e do professor. Qual lugar ocupa essa criança no discurso social, quando a educação tem como viés homogeneizar seu modo de ser, considerando que cada criança tem uma articulação diante de sua posição como sujeito de desejo?

Neste estudo de caso, teremos como foco a situação escolar de crianças diagnosticadas com psicose e autismo, considerando que, na abordagem psicanalítica, olha-se a criança como um todo – um sujeito assujeitado às suas condições – não pensando em seu diagnóstico em si, como uma doença isolada.

Apesar de as denominações desses transtornos serem os motivadores das leis inclusivas mais incisivas como a Declaração de Salamanca (ONU, 1994), ainda se faz necessária a discussão sobre o funcionamento desses transtornos. Para tanto, discute-se como a psiquiatria e a psicanálise abordam tais transtornos. A psicanálise foi a abordagem teórica escolhida para nortear as discussões dos dois conceitos de sofrimento grave na infância.

Para a psicanálise, o sujeito não nasce pronto, ele vai se estruturando conforme sua inscrição vai ocorrendo na linguagem que se opera com o Outro. Alfredo Jerusalinsky (1999) marca radicalmente a diferença en-

tre tais estruturas e propõe que se entenda o autismo como uma quarta estrutura clínica, ao lado das três outras – psicose, neurose e perversão – propostas por Lacan. O autor postula que entre psicose e autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque na psicose se trata da forclusão e no autismo se trata da exclusão. No caso da exclusão, não há inscrição do sujeito; no lugar onde a inscrição deveria se encontrar, está o Real, ou seja, a ausência de inscrição. Essa diferença radical de estrutura conduz a efeitos clínicos observáveis. Esses quadros são indefinidos e têm diversas complexidades, afinal, cada criança é um sujeito em processo de constituição psíquica (MILMANN, 2019).

2 O diagnóstico de transtorno do espectro autista

De acordo com o *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (APA, 2013) em sua quinta edição, o transtorno global de desenvolvimento adentra o transtorno de espectro autista (TEA), que também incluiu autismo, transtorno de Asperger e transtorno sem outra especificação. Assim, os transtornos supracitados passaram a compor um único diagnóstico, o TEA, um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por grandes dificuldades persistentes na fala, na interação social, nos movimentos repetitivos e em diversos casos, na restrição em interesses alimentares.

Havendo essa ampliação do transtorno do espectro autista, adentram nessa categoria, diversos outros quadros clínicos que entre si abarcam desde o autismo clássico até psicoses não decididas na infância. Com isso, se radicaliza os automatismos na ideia de a criança excluir o outro de seu campo de satisfação segundo Julieta Jerusalinsky (2019). Segundo a autora, quando desaparecem as diferenciações clínicas fundamentais e todas adentram juntas, configurando uma epidemia, o diagnóstico de transtorno do espectro autista se tornou um grande amontoado que, pela diversidade que tem em sua falta de es-

pecificidade, acaba por obscurecer o que deveria ser feito em direção a cada criança e seu tratamento.

Para concluir um diagnóstico de espectro autista, devem ser observados na criança os prejuízos na interação social, a comunicação e o comportamento aos três anos de idade. O transtorno se caracteriza pela dificuldade de contato visual e especificidades na interação social, tendo também repertórios restritos referente às atividades (BATTISTI; HECK, 2015).

Na abordagem psicanalítica entende-se que a criança em sua primeira infância não se inscreve como sujeito, ela não existe em desejo e conceitos porque nela a inscrição é não ser. Uma mãe que se caracteriza como apática e cujo desejo não inspira a existência daquela criança – de forma que o bebê está ali, mas não está – não o auxilia na sua construção de existência. Quando não aclamado pela mãe que não lhe indica que seu choro se refere a mamar, que não lhe indica que seus movimentos se referem aos seus pedaços corporais, e cujos movimentos não refletem em nada, não refletem em respostas, ratifica uma criança que não existe. Não há falta no que não existe. O objeto não pode ser simbolizável e, por isso, não há substituição dele (JERUSALINSKY, 1997).

