

A HISTÓRIA DE COMO O “EXÉRCITO DE BRANCALEONE” FOI DERROTADO APESAR DE TER SALVADO O “PEQUENO PRÍNCIPE” DA EXCLUSÃO SOCIAL

The story of how the “Army of Brancaleone” was defeated despite having saved the “Little Prince” of social exclusion

Elaine Herrero¹

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade principal relatar uma experiência exitosa de inclusão psicossocial. Porém, além disso, tem como objetivo relatar o processo de uma equipe interdisciplinar dentro de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil na Cidade de São Paulo, desde seus primórdios, no início da década de 90, até sua total dissolução em 2009. Estes relatos são desenvolvidos na forma de narrativa, contada na perspectiva de uma das trabalhadoras da equipe, fonoaudióloga, que atualmente trabalha num Centro de Convivência e Cooperativa. O contexto histórico-político no qual essa narrativa se desenvolve, exerce um papel decisivo no “destino” de seus protagonistas. Sob o foco da equipe, faço um resgate desde sua formação, no início da década de 90 num Hospital-Dia em Saúde Mental Infantil; da estruturação do trabalho de atenção a crianças com transtorno global do desenvolvimento, que faziam parte do seu público alvo; do momento da primeira dissolução da equipe no período da implantação do “Programa de Atenção à Saúde” (PAS); da retomada da equipe original, da reestruturação do atendimento até o progressivo desinvestimento no trabalho da equipe, sua dissolução total e seguinte formação de um novo CAPS Infante-Juvenil. Durante o período de 2001 a 2005, faço a narrativa de uma experiência da equipe com “Manuel”, um garoto com diagnóstico de autismo, que, devido ao trabalho desenvolvido junto à família, à parceria com a secretaria de educação e, posteriormente, à Unidade Básica de Saúde, teve uma trajetória iniciada na escola especial, em 2001, até a inclusão em classe regular da rede pública.

Palavras-chave: Saúde Mental . Atenção psicossocial . CAPS . Centros de Atenção Psicossocial. Fonoaudiologia e Saúde Mental.

1.E-mail: elaineherrero@yahoo.com.br

ABSTRACT

This text main purpose is to report a successful experience of psycho-social inclusion. In addition, it aims to tell the story of an interdisciplinary team within a Child Day care center in the city of São Paulo, from its beginning in the early 90s, until its total dissolution in 2009. These reports are developed in the form of narrative, told from the perspective of one of the team workers, a speech-therapist, who currently works in a Center of Coexistence and Cooperative. The political-historical context, in which this narrative develops, plays a decisive role in the "target" of its protagonists. Under the team focus, the text tries to look at that history since its inception in the early 90s at a Day Hospital in child Mental health; the structuring of care of children with global developmental disorders; the first dissolution of the team in the period of implementation of another health program; the resumption of the original team, the restructuring of care until the progressive disinvestment in the work of the team, its dissolution and following the formation of another service. During the period of 2001 to 2005, the narrative of a successful experience with "Manuel", a boy with a diagnosis of autism, who, due to the work done by the family, the partnership with the Education Department and, subsequently, with a basic health unit, had a career that began at the special school, in 2001, to the inclusion in a regular class of the public educational system.

Keywords: Mental Health. Psychosocial care. Psychosocial Care Centers CAPS. Speech Therapy and Mental Health.

CONTANDO HISTÓRIAS

Inicialmente gostaria de me apresentar como uma fonoaudióloga “contadora de histórias”. Trabalhei num CAPS infantil desde 1992 até 2009 e atualmente trabalho num (CECCO) Centro de Convivência e Cooperativa na Cidade de São Paulo. Vou contar a história de Manuel, um Pequeno Príncipe, e também a história da equipe do CAPSI que foi chamada certa vez de “Exército de Brancaleone” (como no filme de Mario Monicelli, estrelado por Vittorio Gassman, na década de 70). Ao contar essas histórias - o momento em que se encontram, se cruzam e produzem marcas, se distanciam, e a partir daí seguem caminhos diferentes -, impossível não falar do contexto histórico-político no qual se desenvolvem e no papel decisivo que esse contexto exerce no “destino” de seus

protagonistas. A escolha por narrar é uma licença para, à maneira de Sherazade ao contar histórias para o sultão Sheriar, curar suas feridas: as do Sultão, e, quem sabe, as próprias. Quem sabe, as da equipe.

