

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ATANDO LAÇOS E DESATANDO NÓS:

*Reflexões sobre a função do Acompanhamento Terapêutico
na Inclusão Escolar de crianças autistas*

LUCIANA SIME PARRA

BRASÍLIA-DF

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ATANDO LAÇOS E DESATANDO NÓS:

*Reflexões sobre a função do Acompanhamento Terapêutico
na Inclusão Escolar de crianças autistas*

LUCIANA SIME PARRA

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Psicologia Clínica e
Cultura, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª.
Maria Izabel Tafuri.

BRASÍLIA-DF

2009

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente – Prof^a. Dr^a. Maria Izabel Tafuri

Universidade de Brasília

Membro Externo – Prof. Dr. Kleber Duarte Barretto

Universidade Paulista

Membro – Prof^a. Dr^a. Marisa Maria Brito da Justa Neves

Universidade de Brasília

Suplente – Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Dias Varella

Universidade de Brasília

Brasília, 22 de janeiro de 2009.

Dedico esse trabalho aos meus pais, Cecília e Francisco, pelo amor incondicional, pelo voto de confiança, pelo apoio, por serem meu porto seguro. Ao meu irmão, Rafael (*In Memoriam*), pelo seu jeito singular de mostrar que me amava e por me ensinar o quão a vida é efêmera.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo amor, pelo carinho, pela atenção, pelo cuidado. Em especial, aos meus queridos tios, Demócrito, Léa, Marlene (*In Memoriam*), Luís, por serem exemplos de vida. Aos primos e primas, especialmente Mariana, Maísa e Eliza, pela companhia, pelos momentos de descontração, pelas conversas.

Ao Victor, pelo amor, pela paciência, pela compreensão e pelo incentivo constantes.

Aos meus sogros, Ianis e Ginani, e cunhados, Valéria, Verônica, Cláudio e Vanessa, pelo acolhimento, pelo carinho, pela convivência.

À professora Dra. Maria Izabel Tafuri por me iniciar nesse trabalho e por despertar em mim a vontade de ser clínica. Também, pelas palavras duras, que foram igualmente importantes nesse processo de crescimento.

Aos professores do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília que fizeram parte de minha formação, em especial à professora Marisa Brito.

Aos amigos de São Paulo, Lili, Tammy, Leka, Rê, Erik, Drica, Ju, Rodrigo, Leo, por terem feito parte de momentos inesquecíveis da minha história e por ainda se fazerem presentes, cada um à sua maneira, em minha vida.

Às eternas amigas, Cris e Luciana, por mostrarem que a amizade transcende a distância e o tempo.

Aos amigos, Danny, Luiane, Lício, Tomokiti, Tellinha, Juju, Déia, Guta, Livinha, Marília, Cássio, Enrique e Lilian pelos momentos, pelo apoio, pelas idas, pelas vindas.

Aos companheiros da UnB, em especial do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, Ana, Carlos, Carol, Ivan, Vanessa, Nadja, Paula, Clara, Carla e da Praxis Consultoria Jr., pelas reuniões, pelos debates, pelos encontros.

Aos novos companheiros da M. Israel, principalmente à Marise, que me recebeu, acreditou em meu trabalho e me proporcionou uma importante oportunidade de crescimento profissional.

À Erika Reimann, pela escuta acolhedora e por verdadeiramente me acompanhar, inclusive no desenvolvimento desse trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO 1

**CAPÍTULO 1 – DA HISTÓRIA DA LOUCURA AO MOVIMENTO
ANTIPSIQUIÁTRICO: O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO 8**

- 1.1 A loucura, a exclusão social e o médico 8
- 1.2 O movimento antipsiquiátrico 16
- 1.3 O surgimento do Acompanhamento Terapêutico no contexto da antipsiquiatria 23
 - 1.3.1 Acompanhamento Terapêutico: da América Latina ao Brasil..... 24
- 1.4 O Acompanhamento Terapêutico 29
 - 1.4.1 Uma reflexão acerca das expressões 29
 - 1.4.2 Os pressupostos do Acompanhamento Terapêutico 35
 - 1.4.3 Explorações sobre a Função do Acompanhamento Terapêutico 39

**CAPÍTULO 2 – O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM CRIANÇAS E
A INCLUSÃO ESCOLAR..... 45**

- 2.1 O surgimento do Acompanhamento Terapêutico com crianças..... 45
 - 2.1.1 Uma proposta interessante: *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne* 46
 - 2.1.2 A questão das crianças e a saúde mental no Brasil..... 53
 - 2.1.3 CPPL e Lugar de Vida: experiências brasileiras de instituições inclusivas 57
- 2.2 A Inclusão Escolar..... 62
 - 2.2.1 Uma reflexão sobre a importância da escola para a criança em sofrimento psíquico 63
 - 2.2.2 Os pressupostos da Inclusão Escolar..... 67
- 2.3 O Acompanhamento Terapêutico com crianças na Inclusão Escolar..... 77

CAPÍTULO 3 – SER ACOMPANHANTE TERAPÊUTICA: OS LAÇOS E OS NÓS DE UMA EXPERIÊNCIA DE VIDA	81
3.1 Na escola com Daniel	81
3.2 Acompanhando Mônica nas escolas.....	91
3.3 Algumas reflexões acerca do AT e da Inclusão Escolar: o entrelaçamento da teoria, com os documentos, com as experiências.....	112
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS.....	143

RESUMO

A vivência com crianças autistas, principalmente em atividade de Acompanhamento Terapêutico (AT), inspirou a realização deste estudo, que tem como proposta refletir sobre a função do AT na inclusão escolar dessas crianças. Em primeiro lugar, realiza-se breve resgate do contexto histórico de surgimento do AT. Em seguida, delinea-se o caminho percorrido pelo AT desde que surgiu na América Latina até sua chegada ao Brasil. Discute-se a respeito das expressões utilizadas para nomear a prática e são traçados os pressupostos nos quais se baseiam o presente trabalho, refletindo-se sobre a função do AT a partir de conceitos criados por Winnicott. Posteriormente, introduz-se o tema do AT com crianças e são apresentadas três instituições – uma estrangeira e duas brasileiras – importantes por trabalharem com princípios adotados na prática que motivou este estudo: *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, fundada na França, Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, em São Paulo e Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), em Recife. Introduz-se a questão da Inclusão Escolar e apresenta-se o tema do AT com crianças nesse contexto. Há o relato de duas experiências de AT com crianças autistas. Por fim, reflete-se sobre o AT e a Inclusão Escolar a partir da articulação entre seus pressupostos e as experiências relatadas. Discute-se a importância de o *at* acompanhar a criança autista na escola com uma postura de estar-junto, de oferecer uma presença afetiva. Esse acompanhar acaba por se estender a toda a rede que envolve a criança, com a qual o *at* estabelece laços que serão fundamentais para desfazer alguns nós que atam o processo de inclusão escolar.

PALAVRAS-CHAVE: movimento antipsiquiátrico, acompanhamento terapêutico, inclusão escolar, crianças autistas, escola inclusiva.

ABSTRACT

Experience with autistic children, mainly in Therapeutic Accompaniment (TA) activity, inspired this study, which has as purpose reflect on the TA function in the scholar inclusion of those children. Firstly, the TA's historical context of origin is carried out. After, the pathway through which TA has taken course from Latin America to Brasil is outlined. The dissertation discusses about the expressions used to designate this practice and the tenets on which this work is based are delineated, reflecting on the TA function built on Winnicott concepts. Later, the subject of TA with children is introduced and three institutions are presented – one foreigner and two brazilians –, importants for working with principles adopted in the practice that motivated this study: *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, established in France, Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, in São Paulo and Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), in Recife. The question of scholar inclusion is introduced and the subject of TA with children in this context is presented. Two TA experiences with autistic children are described. Finally, this study reflects on TA and scholar inclusion from the joint between its tenets and the told experiences. The importance of TA to accompany the autistic child at school with a position of being-together, offering an affective presence, is argued. This accompany ends being extended to all the net that involves the child, with which *ta* establishes bondings that will be crucial to undo some knots that tie the scholar inclusion process.

PALAVRAS-CHAVE: antipsychiatric movement, therapeutic accompaniment, scholar inclusion, autistic children, inclusive school.

APRESENTAÇÃO

*Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Como que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.*

(Fernando Pessoa, 1963, p.55)

A presente dissertação de mestrado é o resultado dos estudos que venho desenvolvendo desde o período da graduação em Psicologia. Esta trajetória se iniciou com meu ingresso no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da Universidade de Brasília. A equipe é composta por estudantes e profissionais pesquisadores, orientados pela Professora Doutora Maria Izabel Tafuri, a responsável por despertar meu interesse pela área da psicologia infantil, mais especificamente pelo autismo.

Desde então, realizei observações e registros de atendimento no CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da UnB), Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ e posteriormente atendimento psicoterápico de crianças que chegavam para nosso grupo

¹ Para fins práticos, a sigla AT será utilizada para indicar “Acompanhamento Terapêutico” e a sigla com letras minúsculas e em itálico *at* indicará a expressão “acompanhante terapêutico”.

de pesquisa apresentando quadro sintomatológico de autismo infantil. As observações, os registros e o AT resultaram em trabalhos de iniciação científica, que me propiciaram questionamentos e me instigaram a aprofundar as investigações. Não posso deixar de citar minhas vivências pessoais, presentes constantemente, como pano de fundo. Elas influenciaram diretamente o surgimento dessas indagações a respeito tanto das peculiaridades do encontro com as crianças quanto das formas de intervenção propostas para seu tratamento.

Dentre as atividades realizadas a que se fez mais presente durante minha formação foi o AT, trabalho que se iniciou de uma forma bem diferente da tradicional. Na maneira tradicional, em primeiro lugar o aluno se debruça sobre os livros, estuda a literatura a respeito do assunto para, então, munido dos conhecimentos teóricos, partir para a prática. Entretanto, os princípios adotados pela professora Maria Izabel Tafuri tornam o trabalho de AT bastante peculiar nesse sentido. Esperando que ela me desse todas as orientações possíveis acerca de qual bibliografia eu deveria ler, qual postura deveria adotar, que tipo de intervenção realizar, a única orientação que recebi antes de iniciar o primeiro contato como acompanhante terapêutica (*at*) foi de permanecer com a criança à maneira dela, tentando imitá-la no que ela estivesse fazendo e, ademais, fazer o que sentisse que deveria fazer. Isso, como já era previsto pela professora, me deixou um tanto quanto apreensiva e mesmo insegura, pois esperava adquirir certo conhecimento antes de assumir um trabalho de tamanha importância e responsabilidade. Porém, a professora estava segura de que essa era a melhor direção que poderia me oferecer, tendo como base o que vivenciou e aprendeu na *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, criada em 1969 na França.

O trabalho de AT que passei a realizar, envolvendo essencialmente a convivência com crianças autistas em ambientes diversos, despertou em mim diversos sentimentos, inclusive alguns que passavam por extremos opostos: expectativa, frustração, satisfação, impotência, angústia, prazer, raiva, contentamento, rotina, espanto. Por vários momentos, durante essa caminhada, me senti confusa. A única certeza que sempre tive é que esse trabalho me intriga bastante.

No contato com as crianças, nas supervisões clínicas e mesmo em análise pessoal, pude perceber o fato de o tema de pesquisa carregar algo de pessoal. Em determinada sessão de análise, vi-me relatando situações particulares em que só conseguia sentir uma dor profunda que tomava conta de mim, me impedindo principalmente de pensar sobre esse sentimento. Com sua escuta acolhedora, minha analista traduziu essa dor como “terror sem nome”, sentimento de fragmentação, de queda sem fim, etc. Foi assim que, na relação transferencial com a analista, sentimentos antes impensáveis foram nomeados. Só a partir daí foi possível me acalmar e refletir a respeito.

Não pude deixar de comparar essa sessão ao que eu lia na teoria e vivia com as crianças autistas. E logo me deparei com um fato que me tocou profundamente: se, para mim, que posso ao menos tentar colocar em palavras meus sentimentos, aquelas experiências eram intensamente dolorosas, como seria para uma criança que não tem essa possibilidade de expressar verbalmente o que está sentindo? Como seria para uma criança autista conviver com uma dor que ninguém pode acolher senão pela fala? Por mais que não possa utilizar a linguagem verbal, cada uma tem sua maneira de expressar. E eram essas formas de expressão de cada criança que eu tentava, cotidianamente,

captar. Mas, muitas das vezes, não as compreendia. E, na convivência com essas crianças, olhava à minha volta e não parecia haver ninguém disposto a compreender.

Ao desempenhar o trabalho de AT no ambiente educacional, comecei também a pensar sobre a essência da inclusão e das origens do AT. Isso me levou a refletir acerca do papel do *at*, da família, da sociedade e da própria escola na inclusão de crianças autistas e, inclusive, sobre a função desse trabalho em minha formação profissional.

Tendo essas reflexões como base, nesta investigação será atribuída maior importância ao AT que foi realizado como prática facilitadora de inclusão na escola de uma criança que apresentava quadro de autismo infantil e, no início do trabalho, possuía quatro anos de idade. Serão também apresentadas vinhetas de outros casos que foram expressivos para a construção e articulação do tema.

Contudo, antes de expor o surgimento do AT, torna-se necessário refletir sobre um acontecimento histórico que influenciou diretamente a necessidade de criação dessa nova modalidade terapêutica: o movimento antipsiquiátrico, que teve origem na Europa. A antipsiquiatria, por sua vez, veio em reação a uma condição histórica de tratamento (aqui estamos falando em dois sentidos da palavra tratamento: o tratamento social e o tratamento clínico) dispensado a pessoas que apresentam comprometimento psíquico. Nesse sentido, torna-se necessário discorrer sobre a história da exclusão social da loucura e sobre o movimento antipsiquiátrico para que assim seja possível compreender o que influenciou o surgimento do Acompanhamento Terapêutico. Vale ressaltar aqui que, apesar de loucura ser um termo delicado, a nomenclatura a ele relacionada – loucos, doença, doente mental, dentre outros – é utilizada neste trabalho por ser ainda empregada no campo da psicologia em função de sua condição histórica.

Dessa forma, a presente dissertação está organizada em três capítulos, além desta apresentação e das considerações finais.

O primeiro capítulo introduz o surgimento do Acompanhamento Terapêutico. Para tanto, resgato brevemente o percurso histórico que se inicia com observações sobre a loucura. Procuro refletir acerca da exclusão social da loucura e da construção da imagem de poder que o médico adquiriu ao longo do tempo. Quando a loucura foi descoberta, a conduta adotada com os ditos loucos foi a mesma utilizada até então com doentes, prostitutas, vadios, pais indignos, desempregados, etc.: mantinha-se os indivíduos que fugiam ao padrão em locais afastados dos demais com o objetivo de sustentar a ordem social. Com Pinel, a loucura ganha o atestado de doença, e passa a ser de propriedade dos médicos: nasce a Psiquiatria. Os loucos são então internados em hospitais psiquiátricos assim como os outros doentes, a fim de serem diagnosticados, tratados e, enfim, curados de sua moléstia pelos médicos, que detêm o conhecimento científico para tal. O movimento antipsiquiátrico vem em represália à idéia de que os loucos devem ser institucionalizados e à maneira como a loucura é enxergada pelos psiquiatras tradicionais. Nesse contexto da antipsiquiatria, na busca pela retirada dos loucos dos manicômios, surge um profissional que mais tarde dará origem ao trabalho de Acompanhamento Terapêutico, que chegou ao Brasil por intermédio de psicanalistas da América Latina, principalmente argentinos. Realizo uma reflexão acerca das expressões utilizadas ao longo do tempo para nomear o trabalho que hoje se chama Acompanhamento Terapêutico; transito pelos pressupostos do AT e apresento as minhas formulações em relação à função do AT.

O segundo capítulo inicia apresentando o surgimento do AT com crianças. O AT foi inicialmente realizado com adultos psicóticos, porém logo a técnica foi

expandida, sendo utilizada também com crianças em sofrimento psíquico. Apresento o caso da escola experimental de Bonneuil, criada por Maud Mannoni, que traz relevante contribuição para o presente trabalho, e que influenciou diretamente a criação de duas importantes instituições no Brasil: o Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem – CPPL, em Recife, e a Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, em São Paulo, com sua proposta de acompanhamento terapêutico realizada pelo Grupo Ponte. Nesse entremeio, reflito acerca da forma como, historicamente, foi tratado o tema da saúde mental da criança no Brasil. Ainda neste capítulo, abordo o assunto da Inclusão Escolar apresentando, inicialmente, pensamentos sobre a importância da escola para a criança em sofrimento psíquico grave. Posteriormente, descrevo pressupostos da Inclusão Escolar que, nesta dissertação, são baseados em declarações, diretrizes e legislação a respeito do tema. Nesse diálogo entre o AT e o processo inclusivo, trago à discussão a noção do trabalho de AT com crianças na Inclusão Escolar.

O terceiro capítulo é dedicado, inicialmente, ao relato das experiências de AT que tive a oportunidade de vivenciar. Exponho o caso de Daniel, a primeira criança com quem tive contato na clínica, inicialmente observando seus atendimentos no CAEP. Posteriormente, fiz observações na escola onde ele estudava, uma instituição particular, e realizei também um trabalho de AT. *Acompanhando Mônica nas escolas* é o caso clínico mais representativo do presente trabalho, em que descrevo uma longa trajetória de AT em escola particular, que continua em andamento. No momento seguinte, retomo os casos clínicos, acrescento trechos de dois outros casos – de Gustavo e Camila, crianças que estudam em escolas da rede pública de ensino – articulando-os a tudo o que foi exposto anteriormente na tentativa de compor uma reflexão sobre os laços e os nós dessa complicada trama que é o AT na Inclusão Escolar.

Por fim, nas considerações finais, procuro destacar os principais pontos desenvolvidos durante o trabalho, propor possíveis saídas para as problemáticas levantadas, bem como sugerir rumos para novos estudos na área.

CAPÍTULO 1
DA HISTÓRIA DA LOUCURA AO MOVIMENTO ANTIPSIQUIÁTRICO:
O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

1.1 A loucura, a exclusão social e o médico

*E fala aos constelados céus
De trás das mágoas e das grades
Talvez com sonhos como os meus...
Talvez, meu Deus!, com que verdades!
As grades de uma cela estreita
Separam-no de céu e terra...
Às grades mãos humanas deita
E com voz não humana berra...*

(Fernando Pessoa, 1963, p.94)

O objetivo desta dissertação é refletir sobre o AT na escola com crianças em grave sofrimento psíquico. Para isso optou-se por expor o percurso histórico do surgimento do AT, que se deu a partir do movimento antipsiquiátrico. Esse movimento, por sua vez, foi influenciado pela forma como foi construída a noção de loucura e o tratamento dispensado aos loucos. Na literatura existente hoje acerca do AT já é possível encontrar referências em que há um resgate aprofundado desta via histórica (Berger, Morettin e Neto, 1991 e Sereno, 1996). Dessa forma, vale ressaltar que o

intuito aqui é apenas pinçar alguns pontos desta longa trajetória considerados importantes para este trabalho.

Em relação à exclusão social, não poderia deixar de citar Michel Foucault em sua obra magistral *História da Loucura* (1972). O autor inicia seu livro discorrendo sobre a lepra, atribuindo ênfase ao desaparecimento da lepra do mundo ocidental ao final da Idade Média. Depois de longo tempo em que os portadores da doença foram segregados, sendo mantidos em leprosários, a moléstia foi se extinguindo, extinção essa que, segundo o autor, não era o efeito esperado pelos médicos e suas práticas obscuras:

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personalidade do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (Foucault, 1972, pp.5-6).

Dessa maneira, já no início de seu texto, Foucault (1972) apresenta o percurso originário da exclusão social. Da exclusão social dos leprosos, da exclusão social dos portadores de doenças venéreas, da exclusão social da loucura. Sim, séculos após a extinção da lepra, a loucura passou a ser a principal herdeira das estruturas que um dia

abrigaram – e isolaram – os que sofreram daquele mal. Herdou não apenas as estruturas físicas, mas também a estrutura da própria lógica da exclusão. Foucault afirma que comumente os jogos da exclusão ocorridos nos leprosários se reproduzirão, em sua essência, em outras épocas (dois, três séculos mais tarde). Em suas palavras:

Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (Foucault, 1972, pp.6-7).

Na segunda metade do século XVII, na França, loucos, prostitutas, vadios, blasfemos, pais indignos, desempregados, eram trancafiados indiscriminadamente no Hospital Geral, fundado por meio de um decreto em 1656. Essa foi a solução encontrada para “todos os que perturbam a ordem da razão” (Bosseur, 1976, pp.26-27). E esse é apenas um dentre os exemplos ocorridos na Europa.

Entre 1789 e 1799, à época da Revolução Francesa, Philippe Pinel (1745-1826) se destaca ao se opor à violência contra os loucos. Contudo, atesta que a loucura é doença mental e que, portanto, deve ser tratada como todas as outras doenças. Dessa forma, liberta os loucos com uma mão, porém os aprisiona novamente com a outra. Abreu (2007) afirma que a partir de então, do fim do século XVIII, o louco será livrado daquela indistinção (que o mantinha no mesmo grupo de tantos outros), como se

estivesse sendo elevado a uma condição privilegiada por possuir agora uma teoria própria. No entanto, continua prisioneiro, e essa tal teoria, segundo o autor, não atenuaria seu maior sofrimento. “A medicina mental nasce com uma tecnologia de poder que supõe tratar efeitos que ela mesma imporá – referimo-nos à institucionalização do louco e os instrumentos técnicos que operarão a sua subjetividade” (Abreu, 2007, pp.8-9).

Historicamente, foi atribuído ao médico um poder tal que ele se torna responsável por encontrar as causas e a cura de todas as doenças. E não é diferente no ramo da Medicina que nasceu no século XIX com o nome de Psiquiatria. No Século da Razão, o sofrimento psíquico então denominado loucura passou a ser considerado como perda da razão sendo, infelizmente, incluído na categoria doenças. Recebeu então, dentre outras, a dolorosa nomenclatura doença mental. O objetivo do tratamento desses doentes era devolver-lhes a razão.

Um dos marcos do estabelecimento da Psiquiatria como especialidade médica dedicada à loucura foi a definição do termo demência precoce, pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, entre 1892 e 1899. A forma nosográfica definitiva desse termo foi determinada por volta de 1908. Kraepelin acreditava que as doenças psiquiátricas eram causadas principalmente por desordens genéticas ou biológicas e essa visão rígida a respeito das origens do sofrimento mental persiste até hoje no meio psiquiátrico.

Em 1911, Eugène Bleuler publica livro no qual descreveu as esquizofrenias. A nova classificação psiquiátrica veio em oposição ao conceito anteriormente descrito por Kraepelin. Bosseur (1976) afirma que essa categoria surgiu no período em que “certo número de traços passou a definir de modo preciso a esquizofrenia: perturbações da

associação de idéias (dissociação, discordância), da afetividade (desestima, indiferença) e dos contatos com o mundo exterior (recusa de contato, autismo)” (p.27).

O autor lembra ainda que até o início da década de 50 os psiquiatras assistem, inertes, ao agravamento de seus pacientes nos manicômios, sendo que só depois passaram a surgir, esporadicamente, equipes psiquiátricas interessadas nesses doentes, fossem adultos hospitalizados ou crianças psicóticas. Até o final da década de 50 os esquizofrênicos eram excluídos, abandonados,

... confundidos com as paredes do manicômio, **encerrados em celas acolchoadas** quando se agitavam Outro infortúnio, para eles, era a barreira levantada entre eles e os outros; nenhuma referência teórica, ou muito poucas, que permita chegar-se a uma terapia eficaz. Freud condenara-os ao narcisismo e à regressão; Kraepelin, à demência evolutiva. Não só eram, material e fisicamente, pesos mortos na sociedade, cadáveres ambulantes a cargo das famílias ou de instituições de assistência, mas, além disso, **tal exclusão era duplicada pela impossibilidade reconhecida de comunicar com eles. Tinham-se tornado o incompreensível, o muro contra o qual esbarrava a ciência impotente** (Bosseur, 1976, pp.28-9, **negritos meus**).

Pinel tem grande importância histórica por ter chamado a atenção da sociedade para o cuidado dos ditos loucos. Porém, como afirmado anteriormente, apesar de tê-los

libertado da prisão, acabou aprisionando-os novamente. Inseridos no manicômio, esses indivíduos acabaram por serem resumidos a nomes de doenças mentais descobertas pelos grandes médicos. Nesse sentido, Basaglia (1980) afirma: “Depois de Pinel, se nós olharmos toda a história da psiquiatria, veremos que nela sobressaem nomes de grandes psiquiatras. No que se refere ao doente mental, só existem denominações ou rótulos, como histeria, esquizofrenia, mania, astenia, etc, etc...” (p. 13).

O juramento de Hipócrates (460-377 a.C.) é proferido até hoje por formandos no curso de Medicina em suas solenidades de formatura. Se prestarmos atenção no conteúdo do juramento, percebemos que o estudioso grego evidencia grande preocupação com o ser humano e com o compromisso ético no desempenho da profissão: não cita a palavra doença, e sim doente, o que aparentemente não faz diferença, mas é um detalhe fundamental, pois assinala que Hipócrates está falando de alguém, de um ser humano, e não apenas de algo. Também ele não aponta para a suposta detenção soberana da sabedoria pelos médicos.

Ronald Laing (1987), importante nome da antipsiquiatria, como veremos a seguir, assinala a importância de se ter consciência de que cada indivíduo se percebe e é percebido por outros de formas diferentes. O autor afirma que a forma como cada um se enxerga dentro de sua experiência deve ser valorizada para que não haja pré-julgamentos a respeito da pessoa. Em suas palavras:

... é preciso saber orientar-se como pessoa no esquema de coisas do outro em vez de vê-lo apenas como um objeto em nosso próprio mundo, isto é, dentro do sistema total de nossa própria

escala de referências. É preciso saber efetuar essa reorientação sem pré-julgar quem está certo ou errado (p. 24).

Entretanto, observa-se que a postura de pré-julgar e tratar o indivíduo como errado por ser portador de uma doença mental já estava presente nos primórdios da psiquiatria. Outrossim, ainda hoje parece prevalecer, na formação acadêmica do médico, essa posição ortodoxa de se tratar a doença e não o indivíduo por trás dos sintomas aparentes. É interessante notar como essas práticas contrariam – e muito – o próprio juramento de Hipócrates, mencionado acima.

Laing (1969) afirma que os psiquiatras seguidores do método de Bleuler agem dessa maneira e os critica por adotar tal postura. Bosseur (1976) demonstra concordar com Laing, afirmando que desde o início o psiquiatra tradicional considera a pessoa diante dele como um doente esquizofrênico. Segundo o autor, o comportamento do médico será definido por essa visão e será a partir desse a priori que o psiquiatra descobrirá os sinais da doença no doente (p. 29).

Silva (2005) apresenta uma visão interessante acerca do assunto. Ao mencionar a perspectiva de Foucault sobre a história da loucura, afirma que o médico faz a loucura se manifestar como verdade: “(...) é ele ainda que a domina e acalma. É o exercício da maestria sobre a loucura que funda uma nova disciplina, uma nova instituição e seu objeto, respectivamente: a Psiquiatria, o hospital psiquiátrico e a doença mental” (p. 85). Isso quer dizer que ao indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico – o doente mental, que é de responsabilidade do médico – não é atribuída capacidade de falar de si mesmo, por ter perdido a razão. Silva acrescenta:

O poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia e, inversamente, na maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Um questionamento possível acerca dessa ciência que funda a loucura, como doença, consiste também no fato de que aquele que dela sofre encontrasse desqualificado e despojado do poder e do saber sobre a mesma (p.85).

Retira-se então do sujeito a autonomia sobre si próprio, delegando-a ao médico e aos entes próximos. Além disso, ao próprio paciente que foi demitido do saber sobre si mesmo, resta encaixar-se no quadro patológico pré-estabelecido pelo médico. Mannoni (1973) afirma que no diagnóstico elaborado pelo médico raras vezes se leva em consideração as palavras ou as queixas do paciente, pelo contrário. Segundo a autora:

Mesmo que presentes na “observação médica”, elas são como que subtraídas ao que foi trazido para o encontro médico-paciente. As palavras do médico, na medida em que transformam a história do indivíduo num mito morto, tornam incoerente o depoimento do paciente, que procurará então exprimir-se no sintoma (p.24).

Basaglia (1979) alega que a história da psiquiatria não é a história dos doentes, e sim a história dos psiquiatras. O autor assevera: “Desde 1700 esse tipo de situação tem

amarrado indissolavelmente o doente ao seu médico, criando uma situação de dependência, da qual o doente não mais conseguiu se libertar” (p.14).

Acredito que o que deve ser ressaltado nesse contexto é, acima de tudo, a defesa da valorização do ser humano – assim como Hipócrates o fez com suas palavras transformadas em juramento – antes de se tentar definir quem é o doente e quem é que tem, ou melhor, se existe alguém detentor do poder de cura desse indivíduo. O que está em jogo é a vida de um ser humano; um ser humano que se encontra em sofrimento psíquico.