O ensinamento freudiano refere a experiência de satisfação como uma importante determinadora da inscrição do aparelho psíquico. A mãe precisa perceber no bebê o desamparo inicial, não lhe deixando opções a não ser a assistência de uma mãe experiente, para que ele sobreviva. E é com o grito que o bebê faz apelo ao Outro para que lhe perceba essa carência que só se atenua com a intervenção de alguém. Do outro vem não somente o alimento, mas também a palavra. O papel do grito nessa inscrição é essencial, visto que, desde o início, ele faz enodamento com a linguagem (FERREIRA, 2017).

As crianças ficam presas no real do objeto e demonstram grande apego a objetos que geram apenas uma continuidade física de seu corpo, mas não possuem significado.

2.1 As psicoses não decididas: uma forma de psicose na infância

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Código Internacional de Doenças – CID-10 (WELLS et al., 2011), caracteriza a psicose infantil dentro do transtorno global do desenvolvimento. A psiquiatria se dedica a caracterizar os fenômenos das doenças mentais tal como a descrição de seus sintomas e sinais, enquanto a psicanálise se volta para o diagnóstico estrutural. Com base no diagnóstico psicanalítico, este trabalho inclinará seus conceitos. Jerusalinsky (1997) aponta que na infância a psicose, em uma proporção bastante significativa, não está totalmente decidida, então, as psicoses não decididas seriam uma forma de psicose na infância.

Freud ([1913] 2013), ao falar em psicose, fala em interdição dos desejos e refere essa interdição à quebra da possibilidade de ser um sujeito desejante, pois antes da sua própria demanda, vem a demanda da mãe. Nesse caso, o bebê não se separa simbolicamente do corpo da mãe: ele é sua extensão, sendo fabricado a partir das demandas da mãe e sem corte de separação. A mãe, nesses casos, vai além da maternagem no sentido de cuidar. Ela adentra na relação dual com sua dimensão simbólica e passa a ter o saber sobre as demandas da criança e ela mesma lhe confere um sentido. Assim o bebê se dá a ler pela mãe, que decide pelo seu significado (FERREIRA, 2017).

Na falta desse corte relativo à alienação, a criança vai se inscrevendo como a própria mãe, não conseguindo distinguir aquilo que ela deseja daquilo que é ou poderia ser seu, não há barramento do outro. É o outro quem o controla. Essa ausência de respostas de fora, pois está em uma relação dual, fragmenta a criança em pedaços com a realidade, onde não há capacidade de lidar com a totalidade desta. Como a demanda é da mãe, ela é sempre completada antes de desejar, implicando uma satisfação imediata. Por conseguinte, a frustração de um desejo não satisfeito ime-

diatamente tira a criança da realidade, pois ela não consegue lidar com a frustração da demanda não satisfeita.

Na alienação o sujeito fica sendo representado por um significante. O sujeito não é nada e nada pode haver nele porque falta o segundo significante (FERREIRA, 2017). As coisas para essas crianças são como são, concretas, com um empobrecimento facilmente observável do simbólico.

3 O caso Mirela e a comunicação não verbal

Nos casos de sofrimento psíquico grave, há situações nas quais a teoria vem à mente, mas a prática assusta. Na situação analítica, Zimerman (2004) aponta que, para a psicanálise, é primordial a comunicação, que a comunicação vai além das palavras.

Mirela chegou pela primeira vez ao atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial com três anos de idade, acompanhada por pai e mãe, que chamaremos de João e Maria. Ainda na recepção, antes do atendimento, Mirela gritava e andava por todos os cômodos do lugar, abria portas enquanto sua mãe andava atrás dizendo com voz frágil e exausta: “Para, Mirela, vem aqui com a mãe”. Nesse mesmo momento, o pai pedia desculpas à recepcionista do serviço.