Começando nossa história pela equipe do CAPS infantil.

Essa equipe, a nossa equipe, iniciou seus trabalhos no início da década de 90, quando surgiram os Hospitais-Dia em Saúde Mental Infantil na administração da Prefeita Luiza Erundina. O núcleo dessa equipe era composto por 8 profissionais (uma psiquiatra, duas psicólogas, três terapeutas ocupacionais, e duas fonoaudiólogas). Naquele momento, desconhecia-se a proporção de transtornos mentais da população infantil, o que sugere o pouco interesse demonstrado pelos poderes públicos em relação ao problema da saúde mental da criança. A compreensão de “infância grave” referia-se às crianças com quadros de autismo, psicose e neurose grave. A realidade era outra, a população atualmente atendida em CAPS infanto-juvenil tem apresentado outras características além dessas. A grande maioria dos profissionais da equipe do Hospital-Dia vinha de experiências anteriores de trabalho em equipe multidisciplinar em Ambulatórios de Saúde Mental, onde a prática predominante era o atendimento das especialidades isoladamente. A intervenção clínica se dava de forma isolada, compartimentada. Sendo assim, a proposta de atendimento em Hospital-Dia implicava em uma reestruturação de modelos tradicionais de atendimento, aliada à construção de um processo grupal na equipe que levaria a uma interdisciplinaridade de fato. Embora alguns já tivessem vivido experiências de trabalhos interdisciplinares, isso significava um fato novo, desconhecido para todos. Para construir a interdisciplinaridade o grupo passou por vários momentos de crise, conflitos de ideias e de poder e, sobretudo, conflitos relacionados ao “modelo de atenção clínica”, ou “modelo clínico”. Buscou-se um norteammento teórico-clínico, teórico-prático, que foi adquirido através da supervisão institucional permeado por uma teoria psicanalítica, inicialmente de base Winnicotiana. Estruturou-se então, um trabalho voltado à infância grave com base numa concepção de clínica da psicose que se fundamenta na criação de vínculos suficientemente bons. Iniciamos diferentes abordagens grupais e individuais (grupos terapêuticos, básicos e específicos) com essas crianças e atendimento familiar.

Deparávamo-nos com a grande dificuldade daquela clientela em participar dos espaços sociais, sobretudo a escola. Desenvolvíamos tentativas de *inserção escolar*, em Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.11, p.120-131, 2013

sua maioria, infrutíferas. Trabalhávamos segundo um modelo clínico vigente na época, centrado na abordagem terapêutica com a criança e a família e posterior inserção social (encaminhamentos para as UBS, para as escolas, circo escola, centros de convivência), e até 1996 realizávamos questionamentos acerca desse modelo. A alta era pensada como a “inserção” da criança na classe especial. Trabalhava-se com alguns professores, mas de forma isolada, assistemática, não se constituindo num trabalho de maior abrangência, necessitando ser reavaliado para iniciativas posteriores. Encontrávamos dificuldades no re-encaminhamento para a unidade de origem do paciente. O sistema de referência e contra-referência não era eficiente.