1.2 O movimento antipsiquiátrico

Com o intuito de explicar as origens do movimento da antipsiquiatria, Berger, Morettin e Neto (1991) utilizam uma abordagem sócio-política, apresentando um panorama histórico geral e associando fatores políticos que influenciaram seu surgimento na Europa e EUA. Os autores afirmam:

O movimento antipsiquiátrico se demarcara da psiquiatria organicista incluindo na discussão sobre a loucura seus aspectos psíquicos, sociais e políticos, buscando romper a sinonímia cuidado-exclusão. É o momento em que, na Inglaterra, Alemanha e EUA, surgiram as comunidades terapêuticas. Na França, do questionamento aos asilos surgiram a psiquiatria setorizada e a análise institucional. (...) Na Itália, Baságliá fará a

crítica da lógica da exclusão apontando com radicalidade que o enlouquecimento é um produto social (Berger et al., 1991, p.22).

Os autores alegam que as experiências na Europa relacionadas à antipsiquiatria e a conseqüente expansão do movimento para os países do terceiro mundo carregaram a força da denúncia: “Retirando a loucura do confinamento e explicitando as violências às quais os loucos são submetidos, instaura-se um movimento que vai questionar as relações até então estabelecidas com a loucura” (Berger et al., p.22). Coelho (2007), ao discorrer sobre o Movimento Antipsiquiátrico, explica que como mote desse movimento tem-se o protesto à institucionalização, que segrega socialmente os ditos loucos, e à idéia de que a figura do médico, no caso o psiquiatra, detém o poder de cura desses indivíduos. Em suas palavras:

O cuidado que é delegado à psiquiatria parece dizer respeito à necessidade de se criar meios de proteger a sociedade do ‘louco’. O agir psiquiátrico recebeu um estatuto de cuidado final e básico. (...) Portanto, sob o olhar médico, a loucura passa a ser deletéria por natureza, e, não se adaptando àquilo que a medicina considera ser saudável, passa a ser uma doença (Coelho, 2007, p.27).

O movimento da antipsiquiatria teve origem na Europa, principalmente na Inglaterra, Itália e França. Na literatura, encontramos diversas perspectivas a respeito desse tema.

Roudinesco (1990) nos explica que o movimento antipsiquiátrico iniciou na Inglaterra em 1959, com os psiquiatras Ronald Laing, Aaron Esterson e David Cooper, a partir, especialmente, da experiência com uma paciente chamada Mary Barnes. A autora afirma que, assim como para Freud com a descoberta da histeria e como para Lacan no caso da paranóia, essa mulher representou o papel ocupado por Anna O. no final do século 19 e por Aimée nos anos 1930. Aos 40 anos Barnes conheceu os três psiquiatras, Laing, Esterson e Cooper. Posteriormente foi, graças a eles, “curada de uma esquizofrenia incurável” (p.488, tradução minha), escreveu um livro relatando sua viagem e se tornou uma pintora reconhecida. Para os referidos profissionais, a “loucura tinha uma história porque ‘era’ uma história: a história de uma viagem, uma passagem, uma situação, e não uma doença” (Roudinesco, 1990, p.488, tradução minha).

Em 1960, Laing publica sua primeira obra – O Eu Dividido, que foi traduzida para o português em 1969. Seu livro surge num momento em que os investigadores contrários à ortodoxa herança psiquiátrica alemã – como ele – estão preocupados com a questão da esquizofrenia. Em sua prática, Laing passou a considerar as expressões e comunicações de seus pacientes para além dos sintomas de uma doença. Não as pensava como falha no ajuste social e biológico ou como perda do contato com a realidade; ele as percebia como descrições válidas de experiências vividas. Laing pôde enxergar os pacientes de outra forma, apontando para a primazia do sujeito por trás da esquizofrenia.

Cinco anos mais tarde, Laing e colaboradores transformam uma comunidade localizada em Londres, chamada Kingsley Hall, em comunidade terapêutica. Kingsley Hall havia sido fundada por duas irmãs enfermeiras em 1912, e inicialmente tratava-se de uma espécie de creche. Com o tempo, passou a realizar atividades para adultos, com o propósito de promover o desenvolvimento da pessoa como um todo: mente, corpo e

espírito, independente de classe social, raça ou religião. Em 1965, Laing e alguns colegas questionam as proprietárias sobre a possibilidade de utilizarem a instituição como comunidade para eles e algumas pessoas “no estado de psicose. Como resultado, Kingsley Hall tornou-se morada de um dos mais radicais experimentos em psicologia de todos os tempos” (Kingsley Hall, disponível em: <<http://www.kingsleyhall.freeuk.com/kingsleyhall.htm>>, tradução minha). Essa instituição tornou-se o símbolo de uma “genuína revolução antipsiquiátrica” (Roudinesco, 1990, p.490). Além disso, influenciou o surgimento de outras comunidades terapêuticas na Inglaterra e também foi palco de uma experiência que influenciou fortemente a criação da *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, na França, pela psicanalista Maud Mannoni.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia também é um dos grandes nomes do movimento antipsiquiátrico. *A Psiquiatria Alternativa – Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* publicado em 1979 é o primeiro livro que reúne suas idéias e relata brevemente sua trajetória. Basaglia foi professor de uma universidade por 13 anos e, em 1961, renunciou a carreira acadêmica por questões de incompatibilidade ideológica. Posteriormente, foi diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde aplicou transformações que se baseavam na idéia de devolver ao doente a dignidade de cidadão. Em 1971, Basaglia assumiu o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, no qual colocou em prática um projeto ousado de eliminar o manicômio e substituí-lo por “uma organização muito mais ágil para poder enfrentar a doença onde ela se produzia, onde nascia” (Basaglia, 1979, p.18). O projeto foi tão bem sucedido que, de 1101 pacientes internos em 1971, passou-se para 40 pacientes em 1979.

Um dos princípios fundamentais de Basaglia era a restituição da cidadania aos pacientes. Uma das formas que ele encontrou de realizar essa difícil tarefa foi envolver a sociedade em torno da questão da convivência com os ditos loucos. As dificuldades pelas quais passavam começaram a ser discutidas com a comunidade, que percebeu que muitos dos problemas eram comuns a todos. A partir disso, as pessoas puderam se identificar com os doentes, aproximando assim suas realidades. Sobre essas intervenções, ainda quando dirigia o hospital de Gorizia, Basaglia (1979) lembra:

Começamos, por exemplo, discutindo quando poderíamos dar alta a um paciente. A discussão não era mais entre nós, os médicos, mas com as pessoas do bairro onde o doente iria morar. Então o cidadão do bairro se dava conta de que as suas necessidades eram as mesmas do doente. Quando levantávamos o problema de dar alta a uma pessoa pobre que não tinha dinheiro, não tinha casa e nem família, muitas pessoas percebiam que estavam nessas mesmas condições: sua situação era igual à do doente mental. Começava assim a identificação entre o sadio e o doente e o início de uma integração do doente (p. 19).

Além de implicar a sociedade, mobilizando-a diante de uma problemática que também pertence a ela, a postura de Basaglia frente à questão da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos se estendeu à forma de se relacionar com os próprios internos. Essa atitude aparece em seu relato:

Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. (...) Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava [a pessoa doente]. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo de que nós como médicos que os tratamos também precisamos. Essa foi a nossa invenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades (Basaglia, 1979, p. 17).

Roger Gentis (1976) lembra uma história interessante, que o faz considerar a psicanalista Marguerite Sècheyhayé como a verdadeira fundadora da antipsiquiatria. Sècheyhayé (1950) escreveu um livro, *Diário de uma Esquizofrênica*, que possui duas partes principais: na primeira, a própria paciente descreve seus sintomas, sua relação com a psicoterapeuta e o sucesso da cura; na segunda parte do texto, a psicanalista acrescenta teoria e interpretação sobre o caso. Gentis afirma que esse texto é revolucionário para a literatura científica, pois nele, Sra. Sècheyhayé dá a palavra a sua paciente – a esquizofrênica. Ela habilita, dessa forma, o próprio sujeito a falar de si, postura completamente diferente da psiquiatria tradicional. Gentis (1976) assevera:

E é justamente isso o que fazem os antipsiquiatras: dão a palavra aos esquizofrênicos, aos delirantes, a todos aqueles cujo discurso

a psiquiatria se empenha em invalidar. A antipsiquiatria quer restituir-lhe a posição de sujeitos falantes e, para fazer com que o mundo os ouça, empresta-lhe primeiro sua voz, a fim de que possam ser ouvidos num mundo onde os meios de comunicação se encontram nas mãos de uma minoria, onde a produção ideológica está rigorosamente confinada a instituições que garantem a obediência conformista (p.14).

O autor lamenta, porém, o fato de a autora ter cometido o erro de publicar o livro em uma coleção científica, destinada a um público especializado. Assegura que, se na ocasião Sècheyay tivesse publicado o livro fora do meio psicanalítico, “talvez pudesse reclamar-se legitimamente o título de verdadeira fundadora da antipsiquiatria, relegando Cooper e seus amigos para a categoria de brilhantes seguidores” (Gentis, 1976, p.10).

Independentemente de quem tenha sido o verdadeiro fundador da antipsiquiatria, o importante é identificarmos que essas histórias – de Laing, Basaglia, Sècheyay – trazem em comum o fato de seus autores lutarem pelo resgate da dignidade do ser humano esquecido atrás de uma cortina de sintomas que, para alguns, o definem simplesmente como doente mental. Devolvem-no o direito de ser sujeito de suas próprias ações, preocupando-se também em trazer esse indivíduo de volta para o convívio em sociedade. Esses são princípios do movimento antipsiquiátrico, que uniu forças contra a segregação e a exclusão social – heranças da história e da Medicina.

1.3 O surgimento do Acompanhamento Terapêutico no contexto da antipsiquiatria

É no contexto do movimento antipsiquiátrico que o trabalho de AT encontra seus alicerces. Silva e Silva (2006) defendem que a invenção da prática do AT foi possibilitada a partir do surgimento do hospital-dia, dos psicofármacos, da comunidade terapêutica e do contexto da reforma psiquiátrica. Por essa linha de raciocínio, fica a impressão de que a soma desses fatores, isoladamente, gerou a necessidade de se instituir essa prática distinta.

Por outro lado, é importante considerar as inter-relações entre esses fatores, associando-os ao momento histórico mundial, como o fizeram Berger et al. (1991) e Coelho (2007). Na medida em que se acessa a literatura sobre o histórico do AT, percebe-se que é fundamental considerar a criação de hospitais-dia e de comunidades terapêuticas como consequência de acontecimentos históricos que, por sua vez, impulsionaram o movimento antipsiquiátrico, culminando na reforma psiquiátrica. Ou seja, avaliar o surgimento do AT como consequência de todo um processo cujas raízes histórico-políticas, incluíram mudanças no pensamento de líderes que se propuseram a modificar medidas adotadas até então em saúde mental. A construção de hospitais-dia e de comunidades terapêuticas foram, dessa forma, exemplos dessas novas ações.

Dito isso, agora busco resgatar o percurso das origens da prática do AT na América Latina até sua chegada ao Brasil.

1.3.1 Acompanhamento Terapêutico: da América Latina ao Brasil

Alvarenga (2006) aponta que desde a década de 60 houve modificações nas ações em Saúde Mental nos países da América Latina. A oficialização mesmo dessas mudanças só ocorreu no ano de 1990, por ocasião da *Conferência regional para reestruturação da atenção psiquiátrica*, na qual foi aprovado um projeto de reforma para a América Latina e o Caribe. Esse projeto se constituiu, em sua essência, a partir da demanda de implantação de alternativas terapêuticas à hospitalização de pacientes psiquiátricos, com um atendimento que garantisse a dignidade e o respeito aos direitos desses seres humanos, “assim como a necessidade de superar o hospital psiquiátrico e estabelecer modalidades de atenção alternativa na própria comunidade” (Alvarenga, 2006, p. 33).

Antes, porém, ainda no final dos anos 60, o AT já surgia na Argentina, a partir do trabalho que psicanalistas desenvolviam junto a instituições psiquiátricas. Berger et al. (1991) afirmam que nesse mesmo período foram formadas as primeiras comunidades terapêuticas no Brasil – em Porto Alegre, no Rio de Janeiro e em São Paulo. Na década de 70, psicanalistas argentinos imigraram ao Brasil em função de problemas decorrentes da ditadura militar instaurada em sua terra natal. Nessa época já existia um intercâmbio científico-cultural entre Argentina e Brasil. No entanto, fica claro que a situação política então vigente naquele país – os chamados anos de chumbo – foi determinante para uma inevitável intensificação do contato e das trocas entre os dois países.

Em sua dissertação de mestrado intitulada *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?*, Carvalho (2002) aponta que o AT surge no início dos anos 70 sob forte

influência argentina, sendo que duas tradições distintas, embora similares, fazem parte da genealogia do AT: o “amigo qualificado” e o “auxiliar-psiquiátrico” (p.17).

Segundo Santos, Motta e Dutra (2005), a primeira comunidade terapêutica brasileira a desenvolver trabalho semelhante ao que estava em andamento na Argentina foi a Clínica Pinel, em Porto Alegre. Esta clínica, fundada com inspiração nos moldes de comunidades terapêuticas americanas, possuía a figura do atendente psiquiátrico. Sua função era auxiliar os pacientes psiquiátricos internos:

O Atendente Psiquiátrico entrava em ação sempre que o caráter terapêutico da comunidade falhasse, ajudando o sujeito a participar da comunidade. Podemos pensar que essa era uma forma de reinserção, mas cuja ênfase clínica era a comunidade. A comunidade era pensada como fonte de relações saudáveis (Santos et al., 2005, p.499).

Berger et al. (1991), Barretto (1998), Carvalho, (2002), Coelho (2007) dentre outros citam como uma das comunidades terapêuticas pioneiras no Brasil a Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, que funcionou entre os anos de 1969 e 1976. Nesta clínica, de acordo com Ibrahim (1991), os funcionários, denominados auxiliares-psiquiátricos, trabalhavam no atendimento a pacientes com diagnóstico de psicose, participando ativamente do cotidiano deles: “Esse dinamismo das atividades diárias era altamente estimulado para restabelecer a iniciativa e a capacidade de realização que se mostravam embotadas pelo adoecimento” (p.44).

Dessa forma, percebe-se que estavam sendo adotadas práticas que valorizavam o ser humano por trás do quadro sintomatológico, o que conseqüentemente facilitava – e muito – sua reinserção social, ou seja, o fim do enclausuramento. Entretanto, no final da década de 70, no contexto da ditadura militar, passou-se a assistir ao fechamento das comunidades terapêuticas, o que representou um lamentável retrocesso no que se refere ao tratamento psiquiátrico no Brasil. Tornara a preponderar a institucionalização de pacientes psiquiátricos e a intensa utilização de psicofármacos e eletrochoques para contê-los, além da total falta de respeito com o ser humano que necessitava dos hospitais. Restabelecia-se, assim, “a velha figura do malfadado ‘leito psiquiátrico’, que tornava a ser uma excelente fonte de lucros dos velhos empresários da loucura” (Ibrahim, 1991, p.45).

Remanescentes do movimento que vinha simbolicamente derrubando os muros das instituições, os auxiliares-psiquiátricos, com a queda das comunidades terapêuticas, passaram então a ser requisitados para trabalhos particulares. Tornaram-se solicitados pelas famílias dos pacientes que não aceitaram o retorno à internação e apostaram no trabalho que aqueles profissionais vinham fazendo como uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional. Os profissionais eram chamados a freqüentar as residências dos pacientes.

Esse processo representou um marco na história da (anti-)psiquiatria. Era um trabalho com pacientes psiquiátricos que estava sendo exercido fora das instituições. Essa nova forma de atuação trouxe insegurança aos auxiliares-psiquiátricos, uma vez que não tinham mais o respaldo institucional tanto no que se refere à contenção que os muros ofereciam quanto à segurança sentida pela proximidade com a Enfermagem e a Medicina quando atuavam nos hospitais. Apesar desse sentimento de perda dos

alicerces de seu trabalho, ao auxiliar-psiquiátrico foi possível constituir novos fundamentos de atuação, o que na verdade representou um ganho importante. Se antes ele fazia parte de uma instituição que era referência, agora, ele mesmo, é a referência. Além disso, passa para uma posição privilegiada, na qual assiste e participa do cotidiano do seu paciente, “vivendo suas dificuldades, conhecendo seus valores, penetrando em seu universo familiar, enfim, aprofundando a relação acompanhante-acompanhado” (Ibrahim, 1991, p.45).

Nesse sentido, pode-se constatar, acima de tudo, o caráter humano que esse tipo de intervenção adquiriu desde seu nascimento. E talvez por esse motivo, em pouco tempo esse movimento se espalhou pelo Brasil, após o retorno ao modelo psiquiátrico tradicional. Ocorreu o processo de constituição de um trabalho com as funções que o auxiliar-psiquiátrico adquiriu, porém agora em outro contexto: fora do hospital psiquiátrico.

Em São Paulo, porém, o surgimento se deu de forma um pouco diferente. No final dos anos 70, um grupo de profissionais, após anos de pesquisas, resolve colocar em prática o projeto de fundar um espaço que oferecesse tratamento alternativo à psicose, marcado por um esforço contrário à internação. Fundam, então, o Hospital-Dia Instituto A Casa. A psicanalista argentina Beatriz Aguirre participou desse grupo e trouxe consigo a idéia de amigo qualificado, que passou a ser utilizada no instituto dois anos mais tarde (Barretto, 1998, p.20).

Carozzo (1991), um dos fundadores do hospital-dia, evidencia que o tratamento deveria progredir mantendo o paciente dentro de sua pertinência social. Para o autor isto levou, na prática, ao investimento em dois recursos que não estavam programados desde o começo, sendo que um deles foi o chamado amigo qualificado.

Ele afirma ainda que esse serviço passou a ser oferecido quando se constatou a demanda de estender a capacidade de continência que o hospital-dia oferecia para além do período em que funcionava (entre 9h e 17h).

Carrozzo acrescenta que após algum tempo a expressão – amigo qualificado – dava margem a confusões e não expressava claramente o que era feito. Eles então decidiram mudar o nome para acompanhante terapêutico, “termo não mais definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma ação, uma ação junto a outra pessoa: o acompanhar” (Carrozzo, 1991, p.32).

Apesar da divulgação da literatura acerca do AT ser ainda restrita, foi possível encontrar publicações recentes que nos apresentam relatos dessa prática nos diferentes estados do Brasil. Sem o objetivo de esgotar, mas apenas de exemplificar, eis algumas referências ao trabalho de AT que vem sendo realizado no Brasil: em São Paulo (Equipe de AT's do Instituto A Casa, 1997; Kupfer 2000), no Rio de Janeiro (Reis Neto, 1995; Araújo, 2006), em Ribeirão Preto (Pitiá, 2005), em Porto Alegre (Cavalheiro, 2000; Jerusalinsky, 2002; Palombini, 2007), em Brasília (Carvalho, 2002; Varella et al., 2006; Coelho, 2007), em Belo Horizonte (Generoso, 2002, citado por Alvarenga, 2006).

1.4 O Acompanhamento Terapêutico

1.4.1 Uma reflexão acerca das expressões

Aqui é necessário abrir um breve espaço para refletirmos acerca da evolução das nomenclaturas utilizadas ao longo do tempo para denominar profissionais que realizam funções, senão idênticas, ao menos semelhantes. Pois bem, aos agentes de saúde mental que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos na Argentina, ainda na década de 60, os psicanalistas atribuíram novas funções denominadas, em alguns locais, de auxiliares psiquiátricos e, em outros, de atendentes terapêuticos.

Com relação a essa questão, Ibrahim (1991) trouxe uma importante constatação a respeito do trabalho do auxiliar psiquiátrico. Para o autor, a idéia mais geral que fundamentava essa atividade partia do princípio de que uma pessoa em sofrimento psíquico teria necessidade de uma atenção intensiva e personalizada, tecnicamente preparada. Verificava-se a necessidade de algo para além dos cuidados físicos e do tratamento medicamentoso: “o auxiliar psiquiátrico de então, desenvolvia uma complexa atividade que se propunha a oferecer mais do que a tradicional função calcada no tripé: proteção-vigilância-contenção, que caracterizava as instituições clássicas da época” (Ibrahim, 1991, p.44). Ibrahim aponta que um acompanhamento mais criterioso dos pacientes se mostrava necessário. Um acompanhamento onde a relação afetiva interpessoal assumia importância capital. Mais tarde, a esses profissionais foi conferido o nome amigo qualificado.

As psicanalistas argentinas Mauer e Resnizky (1987) publicaram em 1985 na Argentina a primeira referência na literatura a respeito do tema, intitulado *Acompanhamento terapêutico e pacientes psicóticos*. Nesta obra, as autoras relatam experiências vividas no CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria) – comunidade terapêutica argentina coordenada pelo psiquiatra Dr. Eduardo Kalina. Nesse local, o nome atribuído aos profissionais que realizavam as funções citadas acima era amigo qualificado.

A obra de Mauer e Resnizky, publicada no Brasil em 1987, pode ser caracterizada, segundo Araújo (2005), um marco na área. Ao mesmo tempo em que apresenta o procedimento clínico, já acentua os problemas que carregam o nome amigo qualificado. Dessa forma, as autoras acabam por renomear a prática, batizando-a com a expressão Acompanhamento Terapêutico. E, ao atribuir o novo nome, já apresentam um primeiro esboço teórico a respeito do tema.

Araújo busca explicação para a criação da expressão amigo qualificado. Baseado em Oliveira (1995, citado por Araújo, 2005), o autor afirma que essa figura nasce “no contexto dos movimentos da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática” (Araújo, 2005, p.86). Ele acrescenta, ainda, que essas “abordagens enfatizam o caráter social, construído e relacional das doenças mentais, elaborando, assim, um tipo de conduta que não se baseava em um saber específico sobre a loucura nem em uma autoridade de intervenção de especialistas” (Idem, ibidem). A intenção parecia ser a de retirar do nome o significado que ele carrega de uma posição superior de conhecimento científico e de poder da figura do médico e também dos demais profissionais envolvidos no tratamento.

Porém, apesar de a expressão – amigo qualificado – ter resolvido o problema de um lado, por outro trouxera dificuldades, decorrentes da presença da palavra amigo. Fulgêncio Jr. (1991) nos conta que as primeiras experiências ocasionaram contradições e dificuldades:

Um paciente perguntava: ‘Você é mesmo o quê? Meu amigo credenciado?’

O termo utilizado para nomear o trabalho carregava uma mensagem ambígua e falsa: não se trata de amigo; e muito menos um ‘amigo qualificado’; como se fosse possível existir amigos qualificados e desqualificados! (p. 231).

O autor alega ainda que a nova expressão proposta por Mauer e Resnizky – Acompanhamento Terapêutico – atingiu tanto o objetivo inicial do nome anterior quanto o de não acarretar os problemas que o termo amigo representava na prática:

Uma denominação mais precisa poderia encontrar um nome que indicasse a proximidade do vínculo, a função acolhedora do trabalho, mantendo explícita uma diferença de lugares (sem que isto implicasse numa diferença hierárquica), e ainda, pudesse focar uma ação realizada não só ao nível do discurso. Escolheu-se o termo *acompanhante terapêutico* (Fulgêncio Jr., 1991, p.233, itálico do autor).

Araújo (2005) traz uma contribuição para a reflexão a respeito dos problemas com a expressão anterior:

a questão da amizade não surge no campo do acompanhamento terapêutico sem tensões. E, se nos perguntarmos por que, no desenrolar de sua história, houve a mudança de nome, logo veremos que o que entra em jogo é justamente a idéia de amigo e não o adjetivo qualificado, isto é, o amigo se torna uma noção problemática por não ser suficientemente qualificado, ou por não marcar logo de início a função clínica ou terapêutica dessa prática (p.85).

Constatamos a dificuldade de se nomear prática tão singular. Após tantos problemas com a expressão amigo qualificado, parece que enfim chegamos a uma expressão ideal: Acompanhamento Terapêutico. Será? Creio que seja necessário também refletirmos a respeito desse nome. Ele é composto por um substantivo masculino e um adjetivo. O substantivo, acompanhamento, deriva do verbo acompanhar que segundo o *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* (1975) possui, dentre outros, os seguintes significados: “**1.** Ir em companhia de; fazer companhia a; seguir. **2.** Estar associado a. **3.** Seguir a mesma direção de. **4.** Ir junto a; escoltar. **5.** Observar a marcha, a evolução de. **7.** Participar dos mesmos sentimentos de. **8.** Entender. **10.** Aliar, unir.” (p.28)

Bem, até aqui, o nome está de acordo com a atividade que realiza, que fundamentalmente é: ir em companhia, fazer companhia, seguir, ir junto, observar,

participar, entender, aliar, unir. Entretanto, a segunda palavra do nome – terapêutico – pode causar certo estranhamento em quem escuta. Parece que o problema de todas as expressões costuma predominar no adjetivo: psiquiátrico, qualificado, terapêutico. Segundo o mesmo dicionário, a palavra significa: “**1.** Relativo à terapêutica. **2.** Curativo, medicinal.” (pp. 1367-1368). O nome Acompanhamento Terapêutico acabou por fazer menção a uma finalidade curativa, médica.

Se formos mais além, podemos lembrar, assim como Fédida (1988), da origem grega do radical dessa palavra: *therapeía*, ou seja, o cuidado exercido pelo médico sobre *Eros* doente. Portanto, o objetivo de escapar da denotação médica no nome não foi atingido. Contudo, prefiro entender o adjetivo terapêutico assim como o próprio Fédida e Berlinck (2004):

O médico, como nos lembra Platão, está constantemente na relação com o amor porque as doenças físicas, em sua evolução, se apresentam como pathos, paixões amorosas. O médico cuida de *Eros* doente. *Therapeía*, em grego, é o cuidado exercido sobre *Eros* doente. O médico deve restabelecer o equilíbrio do corpo para que *Eros*, doente pelo excesso de amor, seja liberado desse excesso pelo amor que lhe traz o médico. Amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de *Eros*. (para.19)

Apesar de não estarmos aqui falando especificamente de profissionais da medicina, no AT estamos falando de uma relação que busca estabelecer um novo

equilíbrio na vida do acompanhado. Para concluir esta breve reflexão, nesse ponto, encontro em Abreu (2007) justas palavras para descrever a *terapia* do Acompanhamento Terapêutico, mesmo que na ocasião o autor tenha se referido à clínica tradicional:

Realmente, se esse encontro entre a criança em sofrimento e o terapeuta consegue escapar da relação de consumo e adaptação; se há um tempo reeditável pela presença vivificante do corpo em ato; então, as cenas da vida podem se abrir em significados originais. Até mesmo jamais encontrar um significado, hipótese na qual o vivido incluirá o *nonsense*, e quem sabe por igual produzirá um efeito libertador (...) nessa clínica, a terapia é a de se deixar repousar num turbilhão, sem ter de reduzir sua alma a qualquer conhecimento explícito (p.20).

Por fim, a partir das descrições acima, vale ressaltar que, apesar dos auxiliares psiquiátricos, atendentes terapêuticos e atendentes psiquiátricos terem sido precursores do procedimento clínico que chamamos hoje de AT, suas funções de certa forma diferiam do trabalho atual. Para Carvalho (2002), passar de auxiliar-psiquiátrico a acompanhante terapêutico “mais do que uma simples mudança de nomenclatura, refletiu mudanças nos profissionais e um incremento da complexidade da função” (p.18). Essa complexa modalidade de intervenção foi adquirindo diferentes formatos, seja de acordo com a demanda, ou de acordo com a fundamentação teórica presente no pano de fundo. Porém todos com uma característica em comum: a existência de alguém disponível,

presente, pronto para ir em companhia de; fazer companhia a; seguir a mesma direção de; ir junto a; participar dos mesmos sentimentos de; entender. Enfim, alguém disponível, presente, pronto para acompanhar.

1.4.2 Os pressupostos do Acompanhamento Terapêutico

Vimos que o AT surgiu, historicamente, no contexto da área da saúde mental, a partir do questionamento ao modelo manicomial, cujos princípios levam à segregação dos pacientes psicóticos. O movimento antipsiquiátrico veio então na luta pelo resgate da dignidade do ser humano, pela oferta ou devolução de um lugar na sociedade para esses indivíduos em sofrimento psíquico, pela sua (re)inserção social, o que seria possível retirando esses pacientes dos hospitais psiquiátricos. Ao longo desses anos, a prática foi sendo moldada, remodelada e expandida a diferentes casos e hoje se configura como uma importante ferramenta no tratamento de diversas formas de sofrimento, sejam psíquicos ou físicos.

Em princípio, a pessoa que se disponibilizava a estar junto ao paciente em suas atividades cotidianas fora da instituição acompanhava o paciente em locais como consultas médicas, odontológicas ou terapêuticas, atividades escolares, profissionais, familiares e de lazer (Barretto, 1997). Ou seja, inicialmente, a proposta desse trabalho partiu da necessidade de tirar os pacientes psicóticos da reclusão dos hospitais psiquiátricos, (re)inserindo-os no convívio social.