O anúncio materno avisa: “Ela não fala” e a pergunta que nos ocorria era como atender uma criança que não fala. Antes da angústia do profissional, faz-se necessário apaziguar a angústia dos pais. Conversou-se sobre deixarem a criança explorar o local, considerando estar conhecendo um lugar novo, deixando claro aos pais não haver problemas a respeito dos movimentos da criança naquele espaço. O sorriso dos pais demonstrou conforto, dando início ao vínculo. Mirela gritava de forma incômoda, não gerava apenas vocalizes livres e expressivos de descoberta, mas gritava como quem procurava algo e não encontrava em cômodo nenhum. Considerada a necessidade de fazer a anamnese com

os pais, observou-se Mirela por alguns minutos e, devido ao desconforto dos pais, aos olhares dos demais pais e crianças no espaço, foi combinado novo atendimento no dia seguinte, quando somente o pai e a mãe compareceriam.

Como saber qual a abordagem quando uma criança não fala? A escuta da linguagem paraverbal é uma forma expressiva de linguagem que não utiliza somente o verbo para se comunicar, mas que é possível observar comunicação também em mímicas faciais, postura, impaciência, aflição, contrariedade e alívio. Como compreender o desconforto de Mirela com o local, se ela não verbalizar? Mirela fala, mas não possui a mesma estrutura de linguagem da maioria das crianças. Compreendeu-se que a criança queria sair do local, pois o som dos vocalizes traziam em sua sonoridade o desconforto, o andar do corpo era rápido e impulsivo. Percebia-se o descontrole de si, a desleitura do “onde” irei. É possível ouvir a fala de Mirela, quando o profissional a escuta a partir de “um olhar e uma escuta para dentro”. É prestando atenção no que ela nos faz sentir, que compreenderemos o que ela sente. É no afetar-se. Somente na tentativa-erro-tentativa-acerto é que conseguiremos ler um ao outro (ZIMERMANN, 2004).

3.1 A angústia dos pais

Enquanto os pais sentavam-se em frente à profissional que os atendia, um ao lado do outro, a mãe, Maria, segurando a bolsa, o pai, João, inclinado para frente apoiado nos joelhos, pensa-se em todas as perguntas que é preciso fazer no intuito de sanar dúvidas sobre a primeira infância daquela criança, no sentido investigativo. Ao se apresentar à mãe, a primeira fala não vem do cunho investigativo da profissional, mas da mãe de Mirela, que diz: “O que minha filha tem?”. Uma questão nos ocorre: quem sabe mais dessa criança? Os pais ou os especialistas, que a “traduzem” pela complexidade de suas características singulares? Seria um diagnós-

tico que mostraria todo seu modo de ser? (MARIOTTO; SCHAEGLER, 2012).

Segundo Silva (2019), uma vez que é dado o diagnóstico de psicose, autismo ou outro transtorno global, a família e a escola passam a parar de investir naquele sujeito, na ideia de se tornar somente seu diagnóstico, pelo efeito iatrogênico do diagnóstico.

Para responder à pergunta da mãe, usamos a orientação de não conhecer a criança e sua história, não sendo possível dizer-lhe quem é sua filha, dando a Maria a oportunidade de narrar quem é Mirela aos seus olhos. A mãe, em um discurso ansioso e cansado, inicia a descrição dos pontos que julga mais importantes, o que consideramos para poder compreender o adoecimento da menina e a expectativa familiar.

Os pais esperam que um diagnóstico, uma nomeação dita por um especialista fará com que eles encontrem um método para lidar com o filho da forma certa, para que assim saiam da inadequação. Confusos com a tarefa de educar e impor limites, os pais se rendem ao saber total e seguro que a ciência oferece (MARIOTTO; SCHAEGLER, 2012).

A mãe, ao descrever Mirela, diz:

Mirela não dorme, fica a noite inteira se batendo, não se cobre com o cobertor mesmo que faça frio, a gente não pode ligar a televisão, ninguém olha televisão lá em casa, pois ela começa a gritar e se bater. Ela anda pela casa toda e quando a gente diz não, ela se joga no chão se bate, ela não ouve o nome dela de jeito nenhum, acho que ela não sabe que o nome dela é Mirela, não adianta chamar, eu já desisti.