Estruturávamos o trabalho assim, até que em 1996 ocorreu uma dissolução da nossa equipe decorrente da implantação do Programa de Atenção à Saúde (PAS), durante a administração do então prefeito Paulo Maluf. Assumiu o Hospital-Dia, naquele momento, uma nova equipe que deu continuidade ao atendimento dos casos sob outro modelo clínico. Os profissionais da nossa equipe que não aderiram àquela política de atenção (PAS) foram sumariamente transferidos para outras secretarias do governo. Fomos transferidos para a educação, para o bem estar, para a secretaria de esportes. Porém, apesar de estar em outros locais de trabalho, não deixávamos de pensar esse tipo de clínica, tamanho grau de envolvimento (essa clínica é uma clínica viva, instigante). Repensávamos esse modelo, suas assertividades, suas limitações; elaborávamos essa experiência através de produção escrita e formação em cursos, bem como utilizávamos a experiência nesses outros locais para ampliarmos a visão do trabalho anterior. Em junho de 2001, durante a administração da prefeita Marta Suplicy, pudemos retornar ao atendimento no Hospital-Dia. Desta vez tínhamos uma perspectiva de ampliação do modelo clínico-institucional original em consonância ao modelo de articulação em rede psicossocial. Naquele mesmo período a política pública de saúde mental implantava os CAPS em nível nacional. Em seguida, o Hospital-Dia passa a ser denominado CAPSI. Trabalhávamos, assim, dentro de uma política de atenção à Saúde Mental articulada em rede psicossocial que atribui, entre outras ações, o desenvolvimento de atividades que visem à integração da criança e do adolescente no espaço social envolvendo nessa tarefa outras instituições (rede de saúde, educação, esporte, cultura, entre outras). Pois, devido às suas características peculiares de relação com o mundo, essas crianças, não transitavam pelos espaços de circulação social, sendo excluídas das escolas, ruas, parques, entre outros. Passamos a trabalhar com base nessa proposta de rede e afinados ao referencial psicanalítico desta vez com uma grande influência da teoria lacaniana

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.11, p.120-131, 2013

obtida em supervisões e cursos realizados na Pré-Escola Terapêutica “Lugar de Vida” do Instituto de Psicologia da USP. Partíamos, assim, de uma escuta da criança, e daquilo que pudesse tornar-se uma via de construção de sentidos para ela, visando à sua constituição enquanto sujeito. As atuações de cada profissional, em sua especificidade, e nos grupos em co-terapia, eram pautadas por esse olhar transdisciplinar. Deste modo, estruturamos o trabalho através de dispositivos institucionais que se apoiavam em 3 eixos fundamentais: Dispositivos clínicos centrados na criança (Atendimentos específicos individuais e grupais nas diferentes especialidades; Oficinas terapêuticas, grupos de acolhimento, de brincadeira livre; brinquedoteca; refeição terapêutica e atividades de vida diária); Dispositivos clínicos centrados na família do paciente (Terapia familiar, terapia vincular, grupos de pais; Atendimento de referência¹); e Dispositivos clínicos para a inclusão social (visitas a espaços esportivos, de lazer e culturais - bibliotecas, museus, circo escola, parques, shoppings, clubes; Encaminhamentos para atendimentos na rede de saúde - UBS, Ambulatórios de Especialidades, Centros de Convivência; Atividades de inclusão escolar² - visita a escolas, grupo de professores e coordenadores pedagógicos, discussão com as equipes de inclusão escolar das coordenadorias de educação das regiões de abrangência do CAPSi). E foi na estruturação desse modelo de atenção, nesse contexto que a equipe se encontrou com o nosso segundo protagonista da história: O garotinho Manuel, nosso “Pequeno Príncipe”.

A história de Manuel³

Manuel chegou ao Hospital-Dia em 1998 com 3a e 9m, trazido apenas pela mãe. A queixa era de que não falava e seus pais tinham a hipótese de que era autista. A equipe do PAS que o atendeu, então, indicou atendimentos específicos nas áreas de psiquiatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, na frequência de duas vezes por semana, e em setembro de 2000 o encaminhou para escola especial.

Em junho de 2001 quando retomamos o trabalho na unidade, Manuel tinha 6 anos. Ao estabelecermos os primeiros contatos com a mãe, esta nos relatou que percebera mudanças, evolução em Manuel desde que iniciara o tratamento, mas também se queixava que o pai nunca participara do tratamento do filho, nunca tendo ido ao Hospital-Dia. Relatava, também, dificuldades no relacionamento familiar.