Martins (2003) aponta para a necessidade de se oferecer ao paciente em grave sofrimento psíquico ambientes diferenciados, para além das instituições terapêuticas e

familiares: “Torna-se saliente a importância da criação de espaços intermediários entre o hospital e o espaço doméstico familiar, tal como é buscado hoje pelos profissionais mais esclarecidos de saúde mental” (p. 274). O AT é uma modalidade que se encaixa justamente nessa proposta de intervenção.

Carvalho (2002), refletindo sobre essa questão, afirma que entre as características mais marcantes do AT estão “o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais pré-existentes” (p.12). O AT é uma modalidade de tratamento que extrapola os ambientes clínicos aos quais o paciente possa estar submetido – hospital, consultório psicológico, consultório médico – pelo fato de ser uma clínica que acontece no cotidiano, em diferentes ambientes e situações.

No que se refere à questão do *setting* do AT, Fulgêncio Jr. (1991) apresenta uma visão interessante:

O *setting* é uma garantia e uma necessidade para a realização do trabalho. Na prática do acompanhante, é evidente que o *setting* não está colado ao espaço físico: onde quer que estejam terapeuta-paciente, o *setting* está presente. A esta presença que percorre o espaço físico, a este campo denominou-se **setting ambulante** (p. 234, itálicos e negritos do autor).

O AT possui então seu espaço privilegiado de atuação, diferenciado da clínica tradicional e de extrema importância para a atualidade, por ser uma modalidade capaz de ultrapassar determinadas barreiras criadas pelas formas de constituição psíquica da

modernidade. Porém, justamente pelo trabalho de AT ocorrer nesse *setting* ambulante, a definição do enquadre do trabalho se torna delicada, levando os próprios *ats* a questionarem sua identidade como terapeutas. Barretto (2005) afirma:

Penso que se reconhecer terapeuta, ou melhor, reconhecer-se trabalhando é uma tarefa bastante árdua, que cada *at* tem de empreender. Tarefa árdua, porque no acompanhamento não existem tantos elementos externos invariáveis que se constituam em um enquadre claro e definido para se apoiar e ter uma garantia, mesmo que aparente, de que se trata de um trabalho. (p.30).

Além do questionamento sobre a própria identidade, a dificuldade de se estabelecer um enquadre também pode ocasionar a desqualificação do trabalho, como se fosse uma prática menos valorizada do que outras formas de intervenção. Safra (2006b) lembra que o AT, em seu percurso, já foi tratado como um dispositivo coadjuvante, sem importância. No entanto, nos chama a atenção para o valor que possui, na atualidade, uma intervenção como essa:

Na história do acompanhamento terapêutico observa-se que esta modalidade de intervenção clínica foi frequentemente tratada como uma abordagem meramente auxiliar, muitas vezes até mesmo desvalorizada. No entanto, em uma época em que as novas formas de subjetivação surgem pela ausência de um lugar

ético significativo que possibilite a constituição de si mesmo, ou pela solidão absoluta decorrente da ausência do rosto do Outro, o acompanhamento terapêutico mostra-se como a modalidade de atendimento clínico necessária para contemplar o sofrimento na atualidade (p.13).

É importante ressaltar que esta prática não tem por finalidade desconsiderar a efetividade do tradicional atendimento clínico. Ela tem o objetivo de extrapolar essa clínica, fugindo ao modelo institucional que acaba por privar seus usuários de um convívio social, configurando mais uma alternativa de intervenção no tratamento de pacientes em sofrimento psíquico. O convívio social, por sua vez, oferece a esse indivíduo uma nova oportunidade de constituição, agora a partir de um outro lugar que é construído entre ele e o acompanhante.

Além disso, é fundamental que esse novo lugar não parta do pressuposto de que o *at* possui um saber a respeito da doença do acompanhado, e por isso vai poder conduzi-lo à cura de seu sofrimento. Pelo contrário, o trabalho em que acreditamos tem como princípio a desconstrução dessa noção. Barretto (2005) coaduna com essa posição:

Quando comecei a trabalhar como acompanhante terapêutico, **o mais importante para mim era poder estar junto** a uma pessoa que tivera – ou estivesse atravessando – uma profunda crise psíquica. Não me interessava definir psicose, neurose, loucura, ou como classificar as manifestações da pessoa

acompanhada dentro de um quadro patológico. (p.31, negritos meus).

1.4.3 Explorações sobre a Função do Acompanhamento Terapêutico

Em pleno início do século XX, há pouco mais de cem anos, Freud talvez nem imaginasse que ao analisar sistematicamente a obra *Gradiva, uma fantasia pompeiana*, publicada em 1903 por Wilhelm Jensen, estaria registrando uma descrição a partir da qual podemos destacar um ensinamento valioso para a prática do AT. Em *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen* (Freud, 1907[1906]), encontramos um elemento fundamental para refletir sobre o AT. O personagem Norbert Hanold desenvolve um delírio acerca da escultura de nome *Gradiva*, descoberta em Pompéia, traçando uma relação inconsciente com Zoe Bertgang, uma amiga de infância de quem aparentemente não possui lembrança alguma. Sua “musa de infância” (Coutinho-Jorge, 1987) se apercebe da construção fantasiosa de Hanold, acompanhando-o em seu delírio e acaba, com essa postura, por ser a principal responsável por trazer o amigo de volta à realidade. Freud afirma: “Se a jovem, em cuja figura *Gradiva* tornou à vida, aceitou tão plenamente o delírio de Hanold, provavelmente fazia isso para libertá-lo dele. Não existia outro caminho para tal; contradizê-lo acabaria com todas as possibilidades” (p. 30).

Fédida (1988) comenta esse texto e afirma:

Ao longo de toda sua viagem ela [Zoe] o acompanhou sem jamais esposar seu delírio, sem nunca fundir-se com ele no imaginário. Falava-lhe em linguagem de duplo sentido: o sentido em que Zoe mostra entender que está na cena do delírio, e o sentido em que ela, Zoe, assinala a Norbert estar fora da cena (p.32).

Nesse sentido, a análise que Freud fez de *Gradiva* mostra que Zoe, com sua postura, propiciou as condições de cura de Norbert, na medida em que deixou tempo para que o delírio se encaminhasse, sendo o delírio a própria possibilidade de cura. Segundo Fédida (1988), é o único exemplo de tratamento bem sucedido apresentado por Freud, e, vale ressaltar, trata-se de uma ficção.

De qualquer maneira, desse breve exemplo encontrado na obra do pai da psicanálise, podemos identificar atitudes que muito se aproximam à prática do AT adotada pelo grupo do qual faço parte. Vale lembrar que o AT está inserido como prática em várias áreas e é realizado por profissionais de formações diversas que partem de diferentes referenciais teóricos para fundamentar sua atuação. Segundo Barretto (2006), dependendo do referencial teórico, têm-se propostas de intervenção diferentes.

No presente estudo, adoto dois conceitos desenvolvidos por Winnicott e que foram trabalhados por alguns autores brasileiros como Gilberto Safra e Kleber Barretto, auxiliando na compreensão e definição da prática clínica do AT a partir de uma perspectiva psicanalítica. Dentre os conceitos winnicottianos, privilegia-se nesse trabalho os de *placement* e *holding*, instituídos por Winnicott a partir da necessidade

que percebeu em alguns de seus pacientes de adotar intervenções psicanalíticas para além da interpretação.

O conceito de *placement* foi considerado fundamental na concepção de Winnicott sobre a constituição da subjetividade. Tanto que, no decorrer de sua obra, passou, inicialmente, de intervenção pertinente ao manejo para o *status* de modelo de intervenção clínica. Note que a palavra, escrita em inglês, deriva de *place*, que significa lugar: “No *placement* o que se busca é a possibilidade de o indivíduo ser colocado em uma situação que responda às suas necessidades para que possa ser acompanhado em seu tratamento” (Safra, 2006b, p.16). Para Winnicott, essa modalidade de intervenção tinha grande valor pelo fato de oferecer um lugar no qual fosse possível cuidar dos pacientes, pois sem isso eles permaneceriam degenerando em suas casas ou nos hospitais.

Segundo Safra (1998) o AT é um “procedimento clínico que se utiliza do cotidiano para se fazer as intervenções necessárias a fim de que se consiga constituir ou transformar aqueles aspectos da vida psíquica do paciente que precisam ser abordados”. Dessa forma, é exatamente – ou inexatamente – neste “lugar” que acontece o trabalho do AT: o cotidiano. Trata-se de um fator fundamental na constituição da subjetividade do indivíduo e ao qual, por sua condição de sofrimento, é como se tivesse perdido o direito de acesso.

O *at* possui, então, o papel de oferecer um lugar ao acompanhado; um lugar a partir do qual poderá emergir sua subjetividade, que foi aplacada por falhas ambientais em um período bastante primitivo de seu desenvolvimento. Safra (2006b) observa que em diferentes atendimentos realizados com acompanhamentos terapêuticos “ao lado da possibilidade de auxiliar os pacientes no estabelecimento de funções psíquicas e em seu

trânsito em meio à realidade compartilhada, o profissional lhe oferta um lugar ético constitutivo” (p.15).

Encontramos essa mesma característica no fiel escudeiro Sancho Pança, na clássica obra *Dom Quixote de La Mancha* de Cervantes. Barretto (2005) traçou um caminho belo e bem-humorado associando essa fascinante história à prática do AT e, utilizando como suporte a teoria de Winnicott, discute “as funções que o ambiente precisa fornecer para que uma pessoa se desenvolva” (Barretto, 2006). Barretto nos mostra a importância da função exercida por Sancho em determinados momentos das andanças com o herói Dom Quixote. Ele simplesmente é capaz de estar-junto e oferecer, quando necessário, acolhimento ao herói. Dom Quixote pode, assim, viver suas experiências delirantes necessitando, posteriormente, ser amparado para que possa integrar-se novamente. E Sancho, o pobre e humilde lavrador, sempre se apresenta lá, quando e onde seu grande herói necessita. O autor afirma:

A essa função exercida por escudeiros, mães, pais, *ats* e outros mais, Winnicott denominou *holding*. Para esse autor, a função de *holding* (ou sustentação, meu caro Sancho) é tudo que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de uma continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica (Barretto, 2005, p.60).

Estamos falando de outro elemento fundamental na constituição do sujeito: a presença do outro. Para Winnicott, não existe a possibilidade da emergência de um ser, de uma personalidade, se não houver alguém que seja esta presença, este Outro. Safra

(1998), ao refletir fundamentalmente sobre a condição humana, aponta para a importância do Outro na existência do ser: “As primeiras manifestações psíquicas do bebê só ganham forma, só ganham contorno pela presença de um outro”. O autor ainda afirma:

O Outro é fundamental na constituição de si mesmo, pois o homem sempre acontece em comunidade. Sendo um ente sempre aberto ao Outro, o ser humano é um acontecimento em comunidade. A comunidade tanto acolhe o aparecimento da pessoa, quanto lhe transmite os elementos disponíveis e necessários para que ela dê conta de sua existência (Safra, 2006, p.25).

Na prática do AT, como mencionado, é no cotidiano que se dá a possibilidade de encontro com o outro. Seja esse outro o próprio *at*, seja esse outro, outros. Muitas vezes, o paciente necessita que o *at* simplesmente – o que não é tão simples assim – o acompanhe em seu sofrimento. Barretto (2005) assinala:

Quando falamos em presença, mais facilmente tendemos a pensar no estar-junto fisicamente, mas este pode vir acompanhado de uma presença afetiva. Esta, tem a ver com a capacidade de uma pessoa estar em contato com as angústias do outro, através de uma atitude empática (p.61).

Diante de tudo o que foi exposto anteriormente acerca do que vem a ser o trabalho de AT, entende-se aqui que a função primordial dessa prática é a posição de “estar-junto” ao acompanhado à maneira dele e oferecendo uma presença afetiva. Essa postura fundamental é que irá possibilitar ao acompanhante estar sensível à necessidade do acompanhado, quando, como e onde ela se der. Só assim poderá ser ofertado ao acompanhado um lugar ético constitutivo de sua subjetividade.

CAPÍTULO 2
O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM CRIANÇAS
E A INCLUSÃO ESCOLAR

Entre todas as ações, as menos compreendidas são aquelas realizadas tendo em vista um propósito, sem dúvida porque elas foram sempre tidas como as mais fáceis de serem compreendidas e porque são, para a nossa consciência, as mais corriqueiras. Os maiores problemas se acham na rua.

Nietzsche (1881, p.78)

2.1 O surgimento do Acompanhamento Terapêutico com crianças

Apresentei anteriormente o histórico encontrado na literatura acerca da prática clínica à qual hoje damos o nome de Acompanhamento Terapêutico. Discuti conseqüências positivas do movimento antipsiquiátrico, como por exemplo, a retirada de pessoas do enclausuramento. No entanto, faz-se necessário, nesse momento, frisar que o objetivo da antipsiquiatria é ir muito além da simples extinção de hospitais psiquiátricos. Paralelamente a isso, é imprescindível se pensar em medidas alternativas pós-desinternação a serem tomadas em relação aos pacientes das instituições. Afinal, apesar das condições muitas vezes desumanas desses locais, para muitas pessoas eles

representam referência e moradia. O fim dos hospitais e asilos psiquiátricos está muito longe de significar que não haverá mais pacientes com necessidades de cuidado diferenciado. Tafuri (2006) lembra o caso da Itália, onde se tomou a medida de legislar pelo fim das instituições psiquiátricas, porém não se pensou de imediato nas vias alternativas de acolhimento dos pacientes:

... a lei italiana de supressão dos hospitais psiquiátricos teve conseqüências desastrosas na Itália. Suicídios, assassinatos, pauperização dos doentes mentais e aumento dos leitos em mais de 70% das clínicas particulares. Uma ação contestadora que rendeu um aprendizado: há de se oferecer aos pacientes psicóticos “estruturas de acolhimento” nas quais eles possam ser acolhidos, escutados, dando-lhes a possibilidade de “confiar em alguém” e de “arriscar a viver” (para. 5).

No caso de crianças, ressalta-se neste trabalho a necessidade de se encontrar alternativas ao modelo asilar antes mesmo que elas tenham que ser institucionalizadas.

2.1.1 Uma proposta interessante - *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*

Partindo da perspectiva mencionada acima, a psicanalista de origem francesa Maud Mannoni idealizou o projeto de uma escola experimental. Antes, porém, em 1967,

Mannoni já se dedicava ao estudo da psicose infantil, oportunidade em que foi à Inglaterra convidar Donald Winnicott a participar de um colóquio que aconteceria em Paris, no mês de outubro daquele ano. Diante das diferenças entre ele e Lacan, Winnicott gentilmente negou o convite, apesar de inclinado a aceitar. Na ocasião, o psicanalista inglês orientou Mannoni a procurar seus alunos, dentre eles, Ronald Laing. Foi então que Mannoni conheceu o Kingsley Hall e sua curiosa paciente, Mary Barnes, com quem teve uma experiência inusitada: Mannoni se depara com Barnes cobrindo as paredes de seu quarto com fezes. Entretanto, o que ela considerou ainda mais inusitado foi o comentário de Laing a respeito da “exibição fecal”: “Está um tanto bonito, mas algo em falta com cor” (Roudinesco, 1990, p.491, tradução minha). Mannoni viu que, mesmo se tratando de algo completamente incomum e até mesmo nojento, Laing encontrou naquela situação uma forma de valorizar a criação da paciente.

Dois anos mais tarde, em 1969, juntamente com outros psicanalistas, Mannoni criou a *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, na França. Sua proposta era oferecer uma alternativa ao modelo asilar a crianças afastadas do convívio social. Tafuri (2003), que estagiou por oito meses em Bonneuil nos anos 80, afirma: “Mannoni idealizara um ‘lugar de vida’ para as crianças excluídas da sociedade e do sistema tradicional de educação (autistas, psicóticas, débeis, ‘anoréxicas escolares’ e limítrofes)” (p.45).

Em Bonneuil, era oferecido às crianças ateliês de cerâmica, pintura, teatro, marionetes, expressão corporal, mímica, contos de fadas, canções populares, música, etc. e, em alguns casos, moradia, o chamado *lieu d'accueil* (Tafuri, 2003, p.49). Até aí, poderíamos pensar que se trata de um modelo institucional como tantos outros. No

entanto, Bonneuil possui uma estrutura bastante diferente dos moldes tradicionais. É uma instituição cuja principal proposta é exatamente fugir ao modelo institucional.

Um de seus diferenciais era que as crianças que lá residiam tinham acesso livre para participar de atividades fora do estabelecimento, nas quais eram acompanhadas por estagiários da própria instituição – podemos verificar aqui o nascimento de um trabalho de acompanhamento terapêutico com crianças. E mesmo as atividades ocorridas internamente não eram obrigatórias, eram de livre escolha dos residentes e as portas permaneciam destrancadas: era possível entrar e sair da sala sem qualquer restrição. Ou seja, os integrantes de Bonneuil tinham direito à livre circulação, dentro e fora da instituição. Essas e outras características é que permitiam à fundadora chamá-la de *institution éclatée* – instituição explodida:

... em vez de oferecer permanência, a estrutura da instituição oferece, sobre uma base de permanência, aberturas para o exterior, brechas de todos os gêneros (por exemplo, estadas fora da instituição). O que sobra: um lugar de recolhimento, um retiro; mas o essencial da vida desenrola-se em outra parte – num trabalho ou num projeto no exterior. Mediante essa oscilação de um lugar ao outro, poderá emergir um sujeito que se interrogue sobre o que quer (Mannoni, 1973, pp.79-80).

A noção de instituição estourada foi estabelecida por Mannoni segundo a sua própria compreensão psicanalítica do autismo e da psicose. No caso das crianças

autistas, elas se deparam, por exemplo, com a rigorosa restrição de não impedir os outros de viverem. Segundo Mannoni (1988):

Se os gritos de uma criança impedem as outras de ouvir o que dizem, pede-se-lhe que vá falar às pedras do jardim. ... E, portanto, é sempre a partir de um corte introduzido, de uma falta instaurada, que uma palavra vai poder nascer e a criança assumir figura humana (p.81).

Já com as crianças psicóticas, a alternância de lugares – escola, casa de família adotiva, família de origem, *lieu d'accueil* – permite que as crianças vivam a dialética de presença/ausência, para quem, segundo Kupfer (2000), “justamente a ‘noção’ de ausência, de falta, não foi estabelecida, e não pode por isso produzir seus efeitos estruturantes” (p.73). Essas são intervenções que quebram a estrutura patológica estabelecida, por exemplo, no meio familiar, permitindo, assim, a emergência do sujeito.

Outro aspecto fundamental instituído por Mannoni em Bonneuil era que pouco importava o conhecimento obtido a priori pelos estagiários que conviviam com as crianças; pelo contrário, era preferível que esse conhecimento não existisse. Mannoni comenta a importância desse desprendimento inicial do saber científico a partir do clássico caso de Victor de Aveyron, chamado também de menino-lobo ou de criança selvagem. Em 1801, o garoto foi encontrado aos 11 anos de idade vagando nu por um bosque no interior da França. Capturado por aldeões locais foi levado a Paris, onde foi observado por Pinel, que considerou Victor um idiota irrecuperável. Foi então encaminhado ao Dr. Jean Itard, jovem médico especialista em oligofrenia e surdo-

mudez, que fez uma observação interessante a respeito do garoto: enxergou a deficiência sob o aspecto da cultura, considerando-o normal quanto à natureza. O médico resolve então apostar nessa criança, levando-o para sua casa, e cuidando dele com a ajuda de sua governanta, a Madame Guérin. Mannoni (1973) reconhece o valor da postura de Itard, de “não ter recusado a incógnita da aventura clínica” (p.158). Contudo, aponta para a falha do médico em não se desvencilhar dos conhecimentos teóricos adquiridos por ele anteriormente e o compara à Madame Guérin:

... a mesma teoria que forneceu a Itard o eixo em torno do qual se ordena uma observação clínica, coloca-o, por outro lado, na impossibilidade de formular as verdadeiras questões. Sem competência teórica, Madame Guérin tem na prática uma atitude mais sensata e menos nociva; mas não se pode esperar dela uma observação utilizável. É finalmente Victor quem, nas falhas de sua reeducação, nos fornece a verdade do que escapa à construção teórica de Itard, dominada por uma ideologia “missionária” (p.159).

Vemos que Mannoni considera a postura de Mme. Guérin – justamente quem está livre do conhecimento científico – com Victor mais adequada do que a de Itard, apesar da governanta não ter a possibilidade de transformar suas vivências em formulações teóricas. A autora conclui: “O que Itard não soube fazer, foi – seguindo o que será o conselho de Charcot – submeter-se à sua própria experiência de Victor sem

qualquer idéia prévia, até que alguma coisa ganhasse sentido para ele nessa experiência” (Mannoni, 1973, p.159).

Dessa forma, vemos que Mannoni adotou como condição o fato dos estagiários não possuírem idéias prévias em Bonneuil. Quando lá chegavam, não eram apresentados aos profissionais por sua atribuição técnica. Tafuri (2003) revela: “o estagiário estava em Bonneuil para conviver com a criança, do modo dela, a partir da história de vida, da cultura e dos sentimentos trazidos pelo estagiário” (p.49). Sobre essa postura de simplesmente acompanhar a criança despojando-se de conhecimento apriorístico adotada em Bonneuil, Kupfer (2000) afirma:

O saber acadêmico é visto como deformante fator de resistência aposto na relação com as crianças. Dele precisamos nos desvestir, no entender de alguns, e parece ser com essa idéia que alguns permanentes com formação psicológica colocam seu saber na porta de Bonneuil e lá entram, por exemplo, apenas para cozinhar para as crianças. (pp.72-73).

Livre de qualquer especulação científica a respeito da criança, o estagiário buscava, no encontro com cada uma, formas de estar com ela. Acredito que esse método adotado por Mannoni em Bonneuil possibilita a todos, sejam profissionais ou comunidade, conviverem com as crianças de forma espontânea e criativa. E é nessa convivência que emerge a possibilidade de a criança ter outro lugar na sociedade, pois até então este lugar estava diretamente associado ao seu diagnóstico. Sobre isso, Mannoni (1988) afirma:

O sentimento que um indivíduo tem de seu lugar no mundo está igualmente vinculado ao modo como em sua vida contou ou não para outrem. ... Esse “contar para outrem” tem lugar no cenário da instituição, de um modo inteiramente repetitivo. A criança é levada a desempenhar sucessivamente o papel dos pais, de um irmão, de um amigo etc. e, no decorrer desses jogos, aparece de maneira muito clara a função ocupada pela ‘doença’ no campo do outro. ... é necessário igualmente agir de maneira que as crianças não se fixem nos papéis estabelecidos (p.79).

Tal prática parece coincidir com a proposta de Franco Basaglia e pode ser apontada como um dos princípios fundamentais do AT. Segundo Oliveira (1995, apud Araújo, 2005): “às vezes ele [Basaglia] parece propor um novo modelo de atendimento em saúde mental no qual os técnicos – médicos, analistas, etc. – fossem todos um pouco *acompanhantes*” (p.86). Araújo acrescenta:

essa intervenção proporcionada por pessoas, que a princípio não seriam especialistas da loucura, e sim que se colocariam em uma posição de interseção entre o saber e o campo social vai ganhar o nome, na Argentina e logo em seguida no Brasil, de “amigo qualificado” (Araújo, 2005, p.86).

Já observamos anteriormente que a nomenclatura amigo qualificado não permaneceu por muito tempo; estamos falando aqui da essência do trabalho, que é a difícil posição de “não-saber” em que se coloca o profissional, diante de um indivíduo em sofrimento psíquico.

Portanto, identificamos nesse modelo institucional explodido adotado na escola experimental criada por Mannoni elementos que constituirão a essência da prática do AT adotada pela equipe supervisionada pela professora Izabel Tafuri. Em primeiro lugar, poderia ser enfatizado o fato de Bonneuil ser uma alternativa ao clássico modelo institucional. Um local que, ao mesmo tempo em que acolhe crianças em sofrimento psíquico, oferece formas de convívio social que não seriam possíveis nas instituições tradicionais. Em segundo lugar, poderia ressaltar-se a noção de instituição explodida, que permite a livre circulação do paciente por ambientes diversos, ofertando-lhe um lugar que será fundamental no resgate de sua constituição psíquica. Por último, é importante destacar o ato de o profissional se despojar de seu conhecimento científico para simplesmente conviver com o paciente.

2.1.2 A questão das crianças e a saúde mental no Brasil

Mannoni (1973) cita Foucault quando se refere ao surgimento do conceito de *criança* no século XIX, o que fez, segundo a autora, ser desenvolvido um conhecimento teórico acerca da infância, distinguindo-a do mundo do adulto (p.149). A psicanalista afirma ainda:

Se a descoberta da criança constitui o grande acontecimento dos tempos modernos (provocando o aparecimento da instituição educacional), a da criança deficiente (e da instituição médico-pedagógica que a ela se consagra) constitui, como já vimos, o evento marcante da época contemporânea (p.156).

Ou seja, até o século XIX inexistia a distinção criança-adulto e, conseqüentemente, é como se inexistissem problemas de sofrimento psíquico em tenra idade. Dessa forma, sabe-se que a questão da saúde mental da criança é tema relativamente recente na história mundial.

E não é diferente no Brasil. A literatura e documentos oficiais do governo apontam para a histórica negligência do Estado em relação à saúde mental de crianças no Brasil. Relatório do Ministério da Saúde intitulado *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil* (Brasil, 2005), aponta que esta lacuna acabou por propiciar o surgimento de instituições filantrópicas e privadas de assistência à infância e à adolescência “com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas” (p.35). No Rio de Janeiro, por exemplo, levantamento realizado pela Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (ASM/SES) no início de 2000 mostrou que em aproximadamente 70% dos municípios a rede filantrópica (principalmente APAE e Pestalozzi) era empregada como alternativa principal – e muitas vezes exclusiva – para o atendimento do público infante-juvenil com alguma necessidade de cuidado na área da saúde mental (Couto, 2004, p.67).

O Instituto Pestalozzi foi fundado em 1926, no Rio Grande do Sul. Essa instituição é considerada a primeira no Brasil com atendimento especializado a crianças com deficiência mental. Segundo Cirino (2004), esses serviços e iniciativas dedicados às crianças “se pautavam fortemente na abordagem de uma deficiência a ser reparada, reproduzindo a exclusão e a segregação efetivadas com os adultos” (p.9).

O *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), que foi aprovado pela lei nº. 8.069 em 13 de julho de 1990, reforça e legisla especificamente sobre o que foi estabelecido na Constituição Federal acerca da infância e adolescência. Além de reafirmar o direito à proteção integral, os direitos fundamentais, o direito à educação, e o direito à convivência comunitária, o artigo 11 assevera:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

Segundo Couto (2004), a questão da saúde mental voltada para crianças e adolescentes é muito séria, uma vez que até pouco tempo o cenário de desassistência e descuido com esse público não constava das agendas de debates nem de propostas de políticas públicas. Nas palavras da autora: “... silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios mas capazes de ser tão nefastas como

se tivessem sido produzidas intra-muros” (p.62). Couto está falando da atual situação de inevitável consequência da exclusão social para as crianças que estão atravessadas por alguma forma de sofrimento psíquico. Sejam as crianças que fazem parte dos abrigos para deficientes, que, mesmo em nome do cuidado e da proteção, não deixam de ser “verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental” (p.63); sejam as crianças que, com diagnósticos como psicose e autismo, peregrinam à procura de atendimento porém sem sucesso; sejam as crianças incluídas em programas oficiais de saúde mental com a condição de serem diagnosticadas como portadoras de distúrbios de aprendizagem ou distúrbios de conduta. E a autora conclui seu raciocínio com a seguinte colocação: “Crianças e adolescentes vêm, assim, exibindo formas silenciosas mas efetivas de exclusão frente às quais não se podem mais postergar os enfrentamentos necessários” (p.63).

Em 2002, com a publicação da Portaria nº. 336/2002 pelo Ministério da Saúde, ficou estabelecida uma nova formatação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de forma que a partir de então passaram a existir os CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), que prestam serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes. Segundo Couto (2005), esses serviços ambulatoriais de atenção diária constituem ferramentas essenciais para uma reorganização da assistência a crianças e adolescentes. A autora afirma:

A estratégia de incluir no campo dos recursos assistenciais públicos um dispositivo de potência coletiva responde a uma dívida histórica do campo da saúde mental, qual seja,

responsabilizar-se pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves (p.71).

Nesse sentido, os CAPSi foram implantados como uma das respostas à demanda de assistência pública ao segmento infanto-juvenil.

Apenas em 2003, após a publicação também pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº. 1946/GM, é que finalmente foi criado o *Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, cujo objetivo é propor medidas para aperfeiçoar a assistência a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o Fórum se tornou a referência nacional na articulação de medidas para os serviços públicos destinados à atenção da infância e adolescência no âmbito da saúde mental. Conforme propõe Couto (2004), não podemos afirmar que ocorreu uma mudança, “mas é possível dizer que algo se move nesse cenário, e isso não será pouca coisa se pudermos extrair as conseqüências desse pequeno movimento” (p.72).