Nessa anamnese descobre-se que Mirela ainda não vai à escola. Fica somente em casa com a mãe, que em determinado momento diz: “Quando ela nasceu, Maria morreu, ficou só a mãe de Mirela”.

Uma semana depois desse primeiro encontro, a família muda-se de cidade, inter-

rompendo nossos atendimentos. Volta a residir no município três meses depois e retorna ao serviço de saúde com o diagnóstico de autismo para Mirela, que passa a frequentar a escola com esse signo. A mãe conta que Mirela fica apenas vinte minutos na instituição de ensino e que, em seguida, as professoras pedem que Maria busque a filha e a leve embora.

Percebe-se que há a ideia de que, para conseguir ensinar, para decidir a forma de integrar e adequar a escola, é necessário que a criança tenha uma nominação diagnóstica e o que esse diagnóstico fala sobre a criança. Parece que o mais importante é que a escola tenha esse diagnóstico mais do que a própria criança. É sabido que as escolas afirmam tais coisas, como se o fato de que não havendo diagnóstico não saibam o que fazer, como agir, como ensinar (FILIDORO, 2016).

Mirela volta aos atendimentos após três meses, com o diagnóstico de autismo e medicações. A mãe conta que não pôde continuar residindo na cidade em que estava, pois a família não tinha paciência com a filha e a agrediam, causando desavenças nos laços familiares. Considerado isso, retornam aos atendimentos individuais com a criança que está mais calma pelo auxílio da contenção medicamentosa, o que possibilitou os atendimentos.

Nos encontros seguintes, sem esforço algum, Mirela vai para o pátio, demonstrando não haver ansiedade de separação da figura materna. Faz estereotípias com as mãos, batendo-as uma sobre a outra. A profissional que a atende não existe, é somente mais um objeto do local. Mirela retira todos os brinquedos do armário, mas não se fixa em nenhum. A criança não se concentra em um único objeto, pulando sem conexão entre um e outro, ou se fixando apenas em um brinquedo, parecendo não haver forma flexível de significância com o restante do mundo que a rodeia (SIBEMBERG, 2001). A criança com dificuldade em estabelecer limites entre fantasia e realidade, acaba agindo como

se ela mesma fosse aquilo que ela encena e, assim, tem dificuldades em estabelecer um brincar como estamos acostumados a ver, um brincar representativo (DAROZ, 2013).

Ao observar a criança colocar um armário de brinquedos inteiro abaixo, é necessário da parte do terapeuta um autocontrole na angústia para não querer controlar ou organizar o ambiente. Isso diz da percepção do que é terapêutico, do que é desejo do profissional e quais são o processo e desejos da criança. Com o tempo, Mirela chega e vai para a sala dos brinquedos, pega uma caixa com *tazos*, pequenos discos plásticos, e permanece com eles durante todo o atendimento, segurando-os próximo ao rosto. Nesse momento ocorre o ensimesmamento prazeroso, um momento em que a criança tem prazer consigo mesma, sem relação lúdica e exploratória com os brinquedos e com o local onde está sem relação afetiva. Mirela colocava os *tazos* próximo ao rosto, fazia movimentos repetitivos com as mãos e soava vogais que pareciam vocalises felizes (JANUÁRIO; TAFURI, 2008).

Nesses momentos com os *tazos*, ninguém existia, nada existia. Havia a frustração da terapeuta sobre ser ignorada em um atendimento. O que significa a presença da terapeuta nesse momento? Fica-se só a observar? Sim, deixa-se a criança vincular-se ao local e àquilo que lhe interessa, para que se crie um ambiente de acolhimento no que se refere a sua forma de existir e ser nesse espaço. Sibemberg (2001) afirma que o autismo infantil é caracterizado pela falta de referentes imaginários e simbólicos, essa falta seria decorrente da exclusão do mundo da linguagem, então a relação com os objetos fica somente na materialidade deles, não havendo interação recíproca de modo como os objetos e as pessoas podem estar confundidos entre si.