Nossa Hipótese Diagnóstica inicial foi de "Transtorno Global do Desenvolvimento" (F84.9 / CID X). Propusemos, inicialmente, um atendimento intensivo (4 vezes por semana) com a

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.11, p.120-131, 2013

participação em alguns grupos terapêuticos (recepção, espaço livre, oficina de corpo e música, passeio). Foi introduzida medicação e em 2002 iniciou também terapia fonoaudiológica individual com outra colega, no CAPSi. Esse foi o início de um novo percurso terapêutico para Manuel.

O novo percurso terapêutico de Manuel

Manuel sempre apresentou muitas atividades simbólicas, explorando exaustivamente os materiais escolhidos e o ambiente. Mostrava-se organizado, com boa coordenação motora e boa habilidade manual.

Sempre manteve contato visual. Inicialmente aproximava-se das crianças quando queria um objeto que estava na posse delas e das terapeutas para solicitar alguma ação ou objeto. A maior parte do tempo permanecia isolado nas suas brincadeiras, com algumas tentativas de aproximação. Com o tempo começou a aceitar partilhar brincadeiras e demonstrar interesse pelas atividades em grupo. Respondia com ações ou fala quando solicitado. Cooperativo. Tinha iniciativa de interação verbal e gestual com os outros.

No início, quando contrariado, jogava-se no chão, apresentava muitos movimentos estereotipados, batia nas pessoas próximas, jogava objetos no chão e chutava-os. Durante o processo terapêutico Manuel apresentou épocas com aumento das reações de irritação, chegando a agredir terapeutas e crianças com intenção de machucá-las. Em determinada época começou a agredir as crianças sem motivo aparente, sendo que em alguns momentos parecia querer chamar a atenção dos terapeutas com essas ações. Aos poucos, o contato corporal começou a tranquilizá-lo e Manuel solicitava sentar no colo dos terapeutas nas horas de maior agitação. A continência verbal começava a ser efetiva: após um ano mostrava-se mais tranquilo, aceitando mais os limites. As estereotipias foram diminuindo e até cessando no decorrer do processo.

O atendimento fonoaudiológico era o momento de marcar o lugar para a fala e posteriormente para a escrita. Era o lugar em que a profissional se oferecia a ele como alguém que lhe oferecia a oportunidade de emergir enquanto sujeito, através da brincadeira, do contato e do diálogo.

O atendimento à família era feito em grupo de pais e também, de uma maneira mais intensiva, através do trabalho de referência individual em que eu a acompanhava. A mãe de Manuel participava assiduamente desses espaços. Tanto no grupo como no acompanhamento individual foi oferecida a ela a oportunidade de falar de seu desejo de ver o filho estudando em uma escola regular próxima a sua casa. Ela dizia: - *"assim ele*

melhora mais". Também nesses espaços ela falava de seu relacionamento conjugal conturbado e, aos poucos, tentava relacionar o comportamento do filho à situação familiar indo além do olhar apenas centrado na patologia do filho. Uma atenção especial foi dada a esse seu desejo de que Manuel frequentasse a escola comum. Até dezembro de 2001 Manuel frequentava uma escola especial como bolsista da prefeitura. Foram realizados contatos com essa escola e, embora se observassem progressos em sua aprendizagem, a equipe escolar demonstrava receios de que ele fosse para uma escola regular. Porém a nossa equipe observava uma evolução positiva no quadro de Manuel e propôs a sua inclusão em uma classe de ensino regular, baseada na convicção do efeito positivo que esse fato desencadearia em seu processo terapêutico. Essa atitude também veio ao encontro da escuta do desejo materno que, devido a mudanças no comportamento de Manuel, oscilava entre a vontade de ver o filho na escola comum e o medo de que, ao sair da escola especial, fosse rejeitado do convívio social. O trabalho de referência que eu desenvolvia com ela foi intensificado com o objetivo de sustentar o desejo original da mãe de mudança. Propusemos a presença do pai para que pudesse implicar-se mais no processo terapêutico do filho. Ele compareceu algumas vezes ao CAPSi, entretanto, essa presença não se manteve constante.