2.1.3 CPPL e Lugar de Vida: experiências brasileiras de instituições inclusivas

Apesar do cenário histórico não ser favorável, foram criadas instituições cuja preocupação principal era não repetir o modelo de exclusão social mencionado anteriormente. No Rio de Janeiro, o Instituto Pequeno Hans; em Porto Alegre o Centro Winnicott e o Centro Lydia Coriat; em Brasília o CEPAGIA (Centro de Estudo,

Pesquisa e Atendimento Global da Infância e Adolescência); em São Paulo a Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida; em Recife o CPPL (Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem), por exemplo, seguiram essa finalidade. A seguir, apresento brevemente os dois últimos centros, que nasceram a partir das idéias propostas por Mannoni em Bonneuil e cujos pressupostos, conseqüentemente, servem de referência para este trabalho.

O CPPL foi fundado nos anos 80 em Recife. O projeto comum do grupo idealizador deste centro era trabalhar com crianças autistas, numa perspectiva psicanalítica e institucional. Dentre os profissionais que atuam na instituição estão psicanalistas, psiquiatras, psicólogos, pedagogos (Cavalcanti & Rocha, 2001). Paulina Rocha, uma das fundadoras, relata:

Quando iniciamos nosso trabalho no CPPL, sabíamos das dificuldades com que freqüentemente se deparam aqueles que trabalham com crianças autistas e psicóticas. Não estávamos dispostos, por exemplo, a repetir soluções do tipo asilar: negar os conflitos, não escutar o que está sendo dito ao redor das crianças autistas (Rocha, 1997, p.17).

Dentre os objetivos do CPPL, estão: (1) Cuidar de crianças, adolescentes e adultos em sofrimento, para que encontrem novos modos de existência que lhes permitam viver melhor, de forma produtiva e criativa: (2) Assessorar organizações públicas e privadas nas áreas de saúde, educação e cidadania, em Pernambuco e demais estados do país, acompanhando processos de mudança e contribuindo para o

desenvolvimento de equipes produtivas e responsáveis; (3) Transmitir conhecimentos que possibilitem refletir e produzir sobre a prática, abrindo novas formas de pensar e agir (CPPL, disponível em: <<http://www.cppl.com.br/cppl/objetivos.php>>). Ao ler esses objetivos, constatamos a preocupação dessa instituição em, além de cuidar dos indivíduos em sofrimento, intervir também na sociedade, ou seja, expandir o conhecimento, não se limitando apenas ao atendimento clínico das crianças em tratamento. É importante frisar que o CPPL é um exemplo de instituição que nasceu fora do contexto de assistência pública em saúde mental.

A Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida, instalada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo desde 1991, foi idealizada com forte influência de Bonneuil, e tendo como modelo o CPPL que foi, segundo Kupfer (2000), sua “instituição-mãe” (p.85). A autora afirma: “A Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida é uma instituição de atendimento terapêutico e educacional para crianças com graves distúrbios” (Kupfer, 2000, p.84). As crianças freqüentam a instituição quatro vezes por semana, participando de atividades em grupo: jogo, educacional, recreação e ateliês de artes e de contar histórias. No Lugar de Vida se realiza, conforme Kupfer, “um trabalho prévio, anterior à escola, que busca colocar nossas crianças em condições mínimas de freqüentar uma escola. De nada adianta tentar impô-las a uma professora, estando ainda instáveis, agressivas” (Kupfer, 1996, citada por Colli & Amâncio, 2006, Título: De onde viemos, para.3).

As práticas clínico-teórico-educacionais do Lugar de Vida são sustentadas pelo que chamam de Educação Terapêutica, termo cunhado para denominar, segundo Kupfer (2000):

... um tipo de intervenção junto a crianças com problemas de desenvolvimento – psicóticas, crianças com traços autistas, pós-autistas e crianças com problemas orgânicos associados a falhas na constituição subjetiva –, é um conjunto de práticas interdisciplinares de tratamento, com especial ênfase nas práticas educacionais, que visa à retomada da estruturação psíquica interrompida pela eclosão da psicose infantil ou, ainda à sustentação do mínimo de sujeito que uma criança possa ter construído (p.83).

De início, segundo Colli & Amâncio (2006), Lugar de Vida não pensava em acolher o pedido das mães de que seus filhos frequentassem uma escola. Porém, com o tempo, passou-se a valorizar as atividades escolares e, num momento seguinte, percebeu-se – e as próprias crianças mostraram isso – a importância da escola regular para essas crianças.

As possibilidades de que elas aumentassem a circulação social, o repertório cognitivo e a posição na linguagem resultavam da ida à escola. E justamente para possibilitar essas travessias da instituição terapêutica para a instituição escolar que o Grupo Ponte foi criado, assumindo a inclusão escolar no caso a caso, na ordem do um a um (Colli & Amâncio, 2006).

Dessa maneira, o Grupo Ponte nasceu com o objetivo de “propiciar a inclusão e fazer o acompanhamento da escolarização das crianças em tratamento na Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida quando elas já têm condições de ingresso na escola regular” (Bastos, 2002, para.2).

Um dos trabalhos oferecidos pelo Grupo Ponte é a assessoria aos educadores das crianças que freqüentam o Lugar de Vida. Essa assessoria inclui visitas periódicas do profissional encarregado do acompanhamento às escolas e a possibilidade de os professores participarem das reuniões mensais que a equipe do Grupo Ponte destina a eles. Trata-se de um espaço de escuta que propicia aos professores compartilharem suas experiências e refletirem sobre sua prática. Os profissionais do grupo caracterizam o trabalho como escuta psicanalítica, baseada na hipótese de que essa prática faz parte de um campo que chamam de “clínica psicanalítica ampliada” (Bastos, 2002, para.23), uma vez que não se encaixa no tratamento psicanalítico padrão:

A possibilidade de falarem sobre essa criança, tanto de suas dificuldades em tê-la na sala de aula como de suas conquistas em integrá-la na escola, favorece o vínculo com esse grupo de trabalho, bem como a circulação discursiva entre os professores, o que possibilita que eles acompanhem o trabalho desenvolvido pelos colegas e, por conseguinte todo tipo de obstáculos enfrentados (Bastos, 2002, para. 45).

A partir dessas informações, é possível constatar que o trabalho realizado pelo Grupo Ponte busca abarcar todos os agentes que participam da vida da criança que se

encontra em sofrimento psíquico no seu processo de socialização. Veremos a importância desse processo incluir, de alguma forma, a passagem da criança pela escola. Nesse sentido, avalio que a proposta do Grupo Ponte se assemelha bastante ao trabalho realizado pela equipe do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da UnB.

2.2 A Inclusão Escolar

O princípio de que a educação é necessária a todos deve ser aplicado a qualquer indivíduo, independentemente de diferenças ou dificuldades. A seguir, realiza-se uma reflexão acerca da importância da escola para as crianças em sofrimento psíquico e, em seguida, uma compilação de diversos documentos oficiais, nacionais e internacionais, que asseveram a todos o direito à educação, que chamo de pressupostos da inclusão escolar. Uma vez que este trabalho trata especificamente da inclusão escolar de crianças com sintomas autísticos, atendo-me aos trechos em que se menciona a questão da educação relacionada principalmente a quem se denomina portadores de necessidades educacionais especiais. A expressão portador(es) de necessidades educacionais especiais permeará esse trabalho, não por preferência da autora, mas por ser a expressão utilizada no meio legislativo a respeito do tema inclusão escolar.

Apesar de tratar de um campo específico, acredita-se que este estudo contribuirá para uma gama de casos que esbarram na questão da inclusão escolar e até mesmo da inclusão social. As citações aqui apresentadas são evidências concretas de que ao insistirmos na importância de incluir todas as crianças nas escolas estamos

atendendo, antes de tudo, a uma necessidade humana, com conseqüências positivas a todos os envolvidos no processo.

2.2.1 Uma reflexão sobre a importância da escola para a criança em sofrimento psíquico

Não há como negar que a Educação é fundamental a todo ser humano. Além de ser importante ao desenvolvimento global do indivíduo, o ambiente educacional proporciona as primeiras experiências de convívio em grupo para uma criança. É um dos principais meios de inserção social. A Inclusão Escolar é o movimento que busca a efetivação desses princípios e os documentos acima relacionados são exemplos dessa tentativa.

Entretanto, quando se trata de uma criança em sofrimento psíquico é necessário analisar o lugar que a escola ocupa em sua vida, ou seja, a função que a escola exercerá no desenvolvimento da criança. Silveira & Neves (2006), baseadas nos ensinamentos de Vygotsky, afirmam ser consenso que o indivíduo com necessidades educacionais especiais é beneficiado das interações sociais e da cultura em que está inserido, “sendo que essas interações, se desenvolvidas de maneira adequada, serão propulsoras de mediações e conflitos necessários ao desenvolvimento pleno do indivíduo e à construção dos processos mentais superiores” (p. 79). Dessa forma, segundo essa perspectiva, o relacionamento com os outros se torna fundamental na constituição da subjetividade do indivíduo.

Alfredo Jerusalinsky foi um dos fundadores do Centro Lydia Coriat, criado em Porto Alegre no ano de 1978 sob influência do Centro “Dra. Lydia Coriat”, clínica de Buenos Aires direcionada para crianças e adolescentes. A instituição oferece diversas modalidades de atendimento clínico no campo psi, além de fonoaudiologia e fisioterapia. Como prática institucional, realiza orientação para educação inclusiva e assessoria a clínicas e escolas:

Conceitos transdisciplinares, surgidos numa experiência específica no campo terapêutico e educacional, situam cada ato clínico num sistema de interpretação que prioriza a estruturação do sujeito. Assim, cada especialidade não constitui um saber isolado, mas uma prática interdisciplinar endereçada ao diagnóstico e tratamento dos problemas do desenvolvimento da criança e do adolescente. Diferente da multiplicidade, a interdisciplina propõe uma recíproca integração dos pontos de vista que explicam um problema infantil e das diferentes estratégias clínicas, que tal diversidade coloca. (Centro Lydia Coriat, disponível em: <<http://www.lydiacoriat.com.br/quem.htm>>).

Com um viés psicanalítico, A. Jerusalinsky (1997, citado por Kupfer, 2000) ressalta a importância da escola no sentido de não ser socialmente um depósito, como os manicômios, e sim um lugar de circulação. Além disso, existe a noção de que a escola é uma instituição social normal, ou seja, por onde transitam indivíduos normais. Nas

palavras de A. Jerusalinsky (1997, citado por Kupfer, 2000): “... escola é coisa de criança, no final das contas se esses meninos e meninas têm problemas mas estão na escola, seus atos viram artes” (p.90). É como se o fato de estar freqüentando o ambiente educacional implicasse no direito de receber um atestado comprovando que aquele ser é uma criança.

Por outro lado, segundo o autor, torna-se demasiado difícil ensinar crianças que não desenvolveram a curiosidade, que se instala por meio de mecanismo psíquico que elas não tiveram oportunidade de constituir. Kupfer (2000) descreve uma experiência de integração de jovens deficientes no ensino obrigatório na Noruega, relatada em colóquio internacional, na qual foram realizadas tentativas de manter crianças autistas e psicóticas em classes regulares do ensino público. Essas investidas foram encerradas quando se verificou que “as escolas acabavam criando classes especiais, em que havia apenas uma criança – exatamente a psicótica ou a autista, com quem o convívio se tornara insuportável” (p.87). Diante disso, ainda segundo a autora: “há autores que defendem escolas próprias para as crianças psicóticas, sem que com isso esteja havendo alguma forma de segregação” (p.88). Nesse sentido, defende a existência de escolas específicas para psicóticos, em função de suas “condições de aprendizagem ou das aprendizagens dos psicóticos” (Kupfer, 2000, p.88).

Julieta Jerusalinsky (2002), também membro do Centro Lydia Coriat, coloca em pauta uma discussão interessante a respeito da inclusão escolar, apontando que esse movimento, que tem como um dos motes a Declaração de Salamanca (1994) com a máxima Escola para todos, representa sim um progresso político. Entretanto, para a autora, a prática nos leva a enfrentar problemas como “qual escola?” e “para quem?”, uma vez que no cotidiano são comuns os seguintes discursos de professores: “*Está há*

tempo no mesmo ano, não tem condições de seguir adiante e acompanhar os outros, então vai ficando"; *"Não se alfabetiza, então fica com as crianças menores. Mas, para a família, é importante que venha à escola"*; ou até *"Está aqui para ser feliz"* (J. Jerusalinsky, 2002, p.33). Portanto, conclui, é necessário atentarmos para a compatibilidade de determinada escola ao projeto que a família tem para sua criança "e também se o laço entre a escola e o pequeno paciente está efetivamente possibilitando sua aprendizagem. Quando estas questões se perdem de vista, a escola deixa de cumprir a sua justa função." (p.33).

A. Jerusalinsky (1997, citado por Kupfer, 2000), considera que há casos em que se recomenda a inclusão na escola regular de imediato, porém há outros em que não, ou seja, em que é preciso primeiro encontrar pontos de referência que mobilizem a curiosidade da criança, o seu desejo de aprender. O autor conclui que o importante é a criança frequentar o ambiente escolar, seja especial ou não, pois, de qualquer forma, como afirma Kupfer: "a escola pode contribuir para a retomada ou reordenação da estruturação perdida do sujeito" (Kupfer, 2000, p.90).

A partir do que foi exposto acima, constatamos a importância de toda criança estar frequentando uma escola, seja regular ou especial. É consenso entre os autores citados que a escola é um agente fundamental na constituição do sujeito, seja ela psíquica, social, emocional, cultural e até mesmo fisiológica. Esse consenso também pode ser verificado nos documentos que legislam e nos que direcionam a legislação a respeito do tema, como poderemos ver a seguir.

2.2.2 Os pressupostos da Inclusão Escolar

O Brasil é signatário da Assembléia Geral das Nações Unidas, ocorrida em 10 de dezembro de 1948 em Paris, da qual resultou a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Na ocasião, a Assembléia proclamou:

a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, **através do ensino e da educação**, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, negritos meus).

Mais adiante, o artigo 1º define: “Todos os seres humanos nascem livres e são iguais em dignidade e direitos”.

A *Declaração Mundial de Educação para Todos*, firmada em Jomtien, Tailândia, em 1990, reafirmou o direito de cada criança à educação, garantindo-o a todos, sem distinção de raça, etnia, gênero, religião ou classe social. Em 1994, ocorreu a *Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais: Acesso e Qualidade*

em Salamanca, Espanha, ocasião em que foi elaborada a *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Essa conferência foi considerada um marco, uma vez que o documento resultante dela oficializou o termo *inclusão* no âmbito educacional. O documento define também a expressão necessidades educacionais especiais como referente a todas aquelas crianças ou jovens cujas necessidades se originam em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem.

Os delegados da conferência registraram no documento o reconhecimento da urgência de se providenciar educação para crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do sistema regular de ensino. Além disso:

Acreditamos e Proclamamos que:

- toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas,
- sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades,
- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades,
- escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes

discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos ... (Declaração de Salamanca, 1994, p.1)

A Declaração de Salamanca também assegura:

Princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que elas possam ter. (Declaração de Salamanca, 1994, p.5, **negrito meu**).

Dessa forma, cabe às escolas inclusivas adaptar o currículo às necessidades das crianças, e não o inverso. Além disso, de acordo com as diferenças e limitações de cada uma, as crianças devem receber apoio instrucional adicional a partir do currículo regular ao invés de um currículo diferente, ou seja, devem ter a oportunidade de aprender seguindo um currículo adaptado. A escola deve:

reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, acomodando ambos os estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos, por meio de um currículo apropriado, de arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parceria com as comunidades (Declaração de Salamanca, 1994, p.5).

Em 5 de junho de 2001, o Congresso Internacional *Sociedade Inclusiva*, realizado em Montreal, Canadá, aprovou a *Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão*. Trata-se de um documento curto que tem por objetivo chamar a atenção de toda sociedade para a adoção de uma postura inclusiva em todos os ambientes, produtos e serviços, apontando que todos serão beneficiados por essa nova atitude. A seguir, alguns trechos desta Declaração, que foi traduzida do inglês para o português em 24 de setembro de 2001:

... O esforço rumo a uma sociedade inclusiva para todos é a essência do desenvolvimento social sustentável. ...

- Todos os setores da sociedade recebem benefícios da inclusão e são responsáveis pela promoção e pelo progresso do planejamento e desenho inclusivos. ...
- O Congresso urge para que os princípios do desenho inclusivo sejam incorporados nos currículos de todos os programas de educação e treinamento (Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão, 2001, pp. 1-2).

Vieira (2001) lembra: “Os principais direitos do homem são declarações e as garantias fundamentais representam os instrumentos necessários à efetivação deles” (p.16). Os Direitos e Garantias Fundamentais do cidadão estão descritos na *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988* (2005). O tema da educação aparece indiretamente durante todo o texto. Serão ressaltados aqui

três trechos considerados importantes. No início do documento temos, no Título II, Capítulo II - *Dos Direitos Sociais*, artigo 6º:

São direitos sociais a **educação**, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (2005, p.13, negrito meu).

No Título VIII (*Da Ordem Social*), Capítulo III – *Da educação, da cultura e do desporto*, artigos 205 a 214, o artigo 208 assinala: “O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: (...) III- atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (2005, p.149).

Por fim, ainda no Título VIII, Capítulo VII – *Da família, da criança, do adolescente e do idoso*, o artigo 227 assevera:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (idem, p.159, negritos meus).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tratado internacional da ONU, é um documento de extrema relevância pois é equivalente a uma Emenda Constitucional, ou seja, tem força de Constituição. Ele foi aprovado definitivamente em julho de 2008, por unanimidade, no Senado Federal, por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008. Um dos artigos deste decreto é dedicado exclusivamente ao tema da Educação, e dentre outras coisas, estabelece:

1. Estados Parte reconhecerão o direito de todas as pessoas com deficiência à educação. Com vistas na efetivação desse direito sem discriminação e com oportunidades iguais; Estados Parte assegurarão um sistema de educação inclusiva em todos os níveis, e aprendizagem ao longo da vida ...
2. Em realizando esse direito, Estados Parte assegurarão:
 - (a) Que as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema geral de educação em razão de sua deficiência, e que crianças com deficiência não sejam excluídas de educação primária e secundária gratuita e compulsória em razão de sua deficiência;
 - (b) Que as pessoas com deficiência tenham acesso à educação inclusiva, de qualidade e gratuita, primária e secundária, em iguais bases com os outros, na comunidade onde vive;
 - (c) Adaptações adequadas para as suas necessidades individuais requeridas;

(d) Que pessoas com deficiência recebam o suporte necessário, dentro do sistema geral de educação, para facilitar sua educação efetiva (Decreto n. 186/2008, 9 de julho, art. 24).

Nesse contexto, entende-se por educação inclusiva o processo de inclusão dos alunos portadores de necessidades especiais ou de distúrbios de aprendizagem na rede comum de ensino em todos os seus graus.

No Brasil, as diretrizes para a educação especial na educação básica foram propostas pelo Parecer CNE/CEB 17/2001, publicado pelo Ministério da Educação, que dispôs sobre a organização dos sistemas de ensino para o atendimento dos alunos que apresentam necessidades educacionais especiais. Tal documento tem como ponto de partida a necessidade de regulamentação das ações referentes a esses alunos e para tanto retoma a Constituição, Leis, Decretos, Portarias e Declarações que se referem à educação de pessoas com necessidades especiais, publicados anteriormente. O documento toma a inclusão como meta e propõe linhas de construção da inclusão em diversos âmbitos. Apresenta ainda um trecho muito interessante a respeito da forma de se lidar com necessidades educacionais especiais:

... trata-se de um conceito amplo: em vez de focalizar a deficiência da pessoa, enfatiza o ensino e a escola, bem como as formas e condições de aprendizagem; em vez de procurar, no aluno, a origem de um problema, define-se pelo tipo de resposta educativa e de recursos e apoios que a escola deve proporcionar-

Ihe para que obtenha sucesso escolar; por fim, em vez de pressupor que o aluno deva ajustar-se a padrões de “normalidade” para aprender, aponta para a escola o desafio de ajustar-se para atender à diversidade de seus alunos. (Parecer CNE/CEB n. 17, 2001, p.15)

Ainda com o intuito de garantir os direitos dos portadores de necessidades educacionais especiais, foram aprovadas as seguintes leis e decreto:

- Lei nº. 7.853/89 – Dispõe sobre apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

- Lei nº. 8.069/90 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
“A criança e o adolescente portadores de deficiências receberão atendimento especializado” (§ 1º do Artigo 2º)

- Lei nº 9.394/96 – Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional
- Decreto nº. 3.298/99 - Regulamenta a Lei nº. 7.853/89
- Lei nº. 10.172/01 – Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências

- Lei nº. 10.216/01 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

Há dados interessantes a respeito do tema da inclusão escolar no relatório resultante da Oficina “Educação Inclusiva no Brasil – Diagnóstico atual e desafios para o futuro”, ocorrida em março de 2003. O documento foi intitulado *Panorama Nacional da Educação Inclusiva no Brasil* e é uma compilação de relatos de diversos participantes do encontro, dividido por estados da Federação, realizado a pedido do Banco Mundial. Segundo o relatório:

a Educação Especial no DF conta com um órgão responsável e usa como legislação a resolução 02/98, por meio da qual estão declaradas as diretrizes da Educação Especial na Educação Básica e orientações pedagógicas das diversas áreas de conhecimento – deficiências auditiva, visual, mental, física e múltiplas. As políticas públicas da capital para inclusão de alunos com deficiências são norteadas pela Constituição Federal, pela Lei Orgânica do DF, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Infantil. A rede de ensino do DF é composta por 592 escolas regulares, 13 especiais e 57 inclusivas. Desse total, apenas 06 oferecem acesso físico para usuários de cadeiras de rodas ou com dificuldade de locomoção. Estão matriculados 449.379 alunos dito normais e 6.380 com necessidades especiais de ensino. Do total de alunos especiais, 2.350 estão na Educação Infantil, 3.700 no Ensino Fundamental e 330 no Ensino Médio. No DF, é mais comum a prática de turmas comuns com apoio da

Educação Especial e de classes especiais. Há ainda escolas especiais na rede de ensino e instituições conveniadas. Na tarefa de inclusão de alunos com necessidades especiais, o DF conta com cerca de mil professores capacitados. A formação desses profissionais é feita em parceria com a UnB e outras instituições afins. (Glat et al., 2003, p.25)

Antes de legislação, porém, os mentores, no DF, da exigência de se oferecer atendimento educacional efetivo para alunos com necessidades especiais, mais especificamente para crianças autistas, foram os pais de crianças que formaram o grupo ASTECA (Associação Terapêutica Educacional para Crianças Autistas), que teve início em 1987. Na ocasião, estabeleceu-se um convênio entre a associação e a Fundação Educacional do Distrito Federal – FEDF, que estabelecia assistência educacional especializada para as crianças autistas. O convênio acabou por atender um número limitado de pessoas, entretanto configurou uma iniciativa pioneira em ações desse tipo e serviu de exemplo para movimentações posteriores.

Anos mais tarde, foi aprovada a Lei Distrital n°. 3.218, de cinco de novembro de 2003 que “dispõe sobre a universalização da Educação Inclusiva nas escolas da rede pública de ensino do Distrito Federal, e dá outras providências”. Atualmente, na rede pública de ensino do DF a inclusão escolar se dá por etapas, portanto o portador de necessidades educacionais especiais que se matricula em uma escola pública inicia seus estudos num Centro de Ensino Especial, para depois passar para a Sala Especial em Centro de Ensino Regular, seguindo para Sala de Recursos em Centro de Ensino Regular. Apenas depois dessas etapas é que ingressará na Classe Comum em Centro de

Ensino Regular. Já na rede de ensino particular não há um padrão de atendimento aos alunos com necessidades especiais.

2.3 O Acompanhamento Terapêutico com crianças na Inclusão Escolar

Com o tempo, o AT passou a ser indicado como auxílio no tratamento de pacientes com outros diagnósticos (Carvalho, 2002). Além disso, não só de pacientes adultos, mas também de crianças com sintomas de sofrimento psíquico grave (Barretto, 2006). Na literatura sobre AT, encontramos referências à extensão dessa prática para crianças em Mauer & Resnizky (1987), Cenamo, Silva e Barretto (1991), Cenamo e Cagna (1991), Berger (1997), Farah (1997), Mauer & Resnizky (2005).

Cenamo et al. (1991), por exemplo, discutem a possibilidade de utilização do AT com pacientes não psicóticos, a partir da experiência com uma criança não psicótica. A partir de uma queixa escolar, a criança foi avaliada e encaminhada para psicoterapia, o que foi recusado por ela própria. Na ocasião, o AT foi indicado como um trabalho temporário, “que seria como um estágio de transição para que depois Júlia aceitasse a psicoterapia” (p.192). O AT foi realizado e os autores concluem que a possibilidade de utilizar esse dispositivo nesse caso foi muito válida, visto que foi possível detectar os nítidos avanços da criança diante da problemática emocional apresentada por ela no início. Barretto (2006) comenta sobre a responsabilidade dos profissionais da área ficarem atentos aos casos que não são de crise grave, mas para os quais a recomendação não é o trabalho em consultório, e sim o AT. Isso, segundo o autor, é fundamental para a

possibilidade de ampliar o campo de atuação, evitando assim limitar a prática do AT a pessoas em situação de crise intensa.

Cabe salientar que existe uma diferença importante entre adultos e crianças no que se refere à forma de intervenção. Os adultos, segundo Antonucci (1994), “em sua maioria tiveram um desenvolvimento pelo menos aparentemente normal, apresentando um conjunto de valores e condutas aprendidos socialmente e até então adequados à cultura” (p.550), até que por algum motivo tiveram uma ruptura do contato com a realidade, regredindo a estágios primitivos do desenvolvimento. Nesse caso, portanto, o foco é a ressocialização, a reestruturação, a reconstituição da personalidade. Por outro lado, quando falamos em crianças, devemos lembrar que se trata de um ser em desenvolvimento. Sua personalidade se encontra em processo de estruturação, por isso não há que se falar em ressocialização, e sim, em inserção social; não há reconstituição ou reestruturação, pois a personalidade ainda necessita ser constituída. No caso específico de crianças que apresentam indícios de grave sofrimento psíquico, houve de alguma forma uma interrupção em seu desenvolvimento, e as intervenções terapêuticas são aplicadas no sentido de promover essa constituição que, por algum motivo, foi bloqueada.

A partir de observações realizadas em um hospital-dia entre os anos de 1983 e 1992, Antonucci (1994) constatou que muitas crianças submetidas à modalidade de AT (associado ou não a outros tratamentos), durante períodos de um a dois anos, apresentaram evolução expressiva no contato afetivo e nas condutas sociais, comparando-as com a condição em que se encontravam antes do tratamento.

O amadurecimento, nas últimas décadas, da discussão acerca da exclusão propiciou condições para o desenvolvimento de políticas públicas visando a inclusão

social de indivíduos considerados à margem da sociedade por possuírem alguma dificuldade e/ou necessidade específica. Esse movimento resultou na elaboração dos documentos citados anteriormente – declarações, planos, decretos, leis.

No caso específico da inclusão escolar, uma das formas encontradas pelas instituições de ensino de corresponder a essa demanda de acolher alunos ditos portadores de necessidades educacionais especiais foi a inserção do *at* em sala de aula.

Como mencionado acima, o termo AT surgiu, inicialmente, para dar nome a uma prática exercida nas ruas, fora de qualquer instituição, cuja função é devolver a vida social aos pacientes em grave sofrimento psíquico que até então permaneciam trancafiados e isolados do restante do mundo. Entretanto, segundo Gavioli, Ranoya e Abbamonte (2001), o AT

... tem sido um termo utilizado, por empréstimo, para identificar esta prática na escola. O empréstimo do termo pode ser entendido pela função que o acompanhante possui em escutar, dar voz e encaminhar in locus, as construções particulares que os sujeitos encontram como saídas possíveis para as diversas problemáticas que enfrentam no laço social (Título: Acompanhamento terapêutico: o acompanhamento ao aluno, para.1).

No Distrito Federal, esse processo vem ocorrendo tanto em escolas da rede pública de ensino, onde a inclusão é obrigatória, conforme normatiza a lei n. 3.218, como da rede privada. Nesta vem-se constatando, ultimamente, que a presença do *at* é

uma prática cada vez mais usual. Entretanto, o fato de estar se tornando mais comum não tem garantido que esse trabalho tenha seus objetivos e funções definidos.

Dessa forma, os alunos são matriculados nas classes de ensino regular com a condição de que seja contratado um estagiário ou profissional que exerça a função de auxiliar a inclusão escolar da criança. O estagiário ou profissional pode receber o nome de acompanhante terapêutico, auxiliar pedagógico, acompanhante pedagógico, acompanhante educacional, dentre outros. Os custos do trabalho geralmente ficam a cargo dos pais.

A proposta de aplicação desta modalidade de intervenção – o AT – no contexto do processo de inclusão escolar em questão partiu do princípio de que se trata de um trabalho que pode se adequar ao que foi colocado pelos documentos oficiais que dispuseram sobre o tema, pois, com uma forma de atuação específica, corresponde aos pressupostos da inclusão escolar.