Com o passar dos atendimentos, Mirela foi percebendo a existência da terapeuta, indo em direção à sala dos brinquedos somente quando via a terapeuta chegar à recepção. Mirela sentia-se convidada através

dos movimentos repetitivos rotineiros desses encontros. Em um encontro, a terapeuta pegou um brinquedo chamado “Senhor Bata-ta” e fechou as portas do armário. Mirela foi ignorada quando a profissional se sentou no chão com as peças que se caracterizam como partes de um corpo. Pés, mãos, nariz, boca, etc. Ao ver a terapeuta sentada no chão, Mirela foi até ela, percebeu a existência desse outro. Sentou-se e pegou as diversas peças uma por uma, colocando-as coladas em seu rosto com excitação. A cada peça que Mirela pegava, a terapeuta falava seus nomes referentes, como “BOCA”, em voz firme e alta, olhando-a e colocando a peça na boca da terapeuta, repetindo a palavra “BOCA” novamente e tocando na boca de Mirela. Isso foi feito repetidamente com as peças e em vários atendimentos. Em alguns momentos, Mirela pegava as peças quando era dito o nome referente e colocava em seu rosto.

As teorias epistemológicas apontam a relação básica entre o sujeito cognitivo e os objetos de seu conhecimento. De acordo com essa teoria, a construção lógica no sujeito acontece com a mudança de esquemas mentais no confronto do sujeito com a realidade. Isso foi produzido com Mirela, puxando-a pedaços por pedaços, para a realidade daquelas peças, através da interação ativa com os objetos. Esse processo utilizado com Mirela opera a partir de processos simultâneos de assimilação e acomodação, que fazem parte do processo de equilíbrio, onde a criança passa a assimilar os conceitos para adequar as suas estruturas mentais à realidade, fazendo assim uma adaptação das demandas que lhe foram colocadas (MILMANN, 2019).

3.2 Na escola...

Após esse tempo no Centro Psicossocial Infantil (CAPSi), Mirela apresentou melhoras significativas na socialização, comparecendo na escola com sua mãe, que já havia apresentado o diagnóstico da menina para a instituição. No momento de sua chegada na escola, a professora assustou-se, pois o contato com

a diferença estrutural angustia, a “loucura” que vemos na criança traz a nós a fragilidade e a falta-a-ser que temos (SILVA, 2019).

A escola mostra-se de início temerosa em relação ao atendimento de crianças autistas ou psicóticas, pois diversas vezes elas mantêm uma posição contrária às normas sociais e apresentam rechaço na interação social com as pessoas que fazem parte da vida escolar. Nesses casos, percebe-se o medo do impossível de educar. Mirela passa a ficar uma hora na escola, porém quando chora é solicitado a sua mãe que a leve embora. Os pais e a escola temem a impossibilidade de educar, apegados ainda na perspectiva da alfabetização, e os pais ainda estão presos no desejo de que ela fale e aprenda a escrever (FUZUY; MARIOTTO, 2010).

Ao pensar na proposta curricular na inclusão, é importante compreendermos que ela vai além dos conteúdos. Ou seriam então os conteúdos mais importantes que o processo educativo? Nesse caso, o(a) docente deve observar a real necessidade do autista e como esse currículo vai ajudá-lo no seu desenvolvimento cognitivo (BATTISTI; HECK, 2015). O(A) educador(a) que trabalha com inclusão necessita perceber as diferentes posições subjetivas que a criança pode vir a constituir, para compreender de que lugar a criança fala ou não, em que lugar ela é colocada transferencialmente e, a partir desse ponto, em qual lugar irá se inserir a aprendizagem (MEIRA, 2001).