Parceria de Trabalho com a Coordenadoria de Educação

Partindo, então, da escuta do desejo da mãe realizamos, junto com a equipe da coordenadoria de educação, com a qual desenvolvíamos uma parceria, a escolha de uma escola que apresentasse abertura para a proposta de inclusão. Em fevereiro de 2002 Manuel passou a freqüentar a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) por duas horas diárias. Durante o ano de 2002 a classe de Manuel sofreu a mudança de duas professoras. No decorrer desse ano Manuel foi se adaptando a essas mudanças mais do que o esperado. Na escola, Manuel oscilava entre comportamentos de birra e de adaptação à rotina escolar. Foi aproximando-se aos poucos das professoras e, principalmente, essas foram criando com ele um vínculo intenso. Durante esse ano as professoras e a coordenadora pedagógica frequentaram o grupo de professores desenvolvido no CAPSi e contaram seus progressos em termos de adaptação à rotina da escola e à socialização. No final de 2002 a escola e o CAPSi propuseram que ele fosse para a primeira série. Quando foi "promovido" para a primeira série, ao final de 2002, a mãe comentou em uma das entrevistas da referência: *"Meu filho na primeira série, quem diria?"*. No ano seguinte, Manuel começou o processo de alfabetização em uma Escola

Municipal de Ensino Fundamental (EMEF). A professora, inicialmente mostrava-se apreensiva, porém, através das discussões de caso, de sua frequência no grupo de professores, e do trabalho desenvolvido pela equipe escolar, relatava progressos em seu processo de alfabetização e socialização. A professora, em abril de 2003 dizia: - *"No início do trabalho Manuel era agressivo. Estava criando laços, lia, mas não falava" (...)* *"Comecei a investir pela leitura, no potencial dele; exijo e estamos brigando".(...)* *"Agora ele já tem fala espontânea. A escola se envolveu. O trabalho é gostoso pois a escola toda está envolvida. Manuel está menos agressivo, socializado com as outras crianças. Começou a escrever."*

Diante dos progressos de Manuel, em 2003 iniciamos seu processo de alta do CAPSi para atendimento em rede básica com o psiquiatra, o psicólogo e o fonoaudiólogo. O primeiro encaminhamento para atendimento fonoaudiológico em UBS próxima à sua casa foi infrutífero. Fizemos, então, contato com uma fonoaudióloga parceira nossa de outra UBS que, assim como a escola, apostou em um trabalho com Manuel. Ressalto aqui a importância do empenho de cada profissional no acompanhamento dele. Tivemos sucesso com a colega que se dispôs a atendê-lo inicialmente individualmente. A mesma UBS passou a atendê-lo em psiquiatria. A partir disso seu desligamento do CAPSi foi gradual até que ele formasse um novo vínculo. Ele seguiu, então, o seu tratamento em UBS. Após um ano de atendimento individual, a colega fonoaudióloga o incluiu em grupo na UBS. Em 2009 recebemos uma boa notícia dada pela equipe de educação inclusiva da coordenadoria de educação que ressaltou um fruto do trabalho com os grupos de professores realizado no CAPS, Manuel se tornou assunto de capa da revista "Nova Escola" de julho de 2009, como exemplo de trabalho de inclusão de ensino fundamental. Aos 15 anos, continuava sendo atendido pela fonoaudióloga da UBS para onde foi encaminhado. Ela relatou que Manuel participava de grupo terapêutico com outros garotos com patologias diferentes. Apresentava ainda dificuldades, mas tentava fazer as atividades propostas, solicitava que lhe fossem dadas as mesmas atividades que eram propostas aos outros, já falava em primeira pessoa. Também frequentava, desde 2003, as oficinas no CECCO próximo a sua casa. Depois de 2010 não tivemos mais notícias dele.

Bem, mas o que aconteceu com a equipe do CAPSi?