CAPÍTULO 3

SER ACOMPANHANTE TERAPÊUTICA:

OS LAÇOS E OS NÓS DE UMA EXPERIÊNCIA DE VIDA

Uma pessoa comum maravilha-se com coisas incomuns; um sábio maravilha-se com o corriqueiro.

Confúcio (século IV a.C.)

3.1 Na escola com Daniel²

Daniel foi a primeira criança com que tive contato desde meu ingresso no grupo do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise na UnB. É um garoto atualmente com oito anos de idade, diagnosticado como autista aos três. Meu percurso com essa criança durou mais de quatro anos, desde observação e registro de seu atendimento psicoterápico, até realização do trabalho de Acompanhamento Terapêutico. Para fins de elucidação, os trabalhos desenvolvidos com Daniel aconteceram nos seguintes contextos: no CAEP e na atividade de equoterapia no primeiro semestre de 2004; no ambiente escolar no segundo semestre do mesmo ano; em sua casa e na rua, a partir de novembro de 2004 até julho de 2008. No presente estudo, darei maior atenção à breve

² Nome fictício

experiência que tive com Daniel em sua escola, e citarei outras passagens que forem importantes para a compreensão do caso.

Daniel, então com três anos de idade, foi encaminhado em fevereiro de 2004 ao CAEP com o diagnóstico anterior de síndrome do autismo. Passou por uma avaliação, realizada pela professora Izabel Tafuri, que detectou a presença de sintomas autísticos como um mecanismo de defesa, indicando uma inibição afetiva, mas que não configuravam a existência da síndrome do Autismo Infantil Precoce de Kanner (Kanner, 1943/1997). Os sintomas autísticos apresentados por Daniel eram: ausência de fala e de expressão, isolamento, ausência de angústia de separação dos pais, comportamentos estereotipados (sacudir as mãos, olhar periférico), não direcionava o olhar para as pessoas, não aceitava comidas sólidas nem de sal, emitia sons metálicos, e não aceitava o contato corporal. Não caberá aqui entrar em detalhes acerca da questão do autismo. O entendimento do nosso grupo de pesquisa a respeito do assunto pode ser encontrado em Tafuri (2003), Fonseca (2005), Abreu (2007), Benjamin (2007), Januário (2008).

A partir de então, foi encaminhado para atendimento psicoterápico na frequência de duas vezes por semana por uma psicóloga que havia iniciado o mestrado sob orientação da professora Izabel Tafuri. Durante o tratamento, Daniel rapidamente passou a apresentar respostas clínicas positivas, dentro do consultório. Entretanto, verificou-se uma dificuldade de tais avanços se reproduzirem no convívio social da criança. Tendo em vista os princípios teóricos aqui apresentados, a psicóloga de Daniel foi orientada a oferecer o trabalho de Acompanhamento Terapêutico com o objetivo de facilitar a inclusão social da criança. Trata-se de uma terapêutica que complementa o tratamento psicoterápico realizado no CAEP desde o início de 2004.

Inicialmente, realizei a atividade de AT em instituição especializada de equoterapia, na qual a criança participava de sessões semanais. No início do acompanhamento, a instituição acolheu positivamente a proposta da equipe do projeto. Porém, foi constatado, tanto pela instituição quanto por mim, que o espaço físico para estar com o Daniel não era adequado para o desenvolvimento de um trabalho de AT satisfatório. A atividade de equoterapia era realizada por uma psicóloga e mais dois auxiliares da mesma área que ofereciam o suporte à criança. Dessa forma, a inclusão de mais uma terapeuta na atividade de equoterapia foi desaconselhada.

Na mesma época, os pais de Daniel estavam em busca de uma escola para o filho. Procuraram a rede pública de ensino, que os orientou a entrar em contato com um Centro de Ensino Especial. Os pais buscaram orientação da equipe (psicóloga e supervisora), que chegou a conversar com a coordenação do centro sobre o caso. Entretanto, os pais de Daniel decidiram por não matriculá-lo na rede pública, em função das condições do local, avaliadas por eles como precárias.

Daniel, já com quatro anos de idade, foi então matriculado em uma escola da rede particular de ensino em turma de maternal com 16 alunos, na qual havia uma professora responsável, que aqui chamarei de tia Zélia, e mais três professoras auxiliares. A existência dessa quantidade de auxiliares numa turma com aquela quantidade de alunos chamou bastante atenção, visto que a exigência legal nesses casos seria de apenas uma auxiliar. Esse foi considerado um ponto bastante favorável à adaptação de Daniel na escola, uma vez que as auxiliares tinham maior disponibilidade de oferecer atenção especial ao garoto quando necessário. Em supervisão, ficou decidido que a terapeuta, no contato com a escola, não faria alarme quanto ao diagnóstico de Daniel, ou seja, quanto à presença dos sintomas autísticos. Essa decisão

foi tomada diante do fato de Daniel já demonstrar determinadas capacidades de contato e convívio social e de a escola oferecer a estrutura de que falamos anteriormente – quatro professoras para 16 alunos. Optou-se por aguardar a escola requisitar a equipe caso sentisse necessidade.

Após um tempo, a mãe de Daniel passou a apresentar queixas de que seu filho não estava acompanhando as atividades pedagógicas escolares de maneira satisfatória. A escola, por sua vez, procurou a psicóloga com a observação de que Daniel em muitos momentos se mantinha isolado do restante da turma, o que o prejudicava em certas atividades, e que às vezes apresentava comportamentos diferentes das outras crianças diante de determinadas situações. A equipe resolveu investigar a situação sugerindo à escola a inserção de uma pessoa com o objetivo inicial de observar a interação de Daniel no ambiente escolar para uma possível orientação da professora. Em setembro de 2004, passei então a acompanhar Daniel em seu convívio escolar, na frequência de duas vezes por semana.

Quando ficou decidido que seria feita a observação de Daniel na escola, nossa equipe entrou em contato com a coordenadora e com a professora responsável pela turma dele. Ambas aceitaram a proposta e se mostraram solícitas quanto ao que fosse necessário.

No primeiro dia que estive na escola, logo observei que Daniel procurava espaços em que não tivesse muitas companhias, como se a presença de outras pessoas o incomodasse. Entretanto, as professoras prontamente o chamavam para se juntar ao restante da turma quando o notavam isolado e, para minha surpresa, ele não demonstrava resistência. No momento em que cheguei, sua turma estava ensaiando para a apresentação da peça Dona Baratinha. Zélia relatou que havia escolhido para ele o

papel de ajudante do cozinheiro, mas que notou seu interesse em fazer o papel do cachorro, uma vez que, nos ensaios, ele entrava em cena antes da hora e começava a latir. Tanto no ensaio como no dia da peça, que foi nessa mesma semana, Daniel representou o papel de cachorro da forma como a professora havia orientado.

Outro fato que chamou bastante atenção nesse primeiro dia foi a observação de que, apesar dos momentos em que ele se afastava do restante do grupo, Daniel parecia estar se adaptando muito bem à turma. Permitia que as outras crianças o tocassem, e também buscava contato com elas em alguns momentos, muito diferente de como ele havia chegado para o tratamento no início do ano. A professora logo me chamou a atenção para uma situação que, segundo ela, já vinha ocorrendo há algum tempo. Quando a turma estava assistindo um filme educativo para crianças, Daniel falava o nome dos animais que apareciam na tela com o olhar fixado em determinada coleguinha. Ela parecia já saber que, quando ele fazia isso, ela deveria imitar o som que aquele animal emite. Quando a colega não imitava, Daniel repetia o nome do animal até que ela o fizesse, e chegava a apertar as bochechas dela. Isso inclusive gerou uma situação em que ela não queria mais reproduzir o som do animal, e, com a insistência de Daniel, ela falou demonstrando irritação: “Já chega, Daniel!”.

Daniel realmente não conseguia desenvolver com pleno êxito as atividades pedagógicas propostas, em comparação com as outras crianças de sua turma. No entanto, ele não demonstrava total recusa em realizá-las. Apresentava, ainda, capacidade de escutar a professora, pois quando ela dizia que estava errado, ele atendia, mesmo que contrariado, ao comando de tentar novamente até acertar o exercício. Além disso, quando a professora dizia que ele havia acertado, abria um sorriso, mostrando-se muito satisfeito.

Outra observação importante realizada na escola relaciona-se à dificuldade de Daniel em lidar com a sujeira. Desde o acompanhamento na equoterapia era visível a angústia que o garoto sentia quando sujava qualquer parte do seu corpo. Logo sacudia as mãos, gritava, e algumas vezes chegava a chorar, até que estivesse limpo. Comentei com a professora Zélia sobre isso e ressaltai a importância de estimular Daniel a trabalhar com materiais que pudessem levar à sensação de sujeira, como tinta, argila e massinha. Coincidentemente, nesse mesmo dia haveria uma atividade com tinta para a turma. Na hora da atividade, sentamos, eu e Zélia, ao lado de Daniel, que inicialmente hesitou em pegar na tinta. Falamos para ele que era sujo, que fazia meleca, mas que depois poderíamos lavar, e tudo voltaria a ficar limpinho. Pouco depois, Daniel já estava mergulhando a mão na tinta, esfregando as duas mãos, pintando o papel, e, no ápice da brincadeira, pintou suas pernas e barriga.

Posso dizer que durante esse trabalho na escola, além da questão pedagógica, chamou-me a atenção o carinho das professoras e dos colegas com Daniel, fato que certamente favoreceu bastante sua inclusão na escola. O garotinho, por sua vez, correspondia a esses contatos, e com o tempo passou ele mesmo a buscar a aproximação com seus colegas, fato esse que nos permitiu confirmar a hipótese diagnóstica de que Daniel manifestava comportamentos autísticos como um mecanismo de defesa. Neste caso, tratava-se de uma inibição afetiva e não da síndrome do autismo. Sabe-se que o autismo é eminentemente um distúrbio do contato afetivo, e a constatação da capacidade de Daniel em começar a estabelecer contato afetivo com crianças e adultos, em um curto espaço de tempo, foi o primeiro marco importante do progresso de seu tratamento. Concomitante a isso, ele passou a apresentar um rápido desenvolvimento da linguagem verbal.

Daniel demonstrou capacidade de participar de praticamente todas as atividades propostas pelas professoras, não apresentava comportamentos que o impediam de acompanhar as atividades e sempre que necessário recebia atenção personalizada de uma das professoras. Essas constatações levaram-nos à conclusão de que não havia mais necessidade de acompanhar Daniel na escola. Percebemos que ele estava integrado àquele ambiente e que as dificuldades eram resolvidas entre eles, sem necessidade de intervenção externa. Daniel estava incluído na escola.

Nesse momento, todos os esforços se voltaram para o ambiente familiar da criança, uma vez que sentimos necessidade de conhecer a estrutura familiar e detectar se havia algo nessa dinâmica que estivesse de alguma forma deixando de contribuir ainda mais para avanços no tratamento de Daniel. Tivemos também, a partir dos encontros clínicos com a mãe de Daniel, a impressão de um estado depressivo materno associado a uma impossibilidade de ver os recursos positivos que o filho trazia. A terapeuta relatava a dificuldade da mãe, nas sessões psicoterápicas, se alegrar com as brincadeiras do filho. Nas supervisões ficou estabelecida pela equipe a necessidade de uma intervenção clínica com a criança na família.

A proposta inicial foi de estar com Daniel nas atividades que realizava em casa, na interação com seus familiares, nas brincadeiras com seus próprios brinquedos e com sua irmã mais velha. A equipe constatou na época que a família mantinha hábitos interacionais com Daniel como se ele ainda estivesse isolado, sem capacidades de interagir e de aprender.

Desde o início do AT em sua casa, percebi que Daniel apresentava um grande interesse por desenhos animados, jogos de computador e videogame, os mais variados, sempre demonstrando compreensão, facilidade em aprender e habilidade para jogar. A

irmã – mais velha – sempre participava de nossos encontros, o que de início me parecia natural. Porém, ainda no primeiro mês, passou a me incomodar o fato de ela marcar sua presença sempre cuidando de Daniel, tentando ensinar algo a ele ou me mostrando alguma coisa que o irmão sabia fazer. Não raro, ela abria um livro na frente dele e apontava para as figuras ou letras, pedindo que ele repetisse para mim o que era. Em supervisão, fui orientada a conversar com a irmã e mostrar para ela como poderia ser bom apenas brincar, sem ter que ensinar Daniel a brincar e sem ter que cuidar dele. Essa intervenção surtiu bons resultados e, com o tempo, ela passou a se divertir junto comigo e Daniel, sem as preocupações que demonstrava antes.

Era raro Daniel não me surpreender. Fosse com um olhar, uma palavra, ou um gesto, toda vez que o encontrava me encantava com algo novo que ele trazia. Havia dois meses que eu freqüentava sua casa e ocorreu a seguinte situação: estávamos no quarto de brinquedos ele, sua irmã e eu. Daniel abriu a gaveta e começou a pegar diversos instrumentos musicais de brinquedo. Entregou um pra mim e um pra sua irmã. Foi até a cozinha, onde estava sua mãe, e ofereceu um a ela também. Ela olhou para ele com ar de estranhamento, porém aceitou o objeto. Daniel então pegou uma almofada inflável, colocou-a na posição vertical em frente ao seu corpo e foi até a cozinha pegar duas colheres, com as quais começou a bater nos dois lados da almofada. Foi aí que me ocorreu: era um tambor, e as colheres, as baquetas! Então ele parou em frente ao quarto de brinquedos e, apontando para dentro do quarto, falava: “Para casa!” olhando para sua mãe. Olhei para ele, para minhas mãos, para a irmã e cheguei à brilhante conclusão: uma banda! Sim, Daniel acabara de formar uma banda e estava convocando todos a tocarem dentro da “casa” dele, o quarto de brinquedos! Fiquei impressionada, porém, me mantive calada, apenas observando a situação. A mãe até entrou no quarto, mas logo

em seguida falou: “Chama o papai, a mamãe não quer”. Quando ela falou isso, não pude me conter. Eu tinha que falar alguma coisa, não podia deixar a mãe sair de cena daquele jeito, como se estivesse desvalorizando aquela brilhante idéia do filho. Perguntei: “É uma banda, Daniel?” E ele começou a tocar o instrumento e a andar pela casa. Então, comecei a andar atrás dele, a irmã também, e falei: “Ah, vamos, mamãe, a banda precisa de todos os instrumentos!”. Nesse momento, a mãe começou, um tanto contrariada, a acompanhar a banda. Ao passarmos pela sala, Daniel viu o pai. Voltou ao quarto de brinquedos, pegou mais um instrumento e entregou a ele. Pronto, agora a banda estava completa, e, por um breve instante, todos estavam acompanhando o compasso de Daniel. Esta cena representou um marco muito grande para mim, pois, olhando para Daniel, sentia que ele estava satisfeito ao ver todos o seguindo, como quem se sente, finalmente, compreendido, ou como quem diz: “Estão vendo? Minhas idéias fazem, sim, sentido!”.

Um mês depois, outro fato que chamou bastante atenção foi quando Daniel utilizou a primeira pessoa ao falar. Assim que cheguei à sua casa, ele veio com um envelope em suas mãos. A mãe pediu que ele me entregasse e perguntou: “O que é isso, Daniel?”. Ele respondeu: “Meu aniversário”. Era o convite de sua festa de aniversário, que seria realizada dali alguns dias. Quando escutei aquilo, fiquei mais uma vez surpresa. Em supervisão, já havíamos conversado sobre a utilização do pronome em primeira pessoa como uma evidência de que o indivíduo se percebe como diferente das pessoas e objetos ao seu redor. Essa capacidade de diferenciação eu/não-eu, por sua vez, demonstrava uma organização psíquica, o que representava um ótimo sinal no desenvolvimento de Daniel.

Com as atividades propostas, os pais e a irmã mais velha foram se dando conta das suas capacidades cada vez mais organizadas, e isso foi fundamental para o desenvolvimento global de Daniel. A família pôde, aos poucos, olhar com outros olhos para o que o pequeno fazia, criava, falava. A família pôde se encantar com Daniel.

Com o trabalho de AT, foi possível notar a constante evolução do garoto, que passou a apresentar de forma cada vez mais freqüente um olhar exploratório, espontâneo, atento e expressivo em contraposição àquele olhar perdido, evasivo, periférico e desinteressado de antes. Passou a ser capaz de explorar o ambiente de forma investigativa e afetiva. Daniel começou a buscar cada vez mais o contato afetivo, físico, através do olhar. Antes, ele se isolava e se esquivava das pessoas à sua volta. Suas brincadeiras passaram a ser simbólicas, compartilhadas, deixando aos poucos de serem isoladas, estereotipadas e aparentemente sem sentido. Ele se tornou cada vez mais capaz de suportar a frustração oriunda dos erros, das perdas, das impossibilidades. A linguagem apresentou uma melhora bastante significativa: ficou mais clara, fluente, expressiva, contextualizada e espontânea, em contraposição a uma linguagem confusa, ecológica, inexpressiva e descontextualizada.

Constatamos, assim, que a observação na escola aliada ao posterior trabalho de AT em casa, tudo isso no contexto de um trabalho multidisciplinar e com a integração de todos os envolvidos – psicóloga, supervisora, *at*, família e escola – mostrou resultados bastante efetivos nesse caso.

3.2 Acompanhando Mônica nas escolas

A garotinha que chamarei de Mônica³, foi avaliada aos três anos de idade por uma equipe médica (neurologista, geneticista e psiquiatra) que detectou atraso global em seu desenvolvimento. Os pais afirmam que procuraram atendimento, pois, segundo eles, desde quando completou um ano e três meses, a pequena passou a apresentar regressão em sua linguagem oral, isolamento e não aceitação de contato próximo com outras pessoas (crianças ou adultos) que não fossem os próprios pais. Esses fatos, segundo eles, coincidiram com a mudança da família para a casa da avó paterna de Mônica.

Após essa primeira avaliação médica, em março de 2005 foi então encaminhada para nossa equipe com a finalidade de ser avaliada e de receber atendimento psicológico. A avaliação, realizada pela professora Izabel Tafuri, sinalizou um comprometimento afetivo significativo, indicando tratar-se de um caso da síndrome de Kanner, diferentemente do caso de Daniel. A sua maneira de se comportar logo evidenciou uma forma de isolamento extrema e a presença dos sintomas de forma bastante clara. O tratamento psicoterápico foi iniciado por uma psicóloga do grupo e ficou decidido que outro profissional realizaria o AT da criança em casa, na equoterapia e outros ambientes sociais.

Durante o ano de 2004, Mônica frequentou um Centro de Ensino Especial, onde realizava atividades de estimulação precoce. Ela frequentou o centro durante menos de quatro meses, pois, segundo a mãe, Mônica passava os 50 minutos da sessão chorando, esperneando e gritando. No ano seguinte, em 2005, os pais procuraram uma

³ A escolha desse nome se deve ao fato de a pequena demonstrar interesse pela personagem Mônica da Turma da Mônica, de Maurício de Souza. O nome já foi utilizado para a mesma criança no relato de seu atendimento psicoterápico em dissertação de mestrado de Benjamin (2007).

escola pública para matricular a filha em turma inclusiva de jardim de infância. Entretanto, segundo eles, a coordenadora colocou diversos empecilhos para o ingresso de Mônica na escola: dentre eles, a exigência de que ela tivesse o controle de esfíncteres. No relato da mãe, essa condição foi a que mais marcou sua memória. Isso somado ao fato de os pais não terem sentido abertura na conversa com a coordenadora da escola, foram determinantes na decisão de os pais desistirem de matricular a filha em escola pública.

O casal procurou então uma escola particular. É importante salientar que, diferentemente de Daniel, desde a entrada de Mônica na escola, nos prontificamos a nos apresentar, conversar sobre o caso e oferecer o acompanhamento no período de adaptação pelo fato de Mônica apresentar uma forma de isolamento e estereotípias muito marcantes. A escola a acolheu no início do ano letivo de 2006, e estabeleceu a condição de haver um *at* que permanecesse com a criança durante todo o tempo que ela estivesse na escola, tanto dentro como fora da sala de aula. Cabe ressaltar que esse período de adaptação não teve sua duração pré-definida, e dependeria essencialmente do desenrolar da relação entre Mônica e o novo ambiente.

A condição foi aceita pelos pais e pela equipe terapêutica envolvida no atendimento da criança (composta até então pela psicoterapeuta, pela supervisora e pelo *at* acima referido). Na ocasião, como aluna pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise da UnB, me disponibilizei para realizar o acompanhamento de Mônica na escola. De acordo com os princípios acerca do AT adotados pelo grupo de pesquisa, ficou estabelecido com a diretora da escola e com a família de Mônica que a *at* seria apenas mais um elemento no processo de inclusão de Mônica e que seria extremamente importante o envolvimento de todos os componentes da escola:

professora, auxiliar, alunos, pais de alunos, direção, coordenação e demais funcionários. Deixamos claro também que, à medida que a criança fosse se adaptando ao ambiente e às atividades propostas, a acompanhante sairia gradativamente de cena, oferecendo maior liberdade e oportunidade para a criança se desenvolver na escola da forma mais independente possível.

Assim, no mesmo mês em que completou quatro anos de idade (fevereiro de 2006), Mônica ingressou em uma turma com crianças entre três e quatro anos incompletos, de uma escola particular de educação infantil.

Algumas cenas marcaram de forma profunda meu contato com Mônica. Uma criança que desde o primeiro momento me espantou, mas ao mesmo tempo me **encantou profundamente**. Era o primeiro dia, tanto meu quanto de Mônica (já estava na segunda semana do período letivo). Cheguei à escola, me apresentei à diretora, que me conduziu à sala da turma de Mônica e me apresentou à professora e auxiliar. Antes de conhecer a pequena, eu sentia um misto de ansiedade, curiosidade e apreensão. Acho que era um sentimento compartilhado por todos naquele momento: diretora, professora, auxiliar, funcionários, colegas da turma (que inclusive já haviam visto uma foto da futura colega de turma). Isso tudo logo se transformou em medo, quando vi entrando na escola, carregada pelos pais, uma criança assustada, desesperada, esperneando como se estivesse sentindo alguma dor insuportável. Era a primeira vez que via Mônica. Essa cena ficou gravada em minha memória como um filme. Ao mesmo tempo em que recordo claramente de suas graciosas feições – fiquei encantada com a beleza da pequena – também me lembro com nitidez da expressão de terror em seu rostinho ao adentrar a escola. Mesmo assim, pude reparar bem em seus lindos olhos, suas bochechas rechonchudas e macias, e sua boca em formato de coração.

Ao tentarmos conduzi-la para dentro da sala, Mônica tentava se desvencilhar dos braços da mãe e sair dali de qualquer jeito. Gritava e dava pontapés, socos e beliscões em quem estivesse por perto. Agachei-me na tentativa de acalmá-la, aproximando seu corpo do meu. A vontade que eu tinha era de abraçá-la, colocá-la em meu colo, apaziguá-la. Naquele instante, quando menos esperava, levei uma mordida de Mônica. Agora eu me via tentando conter a minha dor, intensa o suficiente para me provocar um choque: estava diante de uma criatura tão pequena, aparentemente indefesa, porém tão ágil e forte. Nesse momento, sentindo muita dor, fiquei constrangida diante dos que estavam à volta, principalmente dos pais, que também estavam desconsertados. E eu me perguntava: o que posso fazer por ela? Senti-me impotente. Fiquei paralisada, assim como os outros adultos ao meu redor. O desespero daquela criança acabara de tomar conta de mim. E isso voltou a acontecer diversas vezes durante o ano, nas mais variadas circunstâncias em que Mônica parecia se sentir ameaçada.

Diante da situação, a saída que encontramos, sugerida pela diretora, foi levar Mônica para a área externa da escola até que se acalmasse. Segundo ela, esse procedimento é adotado com todas as crianças que resistem a permanecer na escola. Porém, sabe-se que, geralmente, o motivo de as crianças resistirem a ficar na escola é a angústia de separação dos pais, que faz parte do desenvolvimento típico de um indivíduo. E eu estava ciente de que o caso de Mônica era diferente. Ela não estava oferecendo resistência porque seus pais iam embora; a impressão que dava era que ela não suportaria permanecer ali mais um segundo sequer.

De qualquer maneira, resolvi acatar a sugestão da diretora. Assim que chegamos à porta que conduz ao pátio da escola, ela largou minhas mãos e saiu

correndo. Senti como se tivesse soltado um passarinho de uma gaiola. Observando-a livre, fiquei com a impressão de que ela estava se deliciando, correndo de um lado para o outro, com um sorriso encantador no rosto e emitindo sons estranhos aos meus ouvidos. Apesar de estranhos, vinham acompanhados de uma expressão facial de alívio e satisfação. Nem parecia ser a mesma criança que há alguns instantes se debatia e esperneava. Parecia estar feliz, satisfeita, sentindo um prazer só dela. E dessa forma – na área externa – continuamos até o final da aula nesse dia. Qualquer tentativa de levá-la para a parte interna da escola era por ela combatida com a mesma força de minutos atrás.

Professores e funcionários me perguntavam se Mônica era bailarina, por sua maneira de andar e correr nas pontas dos pés. Olhando para suas panturrilhas bem desenvolvidas, eu respondia: “Bem que podia ser!”. Mas não eram apenas os músculos de suas pernas que me chamavam atenção. A graciosidade e a leveza dos movimentos do corpo de Mônica muitas vezes me levaram realmente a admirá-la como a uma bailarina. Mais do que isso, o sorriso no rosto e a expressão de prazer me davam vontade de experimentar essa aparente felicidade extrema que ela estava sentindo naquele momento.

Os primeiros dias na escola foram assim: Mônica chegava e demonstrava vontade de sair da sala – às vezes chorando, às vezes gritando, ou simplesmente me puxando pelas mãos se encaminhando em direção à porta. Quando íamos para o pátio, ela permanecia correndo de um lado para o outro, parando em alguns momentos, nos quais parecia observar algumas coisas à sua volta. Nesses instantes, me posicionava ao seu lado e tentava enxergar o que ela observava. Chegava a perguntar a ela: “Para onde será que você está olhando, Mônica? Eu queria tanto saber!”. E queria mesmo. Era

como se, sabendo para onde ela estava olhando, eu pudesse imaginar o que se passava em sua cabecinha. Mas, as perguntas ficavam sem resposta e, a mim, restava apenas me conformar com as incertezas e até mesmo com um sentimento de solidão, pois estava ao lado de alguém que parecia não responder e nem corresponder.

Enquanto isso, na sala de aula, a turma seguia uma rotina pré-estabelecida que, basicamente, se iniciava com a acolhida das crianças pela professora e auxiliar. Em seguida, formava-se uma rodinha de conversa, em que todos se sentavam em círculo no chão. Era o momento em que a professora iniciava as atividades do dia, conversando com as crianças. Depois da rodinha, os alunos sentavam-se à mesa para realizar atividades de construção ou trabalhos grafo-plásticos. Após isso, lavavam as mãos para a hora do lanche, seguida da escovação dos dentes e da preparação para o recreio na área externa da escola. Ao retornar para a sala, as crianças tinham um momento livre, até se organizarem para a hora da saída.

Após o contato inicial, em que Mônica permanecia boa parte do tempo no pátio da escola, ela passou a mostrar cada dia mais possibilidade de realizar as atividades da rotina escolar, fatos que considerei como grandes ganhos. Porém, na maior parte das vezes, precisava de alguém que pudesse contê-la, pois parecia não suportar que algo acontecesse sem que fosse de sua vontade. A forma que eu utilizava para conter Mônica fisicamente era posicioná-la de costas para mim, segurando firmemente suas mãos. Mesmo assim, a força que ela exercia e sua rapidez muitas vezes me desarmavam de tal forma que eu não conseguia impedir que avançasse para cima de mim ou de outra pessoa que estivesse perto. Essas situações me despertavam sentimentos confusos. Ao mesmo tempo em que, em supervisão, eu recebia orientação para estar com Mônica à sua maneira, sentia por parte do ambiente escolar uma pressão

enorme, como se a responsabilidade de fazer Mônica participar de todas as atividades fosse minha. E eu realmente ficava satisfeita quando ela participava. Quando acontecia o contrário, sentia uma frustração muito grande, como se fosse inútil minha presença naquele local. Posteriormente, em supervisão, foi possível identificar que eu permanecia constantemente nesse impasse: conduzir o AT de acordo com o que a escola esperava, satisfazendo às exigências sociais, ou fazer o que achava que faria Mônica se sentir melhor. Fui orientada a conversar com a professora sobre a impossibilidade de sempre manter Mônica na sala de aula. Esse diálogo ocorria no sentido de desconstruir a noção de que a função do *at* seria simplesmente manter a criança com dificuldades especiais em sala de aula com atitude de aprendizagem.

O primeiro grande ganho que senti foi o dia que ela não esperneou para entrar na escola, que ocorreu ainda na primeira semana. Penso que já era possível para ela reconhecer aquele ambiente, o que tornava menos insuportável sua entrada e permanência nele. Chegava muitas vezes chorando, mas não como no primeiro dia.