O espaço escolar na inclusão, não designa somente a aprendizagem clássica dos currículos constituídos, mas os diversos ganhos dessas crianças em espaços sociais. A questão de lugar na sociedade se faz importante para as crianças que apresentam dificuldades em estabelecer relações e laços sociais. A partir disso, é importante mudar o foco do ensino e o funcionamento de cobrança (FUZUY; MARIOTTO, 2010). Apesar de Mirela não apresentar resistência em permanecer na escola durante o tempo em que lá está, a mãe queixa-se de a filha ter que ir embora na hora

do recreio, sem compreender essa necessidade imposta pela escola. Nesse aspecto, podemos nos questionar a “pseudoinclusão”, pois essas crianças não deveriam ficar isoladas em casa. No funcionamento ideal de uma inclusão, elas deveriam conviver com as outras pessoas de sua faixa etária e ter as mesmas oportunidades, pois seriam assim instigadas a colocar em prática suas capacidades (BATTISTI; HECK, 2015).

3.3 A interlocução com a escola: uma discussão que não privilegia a patologia

Considerando que se faz sempre necessário o diálogo entre escola e a terapeuta de Mirela, a comunicação com o(a) professor(a) colabora para que seja escutado(a) em suas dúvidas e que possa encontrar respaldo. Assim, abre-se para a singularidade do caso, em vez de permanecer fixada na aluna a lista de fenômenos descritos na sua categoria psicopatológica (MILMANN, 2019).

A importância desses diálogos se dá no desejo de haver o espaço do não saber, da imparcialidade e incompletude, e o diálogo entre as áreas não tem o sentido de dizer o que é certo e errado no papel do(a) docente, mas de se transmitir uma parceria. Esse ato ocorre através da transmissão, na medida em que se exercita o aqui e o agora entre vários, falando, conversando e ouvindo, percebendo e se arriscando “junto com”, num ideal de parceria e não de maestria. É importante salientar os pontos positivos daquilo que já está sendo feito pela escola, legitimar e dar visibilidade à dedicação do professor, colaborando no encorajamento de novos fazeres (SILVA, 2019).

A conversa entre a terapeuta e a docente se deu nessa perspectiva, com uma discussão que não privilegiou a patologia de Mirela, mas possibilitou pensar em quem a menina está sendo no momento em que avaliam uma significativa melhora na criança relativamente aos laços sociais. Questionamos por que Mirela não pode permanecer no re-

creio, e a resposta unânime foi: medo. Medo de que seja machucada por outras crianças e medo de que machuque outras crianças em algum momento de irritabilidade. Nesse aspecto, orientamos sobre o fato de que qualquer adaptação realizada na perspectiva de favorecer as crianças de participar cooperativamente em comunicações interpessoais de uma criança em inclusão, favorece a todos os presentes na instituição, pois o convívio das crianças ditas normais com crianças com transtornos, acentua a adaptação da convivência com o diferente (FILIDORO, 2001).

Nessa conversa, contamos um pouco do funcionamento de Mirela nos espaços coletivos do CAPSi, onde ela facilmente interage com os(as) demais, sem haver preocupações graves. Deu-se assim, nesse diálogo, a decisão de que Mirela participaria do recreio com as demais crianças. Isso ocorreu porque as professoras se sentiram respaldadas. Um detalhe tal como o receio das professoras impossibilitou que Mirela pudesse conviver com outras crianças da sua idade, e isso traz consequências, pois Mirela ficou situada por um discurso que dificulta sua aprendizagem, no laço social, na subjetividade. Esses modos de laço, bem como a caridade, a tolerância, os direitos modelam as interpretações, as leituras e o pensamento dos interlocutores com quem essa criança interage (FILIDORO, 2016).

No mesmo encontro, as professoras também sinalizam que em alguns momentos Mirela “vai embora” ao parar de realizar as atividades propostas, dizem: “Ela não rende”. Questionamos um pouco sobre o que significaria “render” para a escola, na perspectiva de compreendermos se ela se desorganiza, chora ou entra em alguma crise. A resposta da escola é que não, ela simplesmente para de realizar as tarefas, ficando no seu local de forma tranquila.