A partir de 2005, na administração municipal dos prefeitos Serra e Kassab, observamos uma modificação na política de atenção. Também ocorreu uma mudança gradual da

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.11, p.120-131, 2013

população de demanda CAPSi, houve uma ampliação da faixa etária de abrangência bem como aumento da demanda de transtornos de conduta, ampliação da população com grau maior de vulnerabilidade e risco social. A proposta de parceria na inclusão escolar foi sofrendo modificações. Os professores tinham dificuldade para sair de sala de aula para freqüentar os grupos de discussão. Tentamos transformar as reuniões em cursos para garantir sua frequência, porém observávamos uma diminuição de sua participação. Por outro lado, as condições de trabalho foram piorando e outras exigências foram sendo feitas à equipe do CAPSi. Éramos uma equipe muito pequena: treze profissionais em um equipamento de referência para uma população de mais de 1 milhão de habitantes. O suporte institucional foi diminuindo, o acesso à supervisão institucional fornecida pelo Ministério da Saúde não se efetivou até meados de 2009, apesar de termos o projeto aprovado em 2008. Solicitávamos ajuda para nos prepararmos para aquela mudança de perfil da população atendida, mas a ajuda em forma de cursos ou suporte de supervisão não ocorria. O crescente clima de conflito entre equipe e gestão contribuiu para o desgaste da proposta terapêutica que aos poucos desmontou a equipe. Tentamos apoio em instâncias superiores, mas não tivemos sucesso. Deste modo, os membros da equipe, apesar dos esforços de luta para manutenção do trabalho, foram “derrotados”, foram se transferindo para outros equipamentos. A resposta da administração superior foi passar o CAPSi, em 2009, para a gestão da Organização Social. Surgiu, então, um outro CAPS, em local novo, bonito, equipado. Bem diferente daquele lugar escuro, abandonado em que mesmo assim, conseguíamos “salvar alguns príncipes do fantasma da exclusão social”. Atualmente tem uma nova equipe, maior, e tem também uma diferente proposta de abordagem. Passou a funcionar como CAPSi 24 horas. O trabalho foi assumindo características ambulatoriais, apesar da vontade grande da nova equipe de estruturar algo diferente disso. Os pacientes eram os mesmos, e vieram muitos outros. Nossa equipe se desfez, mas cada um de nós não perdeu sua garra e em novos lugares edificamos novos trabalhos. Aprendemos muito. Aprendemos a importância de um modelo de assistência que vai além das limitações do sujeito (e aqui me refiro tanto ao paciente quanto àquele que o acompanha, terapeuta – *therapon*). Daí a importância do trabalho aqui denominado de “sustentado em rede”. Este tem um fator decisivo sobre o futuro dos sujeitos. Sentimos na carne a influência das políticas públicas no desenvolvimento desse trabalho, ora avançando, ora retrocedendo. Entretanto, apesar de “movimentos contrários”, de circunstâncias desfavoráveis, é importante apostar nesse futuro, na inclusão, no trabalho em equipe e em rede. Na potência, tanto do trabalho quanto do sujeito (em qualquer fase

da vida). Pergunto a mim mesma: “Será que esse final da história de Manuel seria o mesmo se não tivéssemos realizado esse trabalho de aposta em sua pessoa e na possibilidade de inclusão na escola regular? E se a equipe da UBS não se propusesse a atendê-lo? Dou um exemplo recente de uma das entrevistas finais que fiz no CAPS após triagem, um pouco antes de sair de lá. “Eu nunca vou esquecer o que você falou pra mim, pra que eu não deixasse de apostar no meu filho”. Deixei esse CAPS (fui uma das últimas a sair) em 2009. Temos muito que pensar. Hoje estou aqui contando esta história e contando outras no CECCO, mas, assim como meus companheiros, tenho a mesma certeza do Exército de Brancaleone de que *“Longo é o caminho, mas grande é a meta”*.