Estabeleci então um segundo passo: que ela permanecesse mais em sala de aula, para que convivesse mais com sua turma. Para mim, não adiantava simplesmente Mônica freqüentar o ambiente escolar e, no entanto, permanecer isolada, sem estabelecer contato com as outras pessoas, fosse dentro ou fora de sala. Por outro lado, justamente o contato com as outras pessoas é que parecia ser aversivo para ela, o que causava mais um impasse: forçá-la a permanecer com as pessoas, ainda que ficasse agitada, ou deixá-la quieta, porém isolada? Passei a aproveitar os momentos em que ela estava demonstrando tranquilidade insistindo que continuasse em sala de aula, mesmo quando ia em direção à porta resmungando como quem pede para sair dali. Após muitas idas e vindas, entre o pátio e a sala, alternando momentos prazerosos e momentos em

que ela reagia de forma muito agressiva, ao final da primeira semana, Mônica já permanecia mais tempo em sala. Na maior parte do tempo, ficava andando pela sala ou parada em frente à janela, olhando para “o mundo lá fora”. Nesses momentos, eu tentava enxergar junto com a pequena o mundo que ela via lá fora.

A terceira vitória, assim por mim sentida, foi quando Mônica se sentou na rodinha de conversa que acontecia sempre no início do dia na escola. Quando a professora chamava as crianças para a rodinha, antes de sentar-me junto a elas eu sempre chamava por Mônica, que até então nunca havia correspondido. Tentava trazê-la segurando suas mãos, e ela logo se desvencilhava. Visto que tentativas anteriores de levá-la com força não funcionaram e apenas deixaram-na agitada, eu passei a permanecer na rodinha, interagindo com as outras crianças e a professora, chamando Mônica de quando em quando. Até que, em determinado dia, ela resolveu, inesperadamente – como sempre – atender meu chamado, sentando-se em meu colo. Com o passar dos dias, quando percebi que ela estava mais à vontade, fui realizando tentativas de tirá-la do meu colo conduzindo-a ao chão, de costas para mim e entre minhas pernas. Aos poucos, pude ir me afastando, até o ponto de ela permanecer na roda, assim como as outras crianças, independente de minha presença.

Outro momento marcante aconteceu quando Mônica aceitou permanecer sentada para lanche. Nas duas primeiras semanas, todos os dias, eu insistentemente tentava conduzi-la à cadeira na hora do lanche, muitas vezes sem sucesso, pois ela chorava, gritava, me agredia e logo se levantava. A partir da terceira semana, passou até a aceitar se sentar sem reações agressivas, mas no instante seguinte já estava de pé. E assim correram os dois primeiros meses. Para que lanchasse, era necessário ficar andando atrás dela e oferecendo o alimento. Até que, em determinado dia, já

praticamente sem esperanças, porém perseverante, quando eu menos esperava que pudesse acontecer, ela cede às minhas investidas: simplesmente não se levanta.

A cada momento como esses, eu vibrava junto com a professora e, muitas das vezes, sentia vontade de chorar. Uma emoção tomava conta de mim ao ver que, aos poucos, ela se sentia mais à vontade junto de sua turma e no restante do ambiente da escola.

Apesar dos ganhos, no período inicial, notei que a escola inteira – professores, porteiro, faxineiros, cozinheira, enfermeira e até alguns alunos – evitavam se aproximar de Mônica, com medo de seus rompantes agressivos (mordidas, beliscões, arranhões, pontapés) anteriormente presenciados. E eu me sentia frustrada por não estar cumprindo uma das propostas do meu trabalho: o de mobilizar toda a comunidade escolar, fazendo-os participar ativamente do processo de inclusão de Mônica. Ao invés de estarem mobilizados, todos ficavam imobilizados diante dela, como muitas vezes eu também ficava. Admiravam sua beleza, porém temiam possíveis conseqüências de sua maior característica, que é a **imprevisibilidade**. Em diversas ocasiões, Mônica passava, repentinamente, da tranqüilidade para o desespero, sem motivo aparente para quem estivesse à sua volta. E, quando ela estava agitada e isso pudesse estar atrapalhando alguma atividade, fosse dentro ou fora da sala de aula, era solicitado a mim que a contivesse e a levasse para outro local. Nessas situações sentia que, ao invés de estar contribuindo para que a pequena fosse de fato incluída socialmente na escola, eu estava sendo excluída junto a ela.

Desde os primeiros dias de minha convivência com Mônica e com a escola, pude perceber como sua professora, que aqui chamarei de Silvana, era especial. Mesmo sabendo que a pequena não tinha a linguagem verbal desenvolvida e não atendia quando

chamada por qualquer pessoa, a professora sempre conversava com ela e a convidava para realizar todas as atividades propostas às outras crianças. Nesses momentos, muitas vezes eu tomava a voz de Mônica falando, em primeira pessoa, que ainda não podia falar ou realizar determinada atividade por interesse próprio, mas que certamente um dia o faria. Essas seguramente foram ocasiões que favoreceram a inclusão de Mônica na e pela turma.

Silvana me pareceu estar, o tempo todo, aberta ao sentido que Mônica estava por trazer. Uma das cenas que me mostrou isso claramente aconteceu numa ocasião em que a turma estava na área externa da escola. Precisei me retirar por alguns instantes e avisei Silvana, pedindo que ela ficasse atenta a Mônica. Quando retornei, me deparei com Mônica e a professora rodando, cada uma por si, de braços abertos. Ambas com um sorriso de satisfação estampado no rosto. Silvana, através de sua sensibilidade, estava simplesmente acompanhando Mônica em sua corporeidade e parecendo sentir a sensação que a pequena estava experimentando com aqueles movimentos. Mônica, por sua vez, de vez em quando dirigia o olhar para Silvana, que a estava imitando, depois sorria e continuava a rodopiar. Isso me chamou atenção pois muitas vezes em que eu imitava Mônica, ela sequer dirigia o olhar para mim.

Creio que a partir dessa postura da professora os colegas da turma também passaram a poder dar sentido ao que era trazido por Mônica. Certo dia, estavam cantando a seguinte música:

- **Todos:** “Fulano jogou pão na boca do leão, fulano jogou pão (...). Foi você?”

- **Fulano:** “Eu não!”

- **Todos:** “Então quem foi?”

- **Fulano:** “Foi Beltrano!”
- **Todos:** “Beltrano jogou pão na boca do leão...”

Um dos colegas fala que foi Mônica. Outra criança responde: “Mas ela não fala!”. Nesse momento, Mônica emite um som (algo parecido com “hummmmm”), ao que a primeira criança questiona: “Tá vendo? Ela fala sim! Ela acabou de dizer que foi Cicrano”. E todos continuam a cantar a música com o nome do Cicrano. Essa cena mostra, na linguagem de uma criança e na sua espontaneidade, que um indivíduo pode se comunicar simplesmente emitindo um som, no caso, “hummmmm”. Para aquelas crianças, naquele momento, Mônica se apresentou como sujeito. E esse, para mim, sempre foi o maior desafio; momentos como esse eram muito raros. Mais comum nessa relação era os colegas recorrerem à *at* para fazerem qualquer referência a Mônica, fosse para perguntar, pedir algo, ou para reclamar de algo que ela fez. Nessas ocasiões, eu falava: “Você pode perguntar/reclamar direto para ela. Ela pode não te responder, mas está te escutando, não é Mônica?”. Ou: “Você pode pedir, se ela não quiser te dar, ela vai te mostrar do jeito dela, certo Mônica?”. Várias crianças também vinham me perguntar: “Luciana, porque a Mônica não fala?”. Quando ela estava por perto, eu costumava igualmente incluí-la na conversa: “Pois é, Mônica, fulano está perguntando por que você não fala. Por que será? Você ainda não fala, mas está escutando a gente, não está?”.

Houve uma ocasião especial que sinalizou o envolvimento, não só da professora, da auxiliar e dos alunos da turma de Mônica, mas também, da instituição escolar em torno da inclusão da pequena. Tive que me ausentar por um dia inteiro, em função de um imprevisto. Ao comunicar à mãe, ela não hesitou em falar que levaria Mônica à escola mesmo assim. Gostei da atitude da mãe, mas confesso que fiquei um

tanto apreensiva. Mesmo assim, prontamente apoiei a mãe em sua decisão. E assim aconteceu: Mônica foi à escola pela primeira vez sem a presença da *at*. No dia seguinte, assim que cheguei à escola, Silvana veio relatar algo que chamou sua atenção: contou que Mônica chegou atrasada. Não fosse sua expressão de entusiasmo, eu logo pensaria que aconteceu um problema. Para meu alívio, tratava-se do contrário. O procedimento empregado com os alunos que chegam atrasados era: os pais deixavam a criança na entrada da escola e o porteiro as levava até a sala. Por iniciativa do próprio porteiro, tal conduta também foi adotada com Mônica, que não demonstrou nenhuma resistência em ser acompanhada por ele até a sala. Esse fato me chamou atenção, pois foi a primeira vez que identifiquei os funcionários da escola adotando com Mônica a mesma postura que têm diante dos outros alunos.

Com aproximadamente seis meses que Mônica estava na escola, pude presenciar seus primeiros rabiscos propositais – pelo menos assim eu interpretei – na folha de papel. Como mencionado acima, Silvana e eu sempre procurávamos fazer Mônica participar de todas as atividades, obviamente respeitando suas limitações. Quando a atividade proposta era desenho com giz de cera, eu levava Mônica até a mesa, a sentava na cadeira e, posicionada atrás dela, colocava o giz em sua mão com minha mão por cima. Começávamos então a rabiscar o papel. Nesse dia, adotei o mesmo procedimento e, ao soltar a mão de Mônica, ela permaneceu rabiscando por alguns segundos, sustentando o olhar para o papel. Até então, tudo que Mônica fazia quando eu soltava suas mãos era passar saliva no giz e manipulá-lo, ou então levantar e virar as costas para a mesa. Para mim, esse foi um dos marcos da evolução de Mônica na escola. Naquele momento, não acreditei no que estava vendo, chegando mais uma vez a esboçar

lágrimas em meus olhos. Se parasse para pensar, eram apenas simples rabiscos, mas que para nós – para mim e para Silvana – tinham um significado muito valioso.

Durante o ano letivo foram realizadas reuniões entre a equipe que compõe o atendimento de Mônica, os pais e a equipe escolar. Circulou também entre nós (pais, profissionais e escola) um caderno no qual anotávamos fatos relevantes ocorridos entre cada um com Mônica. O intuito principal era compartilhar os fatos ocorridos em cada ambiente e as posições, questionamentos e angústias de cada um a respeito de Mônica. Outro importante objetivo desses encontros pessoais ou escritos era desconstruir o discurso da escola de que a *at* e a equipe terapêutica iriam ensinar como lidar com a pequena e o que fazer para ela aprender. Explicávamos que, assim como eles, não tínhamos a resposta, que aprenderíamos juntos a maneira ideal de lidar com ela e que a meta principal com a inserção de Mônica na escola era o convívio com as outras crianças, era sua inclusão social.

A partir da evolução da pequena, passou-se então a sugerir a diminuição do tempo da acompanhante na escola, de acordo com o que fora acertado inicialmente, como forma de lhe atribuir mais independência na conquista de seus avanços. Notou-se certa resistência em relação a isso. A escola apresentou o seguinte discurso: “Precisamos do *at* em tempo integral, pois senão professora e auxiliar não vão dar conta de Mônica e dos outros dezessete alunos da turma”.

Desde o momento em que conheci Silvana, alimentei por ela uma forte empatia. Já no primeiro dia, me senti muito bem recebida. Em meio às suas tarefas diárias e às minhas ocupações com Mônica, encontrávamos tempo para conversar sobre mim, sobre ela, sobre Mônica, sobre os mais variados assuntos. Enfim, aos poucos, dia após dia, pudemos nos conhecer melhor. Diante das humildes indagações de Silvana

sobre como lidar com sua mais nova aluna, eu respondia que era ela a professora, que ela encontraria seu jeito de estar com Mônica, e que eu não estava ali para ensinar ninguém a lidar, e sim para estar junto de todos nesse desafio. Acredito que assim estabelecemos um vínculo de confiança e que essa proximidade foi fundamental diante das dificuldades que enfrentávamos pela inclusão de Mônica na escola. Posso inclusive afirmar que, algumas vezes, Silvana é quem foi a *at*. Tanto minha quanto de Mônica.

Lembro-me de determinada vez, ainda no início do ano, quando levei uma mordida de Mônica no queixo. Senti muita dor. Nem que fosse de minha vontade, conseguiria esconder o fato de ter ficado atordoada. Ao dar-se conta do que estava acontecendo, Silvana largou o que fazia e tomou as rédeas da situação: pegou Mônica pelas mãos, afastando-a de mim – a pequena parecia estar atordoada como eu e sua reação foi avançar para cima de mim novamente – e chamou a enfermeira da escola para pegar um pouco de gelo. Realmente, naquele momento, sentia que eu era quem mais precisava de uma *at*, e Silvana conseguiu sê-la para mim.

Silvana também demonstrou possuir um entendimento diferenciado acerca do processo inclusivo de Mônica em circunstâncias nas quais se mostrava até divergente ao posicionamento da escola, bem como empenhada na tentativa de mediar a situação. Isso ficou claro na ocasião relatada acima, em que a escola afirmava não ser possível a diminuição do tempo da *at* com Mônica, ao passo que Silvana afirmava para mim que se sentia confiante para estar com a pequena e os outros alunos na minha ausência. Em consequência dessa afinidade entre a professora e eu, creio, minha relação com os outros alunos, os colegas de Mônica, também se estreitou fortemente.

Ao final de 2006, Mônica ainda não apresentava o desenvolvimento pedagógico considerado satisfatório para uma criança da sua idade, porém ficou

decidido que acompanharia a turma no ano seguinte por ser essa a opção que, acreditamos, lhe traria mais progressos do que permanecer na mesma série.

Desde o término das aulas em 2006, foi feito um trabalho com Mônica para o qual pedimos auxílio aos pais. Consistiu em repetir para ela algumas vezes que quando voltasse para a escola a professora não seria mais Silvana, que a sala seria diferente, que poderiam ter colegas novos na turma e que a escola estaria um pouco diferente (em função de uma reforma). Além disso, eu e o outro *at* a levamos à escola na semana anterior ao retorno das aulas para uma visita e repetimos tudo novamente.

Mônica foi à escola logo no primeiro dia do ano letivo e passou a impressão de ter dado continuidade ao trabalho realizado no ano anterior, permanecendo tranqüila ao entrar na escola. Receávamos que as mudanças pudessem lhe causar estranheza, mesmo com a preparação que fizemos. No entanto, num primeiro momento, ela aparentemente não demonstrou ter se abalado com tais alterações.

Em 2007, não pude dar continuidade ao AT de Mônica na escola. Permaneci apenas por um mês a partir do início das aulas, prazo durante o qual encontrei outra pessoa para me substituir.

A interrupção do acompanhamento com Mônica fez, por um lado, me sentir aliviada. Não levaria mais mordidas, beliscões, arranhões e chutes. Não ficaria mais frustrada em ver certo desânimo no rosto da professora por Mônica não corresponder a atividades pedagógicas. Não mais sentiria vergonha por acontecer alguma situação embaraçosa que não pudesse mediar satisfatoriamente. Enfim, não me sentiria mais impotente diante das dificuldades que se impunham cotidianamente. Por outro lado – um lado que eu nem sequer imaginava – senti um profundo vazio, misturado com saudade, dor, enfim, muito difícil de descrever. Deparei-me com o fato de que havia

entre nós um vínculo muito forte, o qual eu não imaginava existir, afinal trata-se de um vínculo diferente. Socialmente diferente. Um vínculo em que não se obtém respostas verbais, em que as trocas de olhares, raras, são enigmáticas, em que a vontade de estar perto muitas vezes é demonstrada com uma mordida, em que a satisfação pode ser mostrada com um grito estridente de doer os ouvidos. Eu não podia acreditar que estava sentindo saudades das abocanhadas, dos doloridos apertos, das unhas e dos pontapés. E mais: era ilusão pensar que não continuaria a me sentir impotente. Pelo contrário, esse sentimento se intensificou, pois passei a acompanhar seu caso nas supervisões semanais, ou seja, à distância. E agora é que eu realmente não podia fazer nada. O que me confortavam eram as visitas esporádicas, nas quais eu ia à escola e podia encontrá-la, matar a saudade.

Além disso, 2007 foi um ano difícil para ela. Com o passar dos meses, os relatos da nova *at* passaram a não condizer com o panorama do ano anterior, que indicava evolução progressiva. Identificamos comportamentos que já não ocorriam com frequência. Ela passou a não querer entrar mais na escola, muito menos na sala de aula. Os alunos de sua turma, sendo a maioria colegas desde o início do ano anterior, já ignoravam a presença de Mônica na sala de aula ou pareciam até mesmo não fazer questão de sua companhia. Não foi possível identificar um evento específico que possa ter deixado Mônica tão perturbada. Várias mudanças foram apontadas: mudança do consultório da psicoterapeuta, mudança de acompanhante, mudança de sala de aula (em 2006, estudava no térreo; em 2007 a turma se mudou para uma sala no primeiro andar do prédio), mudança de professora... Enfim, não foi fácil para Mônica e nem para a equipe.

Em avaliação posterior, pudemos vislumbrar alguns fatores que dificultaram a readaptação da pequena à escola, em 2007. Embora na época tenhamos tomado a decisão junto com a escola e os pais de que Mônica deveria acompanhar seus colegas na mudança de série, hoje avaliamos que, para a ocasião, essa medida não foi tão positiva quanto supomos. Percebemos que aqueles colegas que haviam estudado com Mônica no ano anterior passaram a ignorá-la, a se mostrar apáticos em relação a ela. Era freqüente que não fosse chamada para participar das atividades e, mesmo quando reagia de forma agressiva e machucava algum de seus colegas, estes não mais se manifestavam diante das investidas de Mônica. Saber disso me incomodou profundamente, pois eu senti que Mônica estava voltando a se isolar – e ser isolada.

Apontamos também outros fatores que podem ter influenciado essa condição. Um deles, que só chegou ao nosso conhecimento dias depois do início das aulas, foi o fato de a professora não ter sido informada antes de assumir a turma de que teria uma criança com necessidades especiais de ensino. Apesar de ter sido uma estratégia que a própria escola utilizou para não causar qualquer tipo de expectativa, vimos que para essa professora não produziu o efeito esperado. Ela chegou a afirmar mais de uma vez para a *at* sua reação de surpresa e insegurança quando se deparou com o fato e freqüentemente dizia que não sabia como lidar, pois nunca havia trabalhado com crianças especiais antes. Em nossa avaliação, isso impossibilitou um preparo não somente técnico, mas principalmente emocional para ajudar no processo de inclusão de Mônica.

Outro elemento que hoje podemos identificar como obstáculo à readaptação de Mônica à escola foi a dificuldade que professora e *at* apresentaram para estabelecer um vínculo positivo entre si. Deparamo-nos, ainda, com um distanciamento entres os

membros da equipe terapêutica, que diminuíram a frequência de suas reuniões e da própria comunicação entre si. Dessa forma, num panorama geral, pudemos perceber que houve falha em todos os elementos que então compunham a rede de atendimento de Mônica.

Em 2008, diante de tantas dificuldades enfrentadas no ano anterior, a equipe envolvida no atendimento de Mônica se reuniu para repensar seu caso e traçar propostas que trouxessem novas perspectivas para seu tratamento. A primeira sugestão foi a mudança de escola, decisão tomada junto aos pais. Em seguida, a psicóloga decidiu me chamar para participar do atendimento da pequena no consultório. Aceitei. Também tomei a decisão de voltar a acompanhar de perto seu cotidiano escolar, agora oferecendo apoio às duas novas *ats* que se encarregaram de revezar no acompanhamento de Mônica. Uma delas realizara esse trabalho na escola anterior desde outubro de 2007, enquanto a outra fora apresentada à pequena no primeiro dia de aula. O apoio passou a se dar por meio de encontros semanais com as *ats* na escola, e por um contato mais direto entre toda a equipe e os pais – pessoalmente, por telefone, e-mail ou reunião – de forma que fosse possível acolher todas as angústias, trocar o maior número de informações e também compartilhar cada vitória.

Este ano de 2008, então, observamos uma evolução semelhante à de 2006, em que a adaptação de Mônica foi satisfatória, apesar de os primeiros dias de aula terem sido difíceis e muito cansativos.

No primeiro dia na nova escola em 2008⁴, Mônica ficou inconsolável. Quando sua mãe a deixou na escola, mostrou bastante nervosismo, agressividade e chorou muito em frente ao portão que dava para a rua. Mobilizou, assim, não só os que estavam na

⁴ O relato de 2008 foi elaborado com o auxílio da *at* Clara Costa Gomes.

escola, mas também os que passavam do lado de fora, que presenciaram seu desespero. Frente à impossibilidade de sair da escola, ficou muito agressiva e, já nessa ocasião, ela deixou sua marca, mordendo as duas acompanhantes (que nesse dia estavam juntas) e chegou a bater em um colega da escola. No entanto, com o passar dos dias ela se mostrou favorável ao ambiente escolar, entrando na sala, se mostrando muito contente no dia da piscina e já na sexta-feira dessa primeira semana de aula abraçou dois de seus colegas de sala e se interessou pelos brinquedos da turma.

Na segunda semana já pudemos ver Mônica permanecendo na sala e acompanhando os horários de sua turma. Ela parecia muito contente em sua sala e demonstrou uma atitude positiva em relação à professora, se aproximando e permanecendo ao lado de sua mesa. Por outro lado, o fato de ficar muito tempo perto da mesa da professora criou questionamentos em seus colegas, que queriam, assim como Mônica, ocupar a mesa da professora. Diante disso, decidimos impor esse limite para ela, explicando porque ela não podia ficar todo momento na mesa da professora e apontando a mesinha onde deveria ficar. A partir da imposição desse limite, ela ficou muito agitada, agressiva, se recusava a entrar na escola e, quando entrava, não queria ir para a sala.

Quando identificamos nossas dificuldades de impor alguns limites a Mônica, pudemos de forma conjunta (pais, *ats*, terapeutas e professora) mostrar com firmeza e afeto que ela era capaz de suportar ficar na sala como os outros colegas, ou seja, ocupando as diferentes partes da sala e sentando-se às mesinhas nos horários de lanche ou de atividade.

Assim, desde o início até o final do ano vimos diferenças marcantes na rotina escolar de Mônica, que a cada semana apresentou ganhos marcantes. Os principais

aspectos em que vimos o seu desenvolvimento se referem ao aumento da tolerância, à diminuição de sua agressividade, ao acompanhamento da rotina da turma e ao contato cada vez mais suave com e próximo a seus colegas.

Hoje, quando ela precisa esperar para fazer algo que deseja, está mais paciente e não fica tão agressiva quanto costumava ficar, o que exigia, além da contenção física, uma postura continente que costumamos pontuar com falas como: “Estou aqui com você para suportarmos isso juntas!”, ou “Sei que você vai conseguir, por isso vou insistir mais um pouco!”. Diante disso, muitas vezes ela chega a demonstrar sua vontade de morder ou bater, mas somente encosta o dente cerrado com um resmungo ou chora.

Por diversas vezes, as *ats* questionaram a própria atuação, quando acabavam por sentir necessidade de puxar Mônica pelo braço e carregá-la no colo quando ela se jogava no chão, suportando mordidas, arranhões, choros e gritos. Entretanto, a cada dia em que, após tomar atitudes como essa, ela apresenta ganhos, concluímos que é um esforço necessário. Hoje ela está, por exemplo, demonstrando uma apreensão dos elementos da rotina escolar. Aos poucos está acompanhando sua turma em atividades, como: sair para lavar a mão e voltar para sala, esperar que a turma cante a música antes de abrir o lanche, lanchar com a turma sentada em sua carteira, jogar a caixinha do suco no lixo, sair para escovar os dentes, pedir para fazer xixi, e ir e voltar do parquinho permanecendo na área determinada pela professora.

Quanto à socialização também percebemos um avanço marcante. Mônica tem se mostrado à vontade quando fica no meio de outras crianças e, muitas vezes, passa a mão no rosto de seus colegas, acaricia os seus cabelos e vai de encontro como se desse um beijo. Inicialmente, esses gestos eram muito mais desajeitados e bruscos do que hoje e parecem aos poucos ir se ajustando, deixando de causar recusa em seus colegas, que

apesar de em alguns momentos demonstrarem um pouco de medo de sua reação, têm se aproximado, têm buscado a sua participação junto à turma, falando diretamente com ela.

Sobre esse aspecto destacamos novamente a postura adotada pelas *ats* para incentivar que as crianças se voltassem diretamente para Mônica sempre que desejavam reclamar de algo que ela fez, pedir seu lanche ou perguntar algo sobre ela. Frente a situações como estas, explicamos diversas vezes que, apesar de Mônica ainda não falar, ela é capaz de ouvir e entender o que é dito para ela. Dessa forma fomos mostrando em nossas interações com Mônica maneiras possíveis de se dirigir a ela.

Quando seus colegas iam, por exemplo, pedir um biscoito de Mônica a uma das *ats*, esta respondia que era preciso perguntar para Mônica, dizendo que ela não responderia com palavras, mas que seus gestos demonstrariam se ela havia deixado ou não. Portanto, se Mônica não retirasse o lanche da mesa ou empurrasse a mão de seu colega após ele perguntar para ela se podia pegar seu biscoito e esticar o braço para pegá-lo, era porque ela havia deixado que seu colega comesse um de seus biscoitos. Se o contrário acontecesse, era porque ela não havia deixado. Essa atitude também foi adotada pela professora, que conversa com Mônica mostrando como acontece essa compreensão e freqüentemente relembra aos alunos de que Mônica os escuta e compreende.

Mônica segue sendo acompanhada na escola durante tempo integral, porém a equipe não abandonou a intenção de oferecer oportunidades em que Mônica e escola tenham mais independência em relação às *ats*. As reuniões periódicas entre a equipe terapêutica e a equipe educacional também prosseguem, com o intuito de trabalhar em rede, com enfoque na criança, visando partilhar sugestões e experiências para que

possamos chegar a um consenso entre as propostas de adaptação do ambiente escolar e as possibilidades de adaptação de Mônica.

3.3 Algumas reflexões acerca do AT e da Inclusão Escolar: o entrelaçamento da teoria, com os documentos, com as experiências...

Tanto o caso de Daniel quanto o de Mônica percorreram trajetórias que apontam para as falhas do sistema educacional regido pela bandeira da inclusão escolar. Os pais das crianças, ao buscarem para seus filhos o direito à educação gratuita, garantido na Constituição Federal e estabelecido em lei, não encontraram exatamente o que reza a legislação.

Os primeiros – os pais de Daniel – foram orientados a procurar um Centro de Ensino Especial, que segundo a lei deveria ser dotado de estrutura para receber seu filho, porém se depararam com uma realidade bastante diferente da que está escrita nos papéis. Presenciaram crianças ociosas circulando pela escola, isoladas umas das outras, às vezes sem atenção de profissionais, sem atividades dirigidas. Já Mônica não teve nem a oportunidade de experimentar. O fato de não ter controle dos esfíncteres aos quatro anos foi um fator impeditivo para sua aceitação. Não estaria escrito nos documentos que as diferenças, a singularidade de cada criança devem ser respeitadas? Constatamos que ambas as crianças esbarraram em dificuldades que, na teoria, não deveriam existir. E são problemas diretamente relacionados à exclusão social, à falta de estrutura das escolas para receberem os alunos, à não aceitação da diferença.

A falta de estrutura das escolas, por exemplo, pode ser resultado de uma coordenação falha por parte das entidades que regulam o ensino. Glat, Ferreira, Oliveira e Senna (2003) mostram que na maioria dos estados não há comunicação entre a Educação Especial, que é responsável pelo processo de inclusão, e os coordenadores do sistema de ensino geral. Dessa forma, segundo os autores, “este fato somente corrobora a insipiente relação entre as iniciativas instituintes da inclusão escolar e as dinâmicas administrativas que dão materialidade às políticas de Educação” (p.60). O documento assinala que apesar de a Educação Especial estar teoricamente integrada às Secretarias de Educação em todos os níveis – federal, estadual e municipal – a prática mostra que estão em operação dois sistemas de ensino paralelos, mesmo sendo aplicados a alunos que freqüentam o mesmo espaço físico, ou seja, a mesma sala de aula, no caso de escolas regulares que possuem classes inclusivas. Portanto, o que se presencia é uma total falta de integração dentro do próprio sistema educacional: Secretaria de Educação e o sistema de Educação Especial atuando de forma independente, sem a necessária comunicação entre si. Como esperar um resultado de integração dentro das escolas?

A falha no sistema educacional também se reflete no profissional que lida diretamente com o aluno que possui necessidades especiais, ou seja, no professor. Sobre isso, há publicação recente de Silveira e Neves (2006), autoras que estudaram a concepção de pais e professores acerca da inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla. As autoras afirmam que os dados que obtiveram na pesquisa apontam para a necessidade de mudanças no sistema de ensino, enfatizando a formação profissional como uma questão central para a implementação da escola inclusiva:

Acima de tudo, a predisposição para perceber o aluno como ser cognocente e se perceber como peça importante no desenvolvimento do aluno, de forma a co-responsabilizar-se pelas mudanças que urgem serem realizadas no processo educacional, se traduz como uma questão urgente a ser enfrentada no trabalho com os professores (Silveira & Neves, p.84).