Retomamos o que Julieta Jerusalinsky (2019) aponta sobre a denominação de “deficiência”, quando refere que assim eram agrupadas as crianças, na razão de serem

consideradas diferentes pelo fato de não alcançarem determinado padrão de “eficiência”. O padrão de eficiência então construído, estava atrelado a currículos escolares cujas primeiras versões desconsideravam a ideia de direito a saber e impunham uma obrigação de conhecer, na perspectiva da sociedade ser dotada de habilidades desejadas pela civilização industrial, criando, assim, pessoas capazes de produzir e consumir.

Nessa assertiva, cabe um questionamento pertinente e atual: como a escola leva em consideração as diferenças e os processos mentais dos desiguais? O que é cobrado das professoras em relação às estatísticas de alunos de inclusão que passaram de ano e foram alfabetizados? (JERUSALINSKY, 2019).

As professoras nos questionaram se deviam ou não aprovar Mirela no final daquele ano, considerando que ela não saiba ler e escrever. Reiteramos que, quando pensamos na inclusão dessa criança, a expectativa não deve ser a mesma das demais, pois nenhuma criança funciona da mesma forma que a outra. Esse saber perante o aluno, pertence aos professores, apesar de psicólogos e psiquiatras por diversas vezes emitirem laudos informando se a criança deve ou não seguir adiante na sua escolarização. Esses laudos favorecem que ocorra uma desimplicação sobre a avaliação dos(as) docentes em relação ao processo de aprendizado desse aluno(a).

Mas, afinal, o que avaliamos quando referimos a inclusão: o produto preestabelecido pelos currículos ou o processo de cada um? Após o diálogo que tivemos com a escola, iniciou-se uma conjuntura entre rede de saúde mental e escola, propiciando mais segurança para as professoras na aposta do desenvolvimento de Mirela. A criança passou a estar presente no recreio e permanecer o mesmo tempo na sala de aula como as demais. Notamos ao longo deste estudo de caso que a falta de informação sobre Mirela e a posição narcísica das professoras em ter que trabalhar com uma criança que não aprende aquilo que elas sabem ensinar foram fatores

que estavam atravancando o desenvolvimento de Mirela.

4 À guisa de uma conclusão

Na tessitura entre psicanálise e educação, sabe-se que os registros do adulto que educa a criança ocorrem pela via do afeto e colaboram com seu desenvolvimento psicológico. Apostando na relação saúde e educação, a psicanálise oferece saberes a respeito da estrutura do sujeito e traz diversas afirmações sobre a importância do educador(a), cuidador(a), professor(a), na construção da geografia psíquica de uma criança. Se faz necessário esse diálogo e que a psicanálise e a educação enlacen seus conhecimentos para melhor inclusão de crianças com transtornos psíquicos.

Percebeu-se neste estudo a necessidade de mais estudos colaborativos objetivando esclarecimentos em relação as dificuldades de docentes e escolas em aceitar alunos(as) com estruturas psíquicas diferentes. Nota-se o desconhecimento dos professores em relação ao processo das competências e habilidades no processo temporal das crianças e suas dificuldades quando não há uma suposição de sujeito tal como devido, na primeira infância. Consideramos que educação inclinada somente para a tarefa do aprender a ler e escrever desconsidera a importância dos laços sociais na formação da cidadania dos *infans*.

A criança com déficit ou prejuízo no desenvolvimento bem como qualquer outra criança que adentra a escola, esse importante espaço coletivo de laços sociais e aprendizado, precisa ser vista em sua singularidade, ser tratada de maneira a ter possibilidades de desenvolver-se. Apesar da denominação diagnóstica, a criança se mantém com suas especificidades e funcionamentos, que não de ser descobertos através de afeto, abertura e trocas de saberes, tanto entre as áreas, quanto entre criança e escola.

Abstract

This article proposes a reflection on the schooling process of children diagnosed with psychosis and autism who enter regular school and the fears/expectations of teachers about the normalization of teaching and learning. Methodologically, we present a case study structured from the assumptions of psychoanalytic theory. We conclude that the imposition that these children learn and act homogeneously, harms their cognitive development and social ties.

Keywords: School, Psychoanalysis, Psychosis, Autism, Childhood.