Notas:

1. No trabalho de referência, uma escuta era dada aos pais, mais freqüentemente à mãe, e durante o processo terapêutico a família contava com esse profissional como ponte para a articulação dos diversos atendimentos realizados no CAPS, bem como com a articulação com as instituições onde se realizava a inclusão do paciente (escola, centro esportivo, centro de juventude, etc.)

2. Inclusão escolar:

Compreendemos a escola como um espaço privilegiado para a efetivação da inclusão social da criança. É onde ela pode ser chamada de criança, por ser esse *“o seu lugar de identidade”*, de acordo com Kupfer (2001, p. 91-92):

[...] Mas a escola, pudemos observar, oferece mais do que a chance de aprender. Como alternativa ao Outro desregrado, a escola, entendida como discurso social, oferece à criança uma ordenação, oferece as leis que regem a relações entre os humanos, que regem o simbólico, para delas a criança tomar o que puder. Aposta-se com isso no poder subjetivante dos diferentes discursos que são postos em circulação, no interior do campo social, com o intuito de assegurar, sustentar ou modelar lugares sociais para as crianças, levando em conta que, neste sentido, o discurso (ou discursos) em torno do escolar são particularmente poderosos. Uma designação de lugar social é especialmente importante para as crianças incapazes de produzir laço social, como é o caso das crianças psicóticas ou com transtornos graves. Mesmo decadente, falida na sua capacidade de sustentar uma tradição de ensino, a escola é uma instituição poderosa quando lhe pedem que assine uma certidão de pertinência: quem está na escola pode receber o carimbo de “criança.

Sendo assim, a inclusão escolar é um instrumento importante para o tratamento dessas crianças, pois, proporciona-lhes uma oferta dos objetos de circulação no mundo social. Porém, essa oferta deve ser feita de uma maneira cuidadosa, continente e estruturada, facilitando a criação de vínculos saudáveis. O

trabalho de inclusão escolar desenvolvia-se a partir de discussões com as equipes de educação inclusiva do núcleo de ação educativa (NAE) da região, atualmente coordenadoria de educação. Constituíam-se no desenvolvimento de ações conjuntas entre os profissionais da Saúde (do CAPS i) e membros da equipe de educação inclusiva dos NAES. As ações abrangiam:

- a) a visita à escola da região, visando à efetivação do processo de escolarização da criança, realizada pelos profissionais de referência do caso e membros da equipe de educação inclusiva
- b) a realização de um grupo de discussão com os professores e coordenadores das escolas nas quais as crianças que frequentavam o CAPS estavam matriculadas. Esse grupo era coordenado por duas pessoas do CAPS (uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional) e três pessoas da equipe do núcleo de ação educativa da região – NAE (professoras especializadas e psicopedagogas).

Os objetivos do trabalho do grupo eram: acolher o professor em suas angústias frente à criança com TGD e conduzi-lo à modificação de seu olhar sobre a criança para além da patologia e sobre si enquanto educador. Ao refletir sobre quem seria esse sujeito e como educá-lo, ele recuperaria seu olhar sobre a criança, e sobre si enquanto educador, como potentes. Em decorrência disso, professor e coordenador poderiam encarar o trabalho com o grupo classe de outra maneira, beneficiando assim, não só aquela criança nomeada como "especial", mas todos os outros alunos, pois quem se modificaria seria o professor e a escola em sua prática pedagógica. Isso o levaria a uma "apropriação de conhecimento". Essa seria a diferença entre a inserção e a inclusão escolar.

3. Grande parte desse caso foi apresentada no formato de Pôster intitulado "**Meu filho na primeira série! Quem diria?": A trajetória do isolamento à inclusão social**", de autoria de Marilza Gulfier Pinheiro e Elaine Herrero, no V Congresso Internacional, XI Congresso Brasileiro e I Encontro Cearense de Fonoaudiologia, realizado em Fortaleza/CE no período de 01 a 04 de outubro de 2003, no Centro de Convenções do Ceará.

REFERÊNCIAS

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro: psicanálise e educação**. São Paulo, Ed. Escuta, 2001. 2^a. ed. pp.91-92