Nesse sentido, destaco aqui uma peculiaridade do trabalho do Grupo Ponte (Bastos, 2002), que oferece reuniões mensais aos educadores que trabalham com crianças com necessidades especiais – no caso, as que freqüentam a Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida. Os encontros proporcionam aos professores um espaço de escuta e acolhimento que eles não encontram em outro lugar. Trata-se de um ambiente em que eles não receberão um treinamento ou receita de como ensinar seu aluno, que pode ser sua expectativa, mas, por outro lado, encontram um local em que podem trocar, compartilhar suas experiências.

Avalio que o Grupo Ponte proporciona ao professor a possibilidade de se apropriar de seu trabalho, valorizando-o e enfatizando que cada um encontra a sua maneira de lidar com cada criança. Ou seja, é um trabalho que, assim como os princípios da inclusão, prioriza a singularidade dos indivíduos – tanto dos professores quanto dos alunos. E esse espaço de interlocução se torna fundamental, na medida em que os professores acabam por se sentirem muito sozinhos na tarefa de, na sua individualidade, desbravar a potencialidade singular de cada aluno.

No caso de Mônica, diante da dificuldade de não se sentirem bem recebidos pela escola pública e do anseio em poder oferecer a sua filha condições sociais de convivência, seus pais não enxergaram outra alternativa a não ser procurar a rede de ensino privada. Lá chegando, sentiram-se acolhidos. A escola se prontificou a nomear-se inclusiva e estabeleceu o compromisso com os pais de receber a criança segundo os princípios da inclusão escolar. A equipe pedagógica, inicialmente, aceitou a proposta do AT com bastante abertura.

Quando recorremos aos dados estatísticos sobre a educação, constatamos que o que ocorreu no caso de Mônica é um movimento comum. Atualmente, no Brasil, segundo a Lei nº 10.271 que Aprova o Plano Nacional da Educação, mais da metade dos alunos com necessidades especiais estão matriculados em escolas particulares:

Entre as esferas administrativas, 48,2% dos estabelecimentos de educação especial em 1998 eram estaduais; 26,8%, municipais; 24,8%, particulares e 0,2%, federais. Como os estabelecimentos são de diferentes tamanhos, as matrículas apresentam alguma variação nessa distribuição: 53,1% são da iniciativa privada; 31,3%, estaduais; 15,2%, municipais e 0,3%, federais. (p.62)

Os dados demonstram que o atendimento particular é responsável por mais da metade de toda a educação especial no Brasil. Nesse contexto, podemos verificar dois grandes problemas: além da rede de ensino particular ser inacessível a um grande percentual de alunos no país, é justamente nesse nicho que ainda não existe legislação específica que regule a atuação das instituições de ensino com os alunos que possuem

demanda diferenciada, apesar de muitas escolas particulares se denominarem inclusivas. Dessa forma, essas instituições acabam por possuir certa liberdade quanto à atuação com essas crianças. Ao mesmo tempo, não sendo regidos por uma normatização, se deparam com a situação de não possuir direcionamento, o que pode ter como consequência um atendimento inadequado.

Por outro lado, constatamos que mesmo nas escolas públicas, que são o alvo principal da legislação – desde a Constituição Federal até a lei distrital, no caso do DF – não se tem hoje uma garantia de atendimento educacional adequado. Nossa experiência com crianças atendidas por terapeutas do grupo e matriculadas na rede pública de ensino nos mostrou a grande discrepância entre o que vem ocorrendo na prática e o que está escrito nos documentos.

Acompanhamos o caso de uma criança de 10 anos, há quatro estudando em classe de condutas típicas de uma escola pública de ensino regular. Esse garoto, que chamarei de Gustavo, teve sete professores diferentes em um período de dois anos. A psicóloga sempre se mostrou disponível para a escola, marcando reuniões com diretora e cada professora que trabalhou com Gustavo. Nessas reuniões, sempre era afirmado pela equipe escolar que o trabalho estava sendo desenvolvido, e que os objetivos vinham sendo alcançados. Entretanto, em 2008, a professora mais recente de Gustavo sugeriu, em reunião com a psicóloga e posteriormente com a mãe, que o garoto fosse encaminhado para o Centro de Ensino Especial (CEE), o que deveria ser considerado um absurdo, pois é exatamente o contrário do que estabelece a proposta de inclusão escolar. Na ocasião, a professora explicou que as atividades realizadas com Gustavo em sala de aula eram as mesmas que seriam propostas no CEE, com a vantagem de que nesse último o garoto teria uma atenção maior – na classe de condutas típicas, havia

duas professoras e ele estudava com mais dois colegas; no CEE, ele teria a exclusividade de um professor. A professora havia trabalhado durante anos em centros como esse e se mostrava bastante favorável ao local, alegando ser equivocada a visão que todos têm de ser um ambiente que incentiva a segregação. Contudo, os pais estiveram no CEE e a impressão que tiveram, segundo relato dos mesmos, não está de acordo com o que afirmou a professora. Sentiram que, ao contrário do que a professora havia dito, o centro era sim um ambiente segregador. Além disso, afirmaram que a pouca estrutura que oferece estava mal conservada. Esse fato chamou bastante atenção e suscitou questionamentos quanto ao sistema de ensino público em geral, principalmente o fato de uma professora participante do sistema educacional inclusivo estar propondo o caminho inverso ao do processo de inclusão escolar de uma criança.

Outra criança, a quem denominarei Camila, também de 10 anos, estudava até o final do primeiro semestre de 2008 em outra escola pública do DF, nos mesmos moldes de Gustavo, ou seja, em classe especial de condutas típicas. Lá, Camila foi alfabetizada e já demonstrava capacidade cognitiva de passar para uma classe inclusiva. Camila inicialmente apresentava características e comportamentos bastante semelhantes aos mencionados a respeito de Mônica e, por isso, sua alfabetização foi considerada uma grande vitória. Segundo a avó, que obtém a guarda da menina, essa vitória se deve em grande parte à professora, que permaneceu com Camila durante anos e intensamente comprometida no trabalho com a garotinha.

Apesar de reconhecermos a grande conquista alcançada nessa escola, ocorreu uma dificuldade importante neste ano. Houve resistência quando se falou na possibilidade de incluir Camila em uma classe regular, mesmo com os resultados extremamente positivos obtidos por essa criança durante sua vida escolar. A equipe

pedagógica afirmou que a garota apresentava alguns comportamentos sociais que impediam a tomada de decisão de incluí-la no ensino regular, uma vez que a sala tem mais de 20 alunos, com apenas uma professora. Assim, a avó procurou os profissionais que realizam o tratamento de Camila e foi sugerida a contratação de um *at* para estar com Camila nesse processo. A avó entrou em contato com a Secretaria de Educação Especial, que lhe concedeu autorização para inserção do *at* em sala de aula.

No segundo semestre de 2008, Camila passou a cursar a 1ª série do ensino regular, sendo acompanhada diariamente por uma *at*. Porém, no último bimestre do ano, a avó tomou conhecimento de que Camila estava realizando atividades, junto com a *at*, fora da sala de aula.

Com esses exemplos, é possível imaginarmos a real situação das escolas públicas inclusivas: professores despreparados, desmotivados, descrentes no próprio processo inclusivo, a ponto de tomarmos conhecimento do seguinte discurso: “*Nenhum professor, pelo menos daquela escola, acredita no processo de inclusão escolar*”. Essa frase foi proferida por uma ex-professora da escola em que Gustavo estuda. A atitude da professora de Camila, inclusive, mostra que, além de não acreditar no processo inclusivo, ela também está adotando medidas exatamente opostas aos princípios da inclusão escolar.

Silveira & Neves (2006) revelam em seu estudo que professores de Centros de Ensino Especial do Distrito Federal demonstram descrença quanto à possibilidade de inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla e relatam experienciar o sentimento de frustração, fracasso e decepção em relação ao atendimento que dispensam a esses alunos diante da falta de perspectiva quanto ao seu desenvolvimento. Apesar de ser um estudo voltado para professores de alunos com deficiência múltipla, com essas

experiências constatamos que os resultados da pesquisa mencionada talvez se estendam para outros casos de alunos considerados portadores de necessidades especiais. Além disso, não se restringem às escolas públicas; encontramos as mesmas dificuldades – professores despreparados, desmotivados e descrentes na potencialidade das crianças – em instituições particulares de ensino.

Assistimos, assim, a uma migração dos alunos que não encontram assistência na rede pública para o ensino particular. Isso, daqueles alunos cujos pais têm condições financeiras, na esperança de que encontrem uma educação de acordo com as demandas de sua criança.

Camila, por outro lado, realizou o percurso oposto: justamente por sua família ter condições financeiras, primeiro buscou uma escola particular católica de bairro nobre de Brasília que, assim como aconteceu com Mônica, acolheu a idéia muito bem, inicialmente. A avó então matriculou, pagou mensalidade, comprou material e uniforme. Camila estava com quatro anos de idade na época, tinha o diagnóstico de autismo e estava no início do tratamento psicológico. Apresentava reações agressivas quando se sentia ameaçada, de maneira semelhante a Mônica. Ainda no primeiro mês do ano letivo, a escola conversou com a avó de Camila e pediu que ela retirasse a menina da escola, alegando que pais de outras crianças estavam reclamando do reflexo de alguns comportamentos de Camila em seus filhos e que não tinham condições de lidar com uma criança com a problemática da garotinha. Vemos aí dois problemas graves: primeiro, os pais das outras crianças, que representam a sociedade, uma sociedade que ainda não consegue lidar com determinadas diferenças, acabando por perpetuar uma postura de exclusão social; em segundo lugar a escola, que se diz inclusiva, que realiza

atividades e projetos sobre aceitação da diferença com seus alunos, mas que acatou e também adotou a mesma postura ex-clusiva dos pais de seus alunos.

Portanto, ao chegarem às escolas da rede particular, sejam pais que procuram como primeira alternativa, sejam aqueles que já vêm de experiências com a rede pública, muitas vezes também se deparam com obstáculos: turmas com a capacidade de alunos preenchida, professores inexperientes, comunidade em geral despreparada.

Um elemento importante, e que atua como pano de fundo de toda a situação das escolas particulares, é o fato de serem, antes de tudo, empresas, ou seja, visam o lucro. Segundo Assali (2006),

Se a escola não consegue funcionar como uma instituição de ensino, pois toma seus alunos como clientes e a educação como um produto vendável, fica realmente difícil manter relações entre educandos e educadores, nas quais o princípio e o valor estejam na transmissão de saberes e não em um comércio.

(Título: Os desafios da escola hoje, para.6)

No caso de Camila, por exemplo, traria menos prejuízo para a escola perder uma aluna do que vários outros alunos em função da primeira. Ao analisarmos essa postura a partir de uma perspectiva humana, sabemos que é um pensamento cruel, porém não podemos fechar os olhos para sua existência, uma vez que vivemos numa sociedade capitalista.

Cabe aqui citar o caso excêntrico de Daniel: sua escola estava muito além – para melhor – dos padrões das outras instituições de ensino quanto à quantidade de

auxiliares: Daniel estudava numa turma com 16 alunos, com uma professora e três auxiliares, o que confere a cada aluno uma atenção mais individualizada, uma vez que a média é de quatro alunos por professor/auxiliar. Acredita-se que esse foi um dos fatores que facilitaram – e muito – a adaptação de Daniel ao ambiente escolar freqüentado por ele. Já no caso de Mônica, também em escola particular, havia uma professora e uma auxiliar para dezoito alunos, ou seja, média de nove alunos por professor/auxiliar.

Como vimos, no DF temos a Lei Distrital n.º. 3.218/2003 que legisla apenas sobre a universalização da Educação Inclusiva nas escolas da rede pública de ensino. No entanto, também verificamos com a *Declaração de Salamanca* (1994) que é dever de todas as escolas inclusivas – sem especificar se são públicas ou privadas – adaptarem o currículo às necessidades das crianças que apresentam necessidades educacionais especiais, atendendo às suas demandas sem sobrecarregar a família. E foi isso a que, inicialmente, a equipe pedagógica da escola se propôs em relação a Mônica, por exemplo. Entretanto, antes mesmo da matrícula, surgiu mais um obstáculo para os pais, ou, mais um nó nessa peregrinação pela inclusão: a condição para sua filha ser matriculada na escola seria a presença de um *at* em tempo integral, remunerado pelos pais. Ora, não se estaria aqui agindo contra os princípios da Declaração de Salamanca, citado acima?

Não se trata aqui de questionar a necessidade real do AT no caso de Mônica, por ser inegável. A questão é refletir sob que condições que essa necessidade se estabeleceu. Será que só os pais deveriam arcar financeiramente com um trabalho que a escola, que se diz inclusiva, estabelece como condição para que o aluno seja matriculado?

O AT tem sido um procedimento cada vez mais adotado nas escolas, como forma de facilitar a inclusão escolar de crianças que possuem algum comprometimento no desenvolvimento. No entanto, esse estudo procurou evidenciar que é necessária uma reflexão mais profunda a respeito dessa prática. Percebemos que há divergência entre a equipe e a escola no que se refere à definição da função do AT, pois essas definições partem de diferentes perspectivas de constituição do sujeito. Existe um conflito de paradigmas entre psicólogos e educadores em relação a esse assunto. Para a equipe terapêutica de Mônica, por exemplo, a inserção do *at* seria uma ferramenta a mais no processo de inclusão da criança. No entanto, para a escola, parece que o *at* assume uma posição de saber e poder tal, que desvirtua essa proposta. Segundo Gavioli et al. (2001):

... para a educação, o pedido da presença de um *at* está relacionado, na maioria das vezes, à demanda de que ele possa responder pelas atitudes e pela educação da criança ainda não adaptada ao universo escolar e com a qual, o corpo docente acredita não saber lidar (p.2).

Outro obstáculo enfrentado pelos pais de Mônica e pela equipe foi no final do primeiro semestre quando, diante dos ganhos que a pequena vinha apresentando – Mônica já aceitava permanecer em sala de aula, já vinha acompanhando com menos dependência algumas atividades, como a hora da rodinha e o lanche, o que antes demandava boa parte da atenção da *at*. Em reunião entre a equipe de atendimento de Mônica e a coordenação pedagógica, sugerimos a diminuição do tempo da *at* na escola. Com essa postura, estávamos tão somente apontando para a necessidade e para a

possibilidade de criança e instituição de ensino assumirem maior autonomia nessa relação, o que implica dizer que pretendíamos dar continuidade à aplicação dos pressupostos da inclusão. Entretanto, não foi dessa forma que a escola interpretou nossa atitude. A reação foi afirmar que, sem a presença de um acompanhante, professora e auxiliar não dariam conta da aluna com necessidades especiais e do restante dos alunos.

Percebe-se que nesse momento a dificuldade passa a ser da escola, e não mais de Mônica. Por que essa dificuldade em assumir a responsabilidade de inclusão do aluno, uma vez que a instituição se nomeia inclusiva? Entendemos que, uma vez que não está clara na lei a obrigatoriedade da inclusão escolar na rede de ensino privada, a instituição particular pode acabar atribuindo a um profissional alheio à sua equipe a responsabilidade de incluir na escola a criança com necessidades educacionais especiais. E esse profissional, por sua vez, é de responsabilidade dos pais da criança.

Portanto, a partir desses exemplos podemos constatar que há problemas quanto à inclusão escolar tanto em escolas públicas quanto em instituições particulares de ensino. Apesar de os documentos possuírem o registro escrito do que se espera da inclusão, encontram-se equipes pedagógicas despreparadas para lidar com essa proposta em ambos os contextos, bem como a própria sociedade, ou seja, as outras crianças que freqüentam a escola e seus familiares.

Nas particulares, vimos a aceitação de alunos sob determinadas condições, a responsabilização pela criança ser atribuída aos pais e profissionais externos às escolas; nas públicas, a rejeição de alunos sob determinadas condições, professores desmotivados, descrentes no processo de inclusão. Em ambas, posturas que marcam na verdade um processo de exclusão, às vezes camuflado, às vezes explícito.

Tendo tudo isso em vista, ainda é preciso lembrar que cada criança representa uma experiência, ou seja, não é possível generalizar os casos. Um ponto positivo disso é que as perspectivas de futuro de cada uma não ficam limitadas a uma generalização. Por outro lado, cada criança se torna um novo desafio para os profissionais envolvidos, exigindo novos esforços na tentativa de incluí-la. E assim aconteceu com cada caso abordado nesse trabalho.

O primeiro dia de *at* na escola com Mônica ficou marcado em minha memória. Ao mesmo tempo em que sua beleza me encantou, assustei-me com seus gritos, esperneio, com sua força e com a expressão de terror estampada em seu rostinho. Impossível não associar essa imagem às palavras de Winnicott (1956), que fala sobre a *ameaça de aniquilação* como uma interrupção da experiência de continuar a ser –, “uma ansiedade muitíssimo primitiva” (p.403). Parece realmente que, naquele momento, Mônica sentia uma ameaça muito intensa. A impressão é que algo tornava aquele instante insuportável para ela. Essas cenas remetem também a Safra (2006), quando o autor se refere a essas “agonias impensáveis” (p.67) como uma experiência do mal infinito.

Frente a esse desespero de Mônica, senti-me impelida a tomar alguma atitude. Coloquei-me ali, presente, diante de sua agonia, apenas aproximando meu corpo ao da criança. Pode-se pensar que, de início, reagi ao desespero de Mônica disponibilizando-se para ajudá-la. Senti vontade de abraçá-la, como se isso pudesse minimizar seu sofrimento. Barretto (2005) fala dessa presença do outro (no caso, o *at*) como uma das posturas que caracterizam a função de *holding*, descrita por Winnicott (1956). Este autor utilizou o termo referindo-se a tudo aquilo que o ambiente oferece a um indivíduo para

que ele tenha a experiência de continuidade, tanto física quanto psíquica. Barretto (2005) afirma:

No acompanhamento, em muitos momentos do percurso com um paciente, essa função (holding) exerce um papel marcante. São momentos em que simplesmente estamos ali, juntos do nosso acompanhado – caminhando ou parados – compartilhando, às vezes, uma dor ou a conclusão de alguma tarefa; talvez, o momento que a antecede, ou quando nos aproximamos do final do encontro. Situações em que percebemos que não há o que fazer ou dizer; e, o fato de estarmos ali, nossa presença, já significa bastante para nosso acompanhado. Penso que o valor dessa experiência não se dá somente por haver um corpo junto ao corpo do paciente – a proximidade de dois corpos –, mas por ser um corpo habitado, um corpo atento, um corpo que carrega a história do próprio vínculo (p.63).

Entretanto, minha simples presença, mesmo que legítima e afetiva – afinal me encantei por aquela criança desde o primeiro momento em que a vi –, não foi suficiente para que Mônica sentisse a continuidade de si e pudesse permanecer tranqüila naquele ambiente. Isso me leva a pensar em dois fatores muito importantes apontados por Barretto (1998): ainda não havia, entre eu e Mônica, um vínculo estabelecido. Era a primeira vez que nos víamos. Além disso, o autor afirma: “Só é possível dar *holding* a

alguém na medida em que se experimenta relativa tranqüilidade (p.64)”. Certamente tranqüilidade está longe de ser o sentimento que eu estava vivenciando naquele momento.

Ainda nesse primeiro dia, a situação que ocorreu logo em seguida chamou atenção, pois ao levá-la para o pátio, Mônica nem parecia mais ser a mesma criança. Segundos antes ela chorava, berrava, esperneava e se debatia; agora, solta na área externa da escola, mostrava-se auto-suficiente, bastava-se a si mesma. Essas expressões foram utilizadas por Léo Kanner em seu artigo “*Autistic disturbances of affective contact*”, publicado em 1943 e traduzido em Rocha (1997), resultado de um estudo realizado com onze crianças em um hospital psiquiátrico. Tafuri (2003) denominou ensimesmamento prazeroso esse “estado de excitação”, em que a criança autista permanece “absorvida com as sensações oriundas de seu corpo” (p.39).

Assistindo àquela cena, mesmo presenciando um comportamento estranho aos meus olhos, senti vontade de experimentar junto com Mônica aquela intensa satisfação que ela parecia vivenciar. Safra (2006) esclarece:

A possibilidade de acompanhar a expressão descritiva plástica ou o modo como a corporeidade do outro aparece permite que realizemos com o nosso próprio corpo o mesmo circuito descrito ou apresentado. Dessa maneira, podemos compreender os sentimentos dos nossos analisandos através do que nos apresentam, se também os acompanharmos por meio de nossa sensibilidade corporal (p.47).

No entanto, por mais que eu sentisse essa vontade de ter a experiência daquele prazer em meu corpo, de alguma forma não encontrava possibilidade de estar lá onde Mônica estava, de compartilhar aquele turbilhão de sensações que aparentemente ela vivenciava. E isso era o que mais me causava angústia.

É importante frisar nesse caso um elemento fundamental no progresso do trabalho que vai além das intervenções realizadas pela equipe: a postura que a primeira professora de Mônica e a professora de Daniel apresentaram diante de sua integração e desenvolvimento, e mesmo frente a pequenos ganhos, por menores que parecessem. O *at*, em seu trabalho, incentiva esse aspecto, mas aqui estou considerando que a abertura genuína por parte das professoras em fazer as crianças – Mônica e Daniel – participarem da turma assim como os demais fez completa diferença no andamento desse trabalho.

Temos exemplos nos dois casos em questão: na cena em que Silvana, a professora de Mônica, imitou a pequena – que estava a rodar de braços abertos e sorrindo satisfeita –, evidenciando, em sua espontaneidade, a abertura para compreender Mônica à sua maneira. A professora posicionou-se **aberta ao sentido** que Mônica estava por trazer (Safra, 2004). Da mesma maneira, Zélia, professora de Daniel, demonstrou essa atitude em dois momentos observados pela *at*: ao ter a sensibilidade de notar que Daniel imitava um cachorro nos ensaios da peça da Dona Baratinha, oferecendo então a ele a oportunidade de ser o cachorro, e na ocasião em que ela permitiu que Daniel brincasse com a tinta do jeito dele, sem interferir ou repreender o garoto. As duas professoras puderam perceber as singularidades das crianças para além de patologias, o que as permitiu ter atitudes inclusivas. Colli & Amâncio (2006) afirmam:

Se o educador *opera* a serviço de um sujeito, como o faz um analista, abre mão de técnicas de condicionamento e adaptação e passa a questionar a preocupação única e demasiada com uma metodologia de ensino que fica restrita a conteúdos fechados e totalizantes. No lugar disso oferece ao sujeito-aluno e, não ao aluno-objeto, os instrumentos do mundo e da cultura e ele poderá escolher o que lhe diz respeito (Título: Quem somos? E o que fazemos?, para. 10, itálico dos autores).

Entretanto, no cotidiano escolar, percebi que esses elementos não estão sempre presentes nas atitudes das professoras, que constantemente se deparam com a exigência de ensinar segundo os moldes do currículo pedagógico e acabam não obtendo as respostas esperadas desses alunos. A consequência disso acaba sendo o sentimento por parte dos professores de que não é possível ensinar esses alunos, e o resultado é a exclusão das crianças. Segundo Kupfer (2000):

Sabe-se que a educação regular é, atualmente, uma máquina de excluir os diferentes. Mais do que isso, as práticas pedagógicas adotadas em nossas escolas são em realidade fabricantes dessa nova categoria de crianças, as excluídas do sistema regular de ensino. ... A esmagadora maioria de crianças não é fracassada escolar porque tem problemas de dislexia, dislalia ou mesmo porque sofre de carência cultural. Elas se tornam fracassadas escolares a partir do modo como a escola aborda, ataca, nega e

desqualifica o degraú, a diferença social, o desencontro de linguagens entre as crianças de extração pobre, de um lado, e a escola comprometida com outras extrações sociais, de outro. (p.86).

Todos os documentos que tratam da educação de crianças com necessidades educacionais especiais se referem, de alguma forma, ao respeito ao tempo, ao ritmo da criança, do seu caminhar próprio: a seu tempo de assimilação, favorecendo seu progresso escolar. Principalmente com crianças que apresentam alguma dificuldade no desenvolvimento, como é o caso das crianças autistas, essa postura é fundamental. Porém, o que vemos na prática não corresponde a esse discurso. Sobre isso, Ribeiro & Neves (2006) apresentam sua visão:

Uma atuação educativa que supõe a existência de um sujeito singular nas crianças com distúrbios graves possibilita ao professor trabalhar de forma a não considerar o desempenho de seus alunos a partir de níveis de desenvolvimento previamente estabelecidos, o que tem levado muitos professores a sentimentos de incapacidade e de não-reconhecimento do seu trabalho. (p.117)

Vemos que existe, tanto por parte da escola, quanto de familiares, uma expectativa muito grande quanto à evolução da criança. Esse é um sentimento geral, portanto compartilhado com pais, professores e instituição escolar e em relação a todas

as crianças: de que todas devem seguir um padrão pré-estabelecido de aprendizagem, correspondendo às demandas sociais. O *at*, se não tomar cuidado, também fica contaminado por essa ânsia de que a criança apresente cada vez mais avanços, se desenvolva, aprenda, responda, corresponda às expectativas, etc. Entretanto, muitas vezes a expectativa não é correspondida, o que acaba por gerar o sentimento de incapacidade e de que o trabalho não está sendo válido, conforme apontado por Ribeiro e Neves (2006). Mannoni (1973) também apresenta uma perspectiva interessante acerca desse assunto:

A psiquiatria (e, acidentalmente, a psicanálise) parece estar hoje preocupada, acima de tudo, em adaptar o indivíduo às necessidades de uma sociedade de produção. Elabora-se um saber teórico que procura justificar as noções de maturidade ou de dependência, de sanidade ou de loucura. Esse saber é posto ao serviço de idéias de rendimento e eficácia – e isso produz efeitos sobre os programas escolares ou os tipos de instituições educacionais e assistenciais criadas (p.152).

Na convivência com Mônica e a escola, pude perceber que a postura da professora pode influenciar diretamente o comportamento dos outros alunos da sala em relação à criança “especial”. Isso ficou muito claro pra mim na ocasião em que os alunos estavam sentados na rodinha e cantavam uma música que se remetia sempre a uma das crianças, que deveria responder verbalmente. Um dos alunos toma a iniciativa de se dirigir a Mônica e quando um segundo aluno aponta para a impossibilidade da

pequena de falar, a mesma inesperadamente emite um som, que é suficiente para o primeiro se convencer de que, sim, ela fala. Trata-se de uma postura espontaneamente inclusiva por parte do primeiro aluno. Ele pôde reconhecer Mônica como um sujeito, a partir do som que ela emitiu, a partir da expressão de seu “idioma pessoal” definido por Safra (2006a) como: “a maneira pela qual a singularidade do ser humano aparece em seu modo de ser, em seus gestos, em sua linguagem e em seu estilo pessoal” (p.20).

Safra (2006a) define ainda a “compreensão” como “essencialmente originária no ser humano” (p.23); é “anterior a qualquer desenvolvimento psíquico ou mental” (idem, ibidem). O autor afirma que a compreensão se estende a crianças com deficiência intelectual. Para ele, é necessário dar sentido à experiência de estarem afetadas por essa limitação, sendo fundamental que se possa estar e conversar com essas crianças, “para que a situação que as atravessa alcance um sentido humano” (Idem, ibidem).

Situação igualmente inclusiva ocorreu com Daniel na convivência com uma colega, com a qual constituiu um vínculo mais próximo e estabeleceu uma brincadeira prazerosa para ele. Com a linguagem verbal ainda limitada, porém em desenvolvimento, Daniel buscava a resposta da colega por meio de seus apelos. Chega um momento em que a colega se cansa e expressa espontaneamente a Daniel sua insatisfação em dar continuidade àquela brincadeira: “Já chega, Daniel”. Essa espontaneidade das pessoas que lidam com uma criança que está em processo de inclusão se mostrou, em minha experiência, essencial para o sucesso do trabalho, ou seja, para a inclusão efetiva da criança em determinado meio social. O *at* muitas vezes possui o papel de incentivar esse tipo de convívio entre a criança e seus pares, o que também é possível verificar no relato do caso de Mônica.

Assim como o *at*, a professora, os alunos e os outros membros da escola, como funcionários, diretora, coordenadora, secretária, cozinheira, enfim, todos, são agentes fundamentais no processo de inclusão. Isso ficou muito claro quando, em determinado dia tive que me ausentar. O porteiro foi quem levou Mônica, que chegou atrasada, até sua sala, já que era uma prática adotada com todos os alunos que não chegavam até o horário definido para o início da aula. Ninguém ordenou que ele tomasse essa atitude; ele simplesmente – e decididamente –, segundo relato da professora, agiu assim com Mônica, que aceitou e se deixou levar para a sala pelo porteiro.

Apesar de detectarmos uma grande dificuldade de a escola se apropriar da responsabilidade do processo de inclusão escolar, as cenas relatadas ilustram que, em alguns momentos, existiu sim uma mobilização geral – da acompanhante, da professora, da auxiliar, de colegas da turma e de funcionários da escola – no sentido de incluir Mônica como sujeito em sua turma e na escola, respeitando suas limitações e valorizando seus avanços.