Referências

APA - American Psychiatric Association et al. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BATTISTI, A. V.; HECK, G. M. P. *A inclusão escolar de crianças com autismo na educação básica: teoria e prática*. Chapecó (SC): Universidade Federal da Fronteira Sul, 2015.

BRASIL. *Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. *Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). *Resolução CNE/CP 1/2002*. Institui diretrizes curriculares nacionais para a formação de professores da educação básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/13207-resolucao-cp-2002>. Acesso em: 16 set. 2022.

DAROZ, R. *A simbolização da criança psicótica*. Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Aprimoramento Profissional. São Paulo, 2013.

FERREIRA, T. *A escrita da clínica: psicanálise com crianças*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FILIDORO, N. O que fazemos, na escola, os profissionais de saúde? *Escritos da Criança*, n. 7, Porto Alegre, 2001. Publicação do Centro Lydia Coriat.

FILIDORO, N. *Práticas psicopedagógicas*. Buenos Aires: Biblos, 2016.

FREUD, S. *Totem e tabu: algumas correspondências entre a vida psíquica dos selvagens e a dos neuróticos* (1913). Tradução: Renato Zwick. Porto Alegre: L&PM, 2013.

FUZIY, M. H.; MARIOTTO, R. M. M. Consideração sobre a educação inclusiva e o tratamento do Outro. *Psicologia Argumento*, v. 28, n. 62, p. 189-198, 2010.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. O olhar e o corpo na relação transferencial com uma criança em sofrimento psíquico grave. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 192-209, dez. 2008.

JERUSALINSKY, A. A escolarização de crianças psicóticas. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 72-95, 1997.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

JERUSALINSKY, J. Verdade, gozo e saber na infância. In: APPOA. *Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?* 1. ed. Porto Alegre: Instituto APPOA, 2019.

KUPFER, M. C. M. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KAMER, M.; MARIOTTO, R. M.; VOLTOLINE, R. (orgs.). *Por uma nova psicopatologia da infância e adolescência*. São Paulo: Escuta, 2014. p. 105-110.

MARIOTTO, A. M.; SCHAEGLER, M. C. *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. São Paulo: Escuta, 2012.

MEIRA, A. M. G. *Contribuições da psicanálise para a educação inclusiva em Escritos da Criança*. 2. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 2001.

MILMANN, E. Diagnóstico: cartão de ingresso para entrar na escola. In: *Quem Cuida da Saúde Mental Infantojuvenil?* Porto Alegre: Instituto APPOA, 2019.

ONU. *Declaração de Salamanca*. Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Salamanca (Espanha), 1994.

PAÉZ, S. M. *A integração em processo: da exclusão à inclusão em escritos da criança*. 2. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 2001.

SIBEMBERG, N. *Memórias de uma experiência: da turma de autistas à classe de educação terapêutica em Escritos da Criança*. 1. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 2001.

SILVA, I. P. O que a escola demanda à clínica. In: *Quem Cuida da Saúde Mental Infantojuvenil?* 1. ed. Porto Alegre: Instituto APPOA, 2019.

SILVA, T. J.; QUARESMA DA SILVA, D. R. Caleidoscópio narrativo: uma experiência etnográfica no campo da desinstitucionalização psiquiátrica no sul do Brasil. *Anuário Antropológico*, Brasília, UnB, v. 42, n. 2, p. 327-351, 2017.

WELLS, R. H. C. et al. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: EDUSP, 2011.

ZIMERMAN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Recebido em: 10/08/2022

Aprovado em: 28/10/2022

Sobre as autoras

Carolina Acauan Menezes

Psicóloga.

E-mail: teddy.carolinda@gmail.com

Denise Regina Quaresma da Silva

Psicóloga pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS).

Mestre em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (UFRGS).

Doutora em Educação pela UFRGS.

Pós-doutora em estudos de gênero pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

Professora adjunta e pesquisadora bolsista de produtividade do CNPq.

Atua no curso de psicologia, no Programa de Pós-graduação em Educação e no mestrado de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle - RS (UNILASSALE).

E-mail: denisequaresmadasilva@gmail.com