Barretto (2006) seguindo uma perspectiva winnicottiana lembra que, para esse autor, a capacidade criativa de qualquer ser humano nunca é perdida, por mais adoecida que a pessoa esteja. Quando existe alguém que possa olhar para esse indivíduo e enxergar o seu gesto criativo, qualquer que seja, há a possibilidade de o sujeito vir a se constituir como tal, pois ele é encontrado no lugar onde ele existe, por meio do reconhecimento de sua potencialidade.

Apesar dos diversos avanços obtidos nesse período com Mônica na escola, por diversas vezes as *ats* sentiram que, ao invés de estar contribuindo para que a pequena fosse de fato incluída socialmente na escola, estavam era sendo excluídas junto com ela. Era como se coubesse somente às *ats* resolver toda ocorrência conflituosa relacionada a

Mônica. E, de fato, elas se sentiam na obrigação de corresponder a essa demanda, o que provoca uma sensação de estarem traindo a acompanhada. Cenamo (1991), fala sobre um trabalho de AT em casa, mas que parece encaixar em situações como essa que ocorreram na escola, no caso de Mônica:

Fica ressaltada, assim a importância de se definir e manter o enquadre para fazer evoluir o paciente e não satisfazer os desejos da família. ... Neste ponto, observa-se como a criança reage ao sentir o acompanhante terapêutico em cumplicidade com o desejo da mãe. A tarefa, e portanto o enquadre, encontra-se mal estabelecido. O acompanhante terapêutico contratransferencialmente se sente perseguido pela “ordem da mãe” e impede a emergência do espaço do paciente (pp. 192-193).

O sentimento de exclusão social gerado nas ocasiões mencionadas remete ao modelo manicomial, em que àqueles que não possuem o domínio de si, resta a segregação em instituições psiquiátricas. A possibilidade de os dois – acompanhante e acompanhado – acabarem excluídos dos demais, ao invés de ocorrer a facilitação da inclusão da criança acompanhada é sempre eminente, caso o *at* não fique *atento*. É importante que o profissional busque sempre a interação entre a criança acompanhada e todos os outros, para que ela possa verdadeiramente ocupar um “lugar” (Safra, 1998), no qual é respeitada, questionada, cobrada, enfim, percebida e tratada como um indivíduo.

A situação que as *ats* viveram em diversos momentos com Mônica pode ser ilustrada pelas palavras de Bosseur (1976) no seguinte trecho, em que o autor se refere ao tratamento dispensado ao esquizofrênicos até a década de 60:

Encurralados nos pavilhões dos hospitais psiquiátricos, eram praticamente abandonados, com exceção dos cuidados corporais. Levavam aí uma vida vegetativa, confundidos com as paredes do manicômio, **encerrados em celas acolchoadas** quando se agitavam. Outro infortúnio, para eles, era a barreira levantada entre eles e os outros; nenhuma referência teórica, ou muito poucas, que permita chegar-se a uma terapia eficaz. Freud condenara-os ao narcisismo e à regressão; Kraepelin, à demência evolutiva. Não só eram, material e fisicamente, pesos mortos na sociedade, cadáveres ambulantes a cargo das famílias ou de instituições de assistência, mas, além disso, **tal exclusão era duplicada pela impossibilidade reconhecida de comunicar com eles. Tinham-se tornado o incompreensível, o muro contra o qual esbarrava a ciência impotente**” (pp.28-29, negritos meus)

Por diversas vezes, tive a sensação de me tornar essa cela acolchoada para Mônica. E, por mais que se entendesse que ela não estava satisfeita em determinados momentos, era muito comum não ser possível compreender o que a deixava incomodada e/ou o que ela estava querendo. Nessas circunstâncias, era nítido o movimento de

peças à nossa volta se retirarem de cena. Parecia que o fato de não compreenderem Mônica as distanciava ainda mais da possibilidade de se relacionar com a menina. Então, eu sentia aumentar dentro de mim a sensação de que, na verdade, estava ocorrendo ali um processo de exclusão, e não da proposta, que era o contrário disso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi refletir sobre a função do Acompanhamento Terapêutico na inclusão escolar de crianças autistas. A partir do estudo das experiências relatadas constatou-se que há casos em que existe a necessidade de o *at* acompanhar a criança autista na escola como forma de auxílio no processo de inclusão. Acompanhar assim como Zoe na relação com Norbert em *Gradiva*; como Sancho acompanhou Dom Quixote. Acompanhar oferecendo um lugar (*placement*), oferecendo sustentação (*holding*); acompanhar estando-junto, oferecendo uma presença afetiva.

Percebe-se que esse papel desempenhado pelo *at* de simplesmente acompanhar o aluno respeitando sua maneira de ser está constantemente presente em sua atuação na escola. Por ser um profissional que está à disposição daquela criança, de forma praticamente exclusiva, ele permanece aberto ao aparecimento dos mínimos interesses e da subjetividade da criança para que a mesma encontre a possibilidade de ter um “lugar” (Safra, 2006) em sua singularidade. Porém, está claro que essa presença do acompanhante deve ser dosada. É necessário lembrar que a escola deve se apropriar da responsabilidade de educar a criança, como afirma a *Declaração de Salamanca* (1994).

E não é apenas junto ao acompanhado que o *at* realiza seu trabalho. Verificou-se que com o seu acompanhar ele pode exercer um importante papel na inclusão de crianças autistas, desatando alguns nós e estabelecendo verdadeiros laços durante essa caminhada. Os nós representam as dificuldades encontradas nas trajetórias relatadas, tanto no que se refere à inclusão escolar como no que concerne à própria atuação do *at*.

Foi a partir do contraponto entre as leis que regulamentam sobre Educação Inclusiva e a prática de AT em escolas inclusivas que se tornou possível perceber alguns

desses nós que atam o processo de inclusão. Houve inúmeras dificuldades da equipe para realizar a complexa tarefa de facilitar a inclusão, o que em alguma medida levou à compreensão dos desafios enfrentados pelos educadores e pais na busca de uma sociedade mais acolhedora. Ilustrei por meio do convívio com Mônica e Daniel e dos exemplos de Camila e Gustavo algumas barreiras que precisamos vencer para caminhar nesse sentido de uma comunidade menos excludente, o que será fundamental para que a inclusão escolar se concretize.

Em primeiro lugar, observou-se que o conjunto dos documentos citados descreve um sistema educacional com um processo de inclusão escolar idealizado. Versam sobre o direito de todos à educação, sobre o respeito às diferenças, sobre a adequação dos currículos diante de cada necessidade, sobre a capacitação de professores, sobre a infra-estrutura, enfim, sobre a obrigatoriedade de se suprir quaisquer demandas referentes à educação. Porém, a realidade presenciada durante o meu trabalho como *at* não condiz com o que está escrito. As experiências nos mostram que não tem sido possível para as instituições educacionais cumprir com as exigências da legislação: vemos escolas deixando de acolher alunos com necessidades especiais por essa ou aquela condição, alunos rejeitando colegas com necessidades especiais, professores se sentindo despreparados, desmotivados, desamparados, alunos especiais ociosos em função da ausência freqüente de professores.

Deparamo-nos também com o seguinte questionamento: numa escola inclusiva, quais seriam as necessidades do aluno chamado portador de necessidades educacionais especiais, que necessidades seriam do professor, quais seriam dos outros alunos, bem como que necessidades seriam da escola? Percebemos que não há resposta, pois não há limite definido; também, muitas vezes essas necessidades se sobrepõem.

Entretanto, vemos na prática que as demandas acabam por ser atribuídas às crianças que possuem algum diagnóstico. Com isso, a responsabilidade de sanar tais demandas permanece com os pais, como se fossem estes os responsáveis pela escola não lançar mão de estratégias para facilitar a adaptação de seu filho ao ambiente educacional. Os pais, por sua vez, acabam por se sentirem coagidos, recuam diante das prescrições da escola e, frente a um desespero por não saber o que fazer, recorrem aos profissionais, entregando a estes uma carga que certamente não é só deles.

O *at* tem sido um desses profissionais que recebem a carga da escola. Se os papéis e os limites não forem estabelecidos desde o início entre os pais, a equipe escolar e a equipe de profissionais que atendem a criança, o *at* acaba por se tornar o responsável por tudo que estiver relacionado à criança no ambiente escolar. Uma das conseqüências disso é *at* e acompanhado permanecerem isolados, excluídos socialmente, o que caracteriza o fracasso da inclusão.

Apesar dessas condições, ainda sim acredito que é possível para o *at* realizar um bom trabalho. Longe de desfazer todos os nós que atam a questão da inclusão escolar – afinal isso não cabe somente ao *at* –, porém estabelecendo laços que certamente contribuirão nesse processo, o *at* acompanha não só o acompanhado, mas também pais, professores, demais alunos, diretora, equipe pedagógica. Algumas vezes necessita também ser acompanhado, por assim dizer.

A partir das experiências, constatou-se que é importante que o *at* exerça um papel de pano de fundo, de mediação entre todos os componentes que cercam o acompanhado, acompanhando-os também. Ele pode propiciar o estabelecimento de laços entre o acompanhado, a escola, a família e os profissionais do processo inclusivo. Dessa forma, é necessário oferecer um acompanhamento também para a equipe escolar.

Esse apoio pode ser proporcionado tanto por reuniões entre a equipe e a coordenação da escola quanto pela própria *at* por meio de sua aproximação da professora. Seja em reuniões ou no contato direto com os professores que lidam com essas crianças, buscar oferecer um espaço de escuta que possa fazer circular as angústias e gerar reflexões sobre o trabalho, bem como um espaço de acolhimento. Ao invés de oferecer um treinamento ou uma receita de como eles devem lidar com os alunos, nesse espaço de interlocução eles podem questionar sua prática pedagógica (Bastos, 2002).

Da mesma forma, é fundamental acolher e informar os pais, mobilizando-os na luta pelos direitos de suas crianças. Munidos da documentação a respeito (declarações, diretrizes, políticas e legislação), é preciso orientá-los a reivindicar os direitos de seus filhos junto às escolas em que estudam e também junto a instâncias superiores (Secretaria de Ensino, Ministério da Educação, Governo Federal, etc.), para que se possa repensar o papel de cada instituição de ensino e suas responsabilidades quando utilizada a nomenclatura Escola Inclusiva. A postura de assegurar à criança o direito à educação, e à convivência familiar e comunitária, colocando-a a salvo de toda forma de negligência e discriminação é inclusive colocada como dever da família, da sociedade e do Estado no artigo 227 da *Constituição da República*⁵.

Dessa forma, com esse trabalho, foi possível mostrar a gama de possibilidades de intervenções que o AT pode proporcionar no âmbito da inclusão escolar e que advém da simples convivência entre o *at* e a criança, mas que expande para toda uma rede que a envolve. Vemos que é extremamente importante também que ele incentive o convívio e a conscientização da comunidade geral, evitando se juntar à criança em seu isolamento, permanecendo ambos excluídos dos demais.

⁵ Artigo citado na página 67.

Estamos propondo um trabalho que implica em uma rede de atendimento coesa, que envolve o psicólogo, a equipe de *ats*, os pais, a instituição escolar, outros profissionais e a comunidade. O *at* circula entre todos os componentes da rede, de forma que sua interação com a criança é expandida para a aproximação entre alunos, professora e criança, entre a comunidade e a criança, entre a escola e a criança, entre a família e a escola, enfim, essa circulação ocorre na medida em que é possível falar mais sobre e vivenciar mais.

Aqui me arrisco a ir um pouco além da função do AT na inclusão de crianças autistas: sabe-se que o movimento de inclusão escolar iniciou-se recentemente e que é um processo que ainda pode levar anos para atingir o nível do que está escrito nas declarações, leis, políticas, decretos, etc. Percebemos, entretanto, que isso só será possível quando, além do treinamento, orientação e suporte aos professores, da exigência de contratação de *ats* pelas escolas, da realização de orientação a pais, seja possível sensibilizar a comunidade como um todo para a importância de que cada membro adote uma postura inclusiva na sociedade, pois essa postura, antes de tudo, é uma postura humana.

Essas atitudes vêm a favorecer a promoção de uma comunidade inclusiva e acolhedora (Mannoni, 1973), disposta a não submeter nenhuma minoria ao isolamento ou à discriminação. É disso que trata a *Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão*: “Todos os setores da sociedade recebem benefícios da inclusão e são responsáveis pela promoção e pelo progresso do planejamento e desenho inclusivos”, como citado acima.

Nesse sentido, torna-se necessário também questionar o papel de psicólogos como agentes da inclusão. Isso em dois âmbitos: tanto o papel de estabelecer uma

postura inclusiva no convívio direto com a criança, quanto o de unir a categoria em prol de uma legislação que obrigue as instituições a adotarem determinadas medidas inclusivas. Sabe-se que no seu trabalho cotidiano, o psicólogo, individualmente, deve atuar com suas crianças de forma a conhecer toda a dinâmica que envolve sua vida. Por isso, não pode prescindir de conhecer a dinâmica das escolas.

No âmbito de movimentos da classe de psicólogos, vale lembrar que 2008 é o ano da Educação para os Conselhos de Psicologia. Principalmente nos últimos anos, os psicólogos têm adotado uma postura mais enérgica em relação à educação no Brasil, especialmente os psicólogos escolares, que atuam diretamente nessa área. O Jornal do Federal, publicado em maio de 2008, intitula-se *A psicologia na luta por uma Educação democrática e de qualidade*. O jornal contém informações de que aconteceram no ano de 2008 debates em nível nacional sobre as políticas públicas de educação do país, dando visibilidade à atuação do psicólogo no âmbito escolar e educacional. O foco são as “Contribuições da Psicologia para uma educação escolar que contribua para a inclusão social, englobando questões étnicas, de gênero, questões relacionadas às deficiências, dentre outras, e contemplando uma leitura ampla e contextualizada da queixa escolar” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2008, p.8).

Além disso, 14 de abril foi o Dia Nacional de Luta pela Educação Inclusiva para o Sistema Conselhos. Tivemos a participação de psicólogos no Fórum Mundial de Educação (FME) e na 1ª Conferência Nacional de Educação Básica, com objetivos de lutar “pela educação inclusiva como luta em defesa de uma educação que cumpra seu caráter público, universal e de qualidade para todos e participar da articulação nacional de instituições, movimentos sociais e pessoas que lutam pela educação inclusiva”

(Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2008, p.8). Esse é apenas um exemplo de tentativa de mobilização da comunidade em prol de uma sociedade inclusiva.

Considero que a inclusão escolar só será efetiva quando, além de tudo, as escolas assumirem sua parcela de responsabilidade de atender às demandas dessas crianças que aqui chamo de portadoras de necessidades educacionais especiais. Por exemplo, no caso das escolas particulares, arcando com a contratação de um *at* caso se julgue necessário. Como afirma a *Declaração de Salamanca* (1994), cada criança é única e o sistema educacional deve se adaptar à diferença, não apenas adequando o currículo de cada uma, mas também oferecendo os instrumentos materiais ou humanos necessários, combatendo atitudes discriminatórias, incentivando que as comunidades sejam acolhedoras e, assim, ajudando a construir uma sociedade inclusiva.

Além de tudo o que foi discutido até aqui, é necessário ressaltar outro viés: o do desenvolvimento pessoal e profissional do acompanhante terapêutico que tem a oportunidade de conviver com uma criança autista. O aprendizado adquirido com essa experiência é único, e certamente oferece uma nova visão a respeito dessas crianças que, em um primeiro momento, são estranhas aos nossos olhos, chegam até a nos amedrontar. Mas, ao conhecê-las melhor, passamos a admirá-las e então se tornam encantadoras, imprimindo em nós marcas inesquecíveis.

Considero que o presente estudo, além de constituir uma ampliação do trabalho que realizo há cinco anos, possui não só relevância acadêmica – por estar contribuindo para o conhecimento na área – como também significativa importância social, pelo fato de o *at* ter surgido com a finalidade primordial de ser um agente de inclusão social, tema bastante polêmico, cuja discussão está e decerto continuará constantemente presente em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS

- ABREU, I. G. H. (2007). Origens autísticas do psíquico: tramas de sensações e pulsações. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- ALVARENGA, C. (2006). Trânsitos da clínica do acompanhamento terapêutico (AT): da via histórica à cotidiana. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- ANTONUCCI, R. (1994). Terapias ressocializantes: o acompanhamento terapêutico. In F. B. Assunção (Org.). Psiquiatria da Infância e da Adolescência. São Paulo: Livraria Editora Santos (pp.549-555).
- ARAÚJO, F. (2005, dezembro). Do amigo qualificado à política da amizade. In Estilos da Clínica, vol.10, n. 19, 84-105.
- ASSALI, A. M. (2006). Inclusão escolar e acompanhamento terapêutico: possibilidade ou entrave? In Psicanálise, Educação e Transmissão, São Paulo, 6. Recuperado em 06 de junho de 2008, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032007000100017&lng=en&nrm=iso
- BARRETTO, K. D. (1997, maio). Acompanhamento Terapêutico: Uma clínica do cotidiano. Insight: Psicoterapia. São Paulo: Lemos Editorial, ano VII, n. 73, 22-24.
- BARRETTO, K. D. (1998). Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora.

- BARRETTO, K. D. (2006). Acompanhamento Terapêutico com crianças. Manejo e flexibilidade no setting. (DVD-VÍDEO). Série: Acompanhamento Terapêutico. Palestra proferida no curso de formação em AT do Instituto A CASA em 19 de abril de 2006. São Paulo: Edições Sobórnost, 1 DVD (101 minutos).
- BASAGLIA, Franco (1979). A Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática; conferências no Brasil. 2. ed. São Paulo: Brasil Debates.
- BASTOS, M. B. (2002). Inclusão escolar: pensando a escuta analítica no trabalho com professores. In Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 4., São Paulo. Recuperado em 06 de setembro de 2008, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032002000400038&script=sci_arttext.
- BENJAMIN, M. S. (2007). Entre rodopios e balbucios – Reflexões psicanalíticas sobre a função do ritmo na constituição psíquica. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- BERGER, E.; MORETTIN, A. V. & NETO, L. B. (1991). História. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp. 17-22). São Paulo: Escuta.
- BERGER, E. (1997). Acompanhamento Terapêutico: Invenções. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico. (pp.71-82). São Paulo: EDUC.
- BERLINCK, M. (1993). A Psicanálise em cursos de ciências sociais. In Psicanálise da vida cotidiana. São Paulo: Escuta.
- BERLINCK, M. (2004). O ensino da psicopatologia: problemas e perspectivas. Recuperado em 08 de outubro de 2008, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/?s=106&c=504>.

- BOSSEUR, C. (1976). Introdução à Antipsiquiatria. Rio de Janeiro: Zahar.
- BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Recuperado em 5 de maio 2008, de http://fjg.rio.rj.gov.br/publique/media/Relatorio_20anos_Caracas.pdf
- CARROZZO, N. (1991). Campo da Criação, Campo Terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp. 31-40). São Paulo: Escuta.
- CARVALHO, S. S. (2002). Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa? São Paulo: Annablume Editora.
- CAVALCANTI, A. E. & ROCHA, P. (2001). Autismo: construções e desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CAVALHEIRO, M. (2000). Loosing my religion: Deus e o Diabo na Terra do Sol. Reflexões sobre psicanálise, religião e violência. In Cadernos da APPOA, n.82, ano IX, pp.35-42. Porto Alegre
- CENAMO, A. V.; SILVA, A. L. B. P. & BARRETTO, K. D. (1991). O *setting* e as funções no Acompanhamento Terapêutico. O Caso Júlia In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp. 187-207). São Paulo: Escuta.
- CENAMO, A. V. & CAGNA, M. (1991). O Acompanhamento Terapêutico como recurso auxiliar à Instituição Educacional Especial. In Equipe de

- Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp. 237-242). São Paulo: Escuta.
- CENTRO LYDIA CORIAT. Quem somos. Recuperado em 25 de outubro de 2008, de: <http://www.lydiacoriat.com.br/quem.htm>.
- CIRINO, O. (2004). Apresentação. In T. Ferreira (Org.), A Criança e a Saúde Mental: enlaces entre a clínica e a política. (pp.9-12). Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC.
- COELHO, C. F. M. (2007). Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de Acompanhamento Terapêutico de crianças autistas. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- COLLI, F. A. G. & AMÂNCIO, V. (2006). Estilos de Incluir: refletindo sobre os onze anos de trabalho do Grupo Ponte. In Psicanálise, Educação e Transmissão, 6., São Paulo. Recuperado em 06 de setembro de 2008, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032007000100072&lng=en&nrm=abn.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2008, maio). A psicologia na luta por uma Educação democrática e de qualidade. Jornal do Federal, ano XXI, nº. 89, p.8.
- CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 (2005). 37ª ed. São Paulo: Saraiva.
- COUTINHO-JORGE, M. A. (1987, 26 de julho). Musa do inconsciente. Jornal O Globo.
- COUTO, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In T. Ferreira (Org.), A Criança e a Saúde Mental: enlaces entre a clínica e a política. (pp.61-72). Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC.

- Declaração de Salamanca (1994). Sobre os princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Espanha: Salamanca. Recuperado em 05 de outubro de 2007, de <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>.
- Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão (2001). Recuperado em 02 de agosto de 2008, de http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_inclu.pdf.
- Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990). Plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Recuperada em 02 de agosto de 2008, de http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/Declaracao_Jomtien.pdf.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas. Recuperado em 02 de agosto de 2008, de http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php.
- Decreto n. 3.298. (1999, 20 de dezembro). Regulamenta a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- DE LUCA, R. (2001). Labirintos da inclusão escolar. In Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, São Paulo. Recuperado em 15 de agosto de 2008, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032001000300019&script=sci_arttext
- FARAH, I. M. O. (1997). A clínica do Acompanhamento Terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico. (pp.269-308). São Paulo: EDUC.
- FÉDIDA, P. (1988). Amor e morte na transferência. In Clínica psicanalítica: estudos. (pp. 21-66). Trad. Martha Prada e Silva e Regina Steffen. São Paulo: Escuta.

- FONSECA, V. M. L. (2005). Uma voz na escuridão: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- FOUCAULT, M. (1972). História da loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FREUD, S. (1907[1906]). Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.9.
- FREUD, S. (1933[1932]). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.22.
- FULGÊNCIO Jr, L. P. (1991). Interpretando a história. Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos do hospital dia. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp.231-236). São Paulo: Escuta.
- GAVIOLI, C.; RANOYA, F. & ABBAMONTE, R. (2001). A prática do acompanhamento educacional na inclusão escolar: do acompanhamento do aluno ao acompanhamento da escola. In Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, São Paulo. Recuperado em 24/11/2006, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032001000300020&script=sci_arttext.
- GENTIS, R. (1976). Prefácio: De Renée a Mary: Nascimento da antipsiquiatria. In BOSSEUR, C. Introdução à Antipsiquiatria (pp.9-15). Rio de Janeiro: Zahar.

GLAT, R.; FERREIRA, J. R., OLIVEIRA, E. S. G. & SENNA, L. A. (2003). Panorama nacional da educação inclusiva no Brasil. Relatório de consultoria técnica, projeto Educação Inclusiva no Brasil, Banco Mundial. Recuperado em 06 de maio de 2008, de: http://www.acessibilidade.net/at/kit2004/Programas%20CD/ATs/cnotinfor/Relatorio_Inclusiva/pdf/Educacao_inclusiva_Br_pt.pdf.

IBRAHIM, C. (1991). Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A CASA (Org.), A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico (pp.43-49). São Paulo: Escuta.

JANUÁRIO, L. M. (2008). A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

JERUSALINSKY, J. (2002). O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. In Pusional: Revista de Psicanálise. Ano XV, n. 162, pp. 32-41. São Paulo: Escuta.

KANNER, L. (1943). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In ROCHA, P. (Org.). Autismos. São Paulo: Escuta; Recife: Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, 1997.

LAING, Ronald David (1969). O Eu dividido: Estudo existencial da sanidade e da loucura. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

Lei nº. 7.853, (1989, 24 de outubro). Dispõe sobre apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a

atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

Recuperado em 08 de agosto, 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7853.htm.

Lei nº. 8.069 (1990, 13 de julho) – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado em 08 de agosto, 2008, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.

Lei n. 9.394. (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, seção 1.

Lei nº. 10.172 (2001, 9 de janeiro). Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Recuperado em 08 de agosto, 2008, de <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/pne.pdf>.

Lei nº. 10.216 (2001, 4 de junho). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 08 de agosto, 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.

Lei nº 3.218 (2003, 5 de novembro). Dispõe sobre a universalização da Educação Inclusiva nas escolas da rede pública de ensino do Distrito Federal, e dá outras providências. Recuperado em 02 de agosto, 2008, de http://www.mpdft.gov.br/sicorde/Leg_DF3218_2003.htm.

MANNONI, M. (1973). Educação Impossível. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988.

MARTINS, F. (2003). Psicopathologia II. Semiologia Clínica. Brasília: Abrafipp / Digigraph.

- MAUER, S. K. & RESNIZKY, S. (1987). Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. São Paulo: Papyrus.
- MAUER, S. K. & RESNIZKY, S. (2005). Territórios Del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.
- NIETZSCHE, F. (1881). Daybreak. Trad. R. J. Hollingdale. Cambridge, 1982.
- Parecer CNE/CEB N. 17 (2001, 17 de agosto). Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Recuperado em 02 de agosto de 2008, de <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/parecer17.pdf>.
- PESSOA, F. (1963). Poesias inéditas (1919-1930). Lisboa: Ática.
- QUAGLIATTO, H. S. M. (2004). Psicoterapia Psicanalítica e Acompanhamento Terapêutico: uma Aliança de Trabalho. In Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v.24, n.1.
- REIS NETO, R. O. (1995). Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, M. V. M. & NEVES, M. M. B. J. (2006). A educação e a psicanálise: um encontro possível? In Psicologia: Teoria e Prática. V. 8, n.2, pp. 112-122. Recuperado em 10 de maio de 2008, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v8n2/v8n2a08.pdf>
- ROCHA, P. (org.). Autismos. São Paulo: Escuta, 1997.
- ROUDINESCO, E. (1990). Jacques Lacan & Co.: A history of psychoanalysis in France, 1925-1985. Chicago: University of Chicago Press.

- SAFRA, G. (1998). A loucura como ausência no cotidiano. O lugar como necessidade fundamental do ser humano. (DVD-VÍDEO). Série: A Visão Clínica de Gilberto Safra. Conferência proferida em 25 de abril de 1998, na Universidade São Marcos, por ocasião do lançamento da 1ª edição do livro “Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico, de Kleber Duarte Barretto. São Paulo: Edições Sobórnost, 1998, 1 DVD (52 min.).
- SAFRA, G. (2004). A Po-ética na clínica contemporânea. São Paulo: Idéias e Letras.
- SAFRA, G. (2006a). Hermenêutica na situação clínica. O desvelar da singularidade pelo idioma pessoal. São Paulo: Edições Sobornost.
- SAFRA, G. (2006b). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. In Psychê: revista de psicanálise. Ano X, n. 18, pp.13-20. São Paulo: Unimarco Editora.
- SAFRA, G. (2008). Acompanhar: desvelando a comunidade ontológica. (DVD-Vídeo). Série: A Visão Clínica de Gilberto Safra. Conferência ministrada em 29 de agosto de 2008 na abertura do I Simpósio Internacional de Acompanhamento Terapêutico realizado em São Paulo. São Paulo: Edições Sobórnost, 2008, 1 DVD (1h e 20 min.).
- SANTOS, L. G.; MOTTA, J. M. & DUTRA, M. C. B. (2005). Acompanhamento Terapêutico e clínica das psicoses. In Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, ano VIII, v. 3, pp.497-514, set.2005.
- SECHEHAYE, M. A. (1950). Memórias de uma esquizofrênica. Trad. e prefácio de Carlos Lacerda. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- SERENO, D. (2006). Acompanhamento Terapêutico e educação inclusiva. In Psychê: revista de psicanálise. Ano X, n. 18, pp.167-179. São Paulo: Unimarco Editora.

- SILVA, A. S. T. & SILVA, R. N. (2006) A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. In Psicologia: Ciência e profissão, junho, vol.26, nº2, pp.210-221.
- SILVA, M. C. C. (2005) História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública. Recuperado em 16 de maio de 2008, de: <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>
- SILVEIRA, F. F. & NEVES, M. M. B. J. (2006). Inclusão Escolar de Crianças com Deficiência Múltipla: Concepções de Pais e Professores. In Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol.22, n.1, pp.79-88. Brasília-DF.
- TAFURI, M. I. (2003). Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: ABRAFIPP.
- TAFURI, M. I. (2006). A Clínica Psicanalítica e o Trabalho de Acompanhamento Terapêutico: uma interseção possível. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental realizado entre os dias 7 e 10 de setembro de 2006, na Universidade Federal do Pará, Belém.
- VARELLA, M. R. D.; LACERDA, F. & MADEIRA, M. (2006). Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. In Psychê: revista de psicanálise. Ano X, n. 18, pp.129-140. São Paulo: Unimarco Editora.
- VIEIRA, E. (2001, novembro). A política e as bases do direito educacional. In Cad. CEDES, vol.21, no.55, 9-29.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)