



Avaliação de crianças pequenas em processo de educação inclusiva através do protocolo AP3

Evaluation of early children in inclusion education process through the AP3 protocol

Evaluación de niños pequeños en proceso de educación inclusiva a través del protocolo AP3 (evaluación psicoanalítica a los 3 años)

LEDA MARIZA FISCHER BERNARDINO*

BEATRIZ GOMES VAZ**



RESUMO – O desenvolvimento e a estruturação psíquica na primeira infância envolvem significativas mudanças biopsicossociais. No campo da prevenção e da intervenção precoce com crianças que apresentam falhas nesse processo, encontra-se o diálogo com a educação inclusiva. Esta pesquisa analisou a qualidade da experiência de inclusão escolar de oito crianças nos aspectos instrumentais e estruturais através do protocolo AP3, com análises individuais dos resultados de cada criança e análise qualitativa das turmas observadas. O alto índice de riscos para a constituição subjetiva apontou para uma necessidade de considerar as dificuldades psíquicas e um trabalho psicoterápico além daquele focado nas áreas instrumentais.

Palavras-chave – Desenvolvimento infantil. Educação infantil. Inclusão escolar. Avaliação psicanalítica aos 3 anos.

ABSTRACT – The development and psychic structure in the early childhood involve significant biopsychosocial changes. In the prevention and precocious intervention field with children who present faults in that process is the connection with Inclusion Education. This research analyzed the quality of the inclusion experience of eight children in structural and instrumental aspects through the AP3 protocol, with individual analysis on the results of each child and qualitative analysis of the observed classes. The high rate of risk for the constitution of the subject pointed to a need to consider psychological difficulties and the psychotherapeutic work besides the one focused on instrumental fields.

Keywords – Childhood development. Childhood education. Inclusion education. Psychoanalytical evaluation at the age of 3.

RESUMEN – El desenvolvimiento y la estructuración psíquica en la primera infancia incluyen significativos cambios biopsicossociales. En el campo de la prevención y de la intervención precoz con niños que presentan fallas en este proceso, se localiza el diálogo con la Educación Inclusiva. Esta pesquisa analizó la calidad de la experiencia de inclusión escolar de ocho niños en los aspectos instrumentales y estructurales a través del protocolo AP3, con análisis individuales de los resultados de cada niño y análisis cualitativa de las clases observadas. El alto índice de riesgos para la constitución subjetiva apuntó para una necesidad de considerar las dificultades psíquicas y un trabajo psicoterápico aparte del hecho en las áreas instrumentales.

Palabras clave – Desenvolvimento infantil. Educação infantil. Inclusão escolar. Avaliação psicanalítica a los 3 años.

*Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (São Paulo, SP, Brasil) e professora na Universidade de São Paulo (São Paulo, SP, Brasil). E-mail: <ledber@terra.com.br>.

**Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba, PR, Brasil). E-mail: <bea_0406@hotmail.com>.

A prática da educação inclusiva no âmbito da educação infantil já se encontra disseminada no país. Entretanto, ainda são poucos os trabalhos que se propõem a analisar a efetividade dessa prática, se realmente apresenta benefícios para as crianças pequenas com necessidades especiais. Nesse sentido, pareceu importante empreender uma pesquisa que pudesse avaliar a qualidade desse processo. Para tal, utilizou-se, de modo inaugural, um instrumento elaborado a partir do referencial psicanalítico, a “Avaliação Psicanalítica aos Três Anos” (AP3).

A presente pesquisa se inseriu no Eixo “Pesquisa” do Projeto ProPAI (Programa de Prevenção e Atendimento Inicial), do Núcleo de Prática em Psicologia da PUCPR, que foi desenvolvido de 2009 a 2011¹. Esse eixo previa a realização de pesquisas em ambientes da primeira infância, com fins de detecção de riscos psíquicos a partir da investigação das áreas do desenvolvimento humano e do processo de estruturação psíquica, proporcionando um espaço de interlocução com profissionais de diversas áreas que atuam com crianças pequenas.

O período de desenvolvimento e o processo de estruturação psíquica da primeira infância e da idade pré-escolar, que vão do nascimento aos 6 anos de idade, são de extrema importância, pois envolvem significativas mudanças tanto biológicas quanto psicossociais. Nessa fase, o psiquismo e as funções mentais estão em formação e, para isso, dependem que seus cuidadores efetuem “as operações necessárias para que se configurem e inscrevam as matrizes que permitem organizar seu pensamento e, em decorrência dele (consciente ou inconsciente), seus comportamentos” (JERUSALINSKY, 2008, p. 117).

Todo sujeito humano se constitui a partir do encontro entre um organismo, dotado de uma natureza (anatomia, fisiologia e sistema nervoso central), e o campo simbólico, organização que se traduz em uma estrutura de linguagem que captura o organismo. Para compreender como se dá o surgimento do sujeito psíquico, é necessário entender o papel dos aspectos estruturais e dos aspectos evolutivos ou instrumentais do desenvolvimento e sua inter-relação na criança pequena (BERNARDINO, 2006).

Os aspectos estruturais, de acordo com Coriat e Jerusalinsky (1982), são caracterizados pelo aparelho biológico – o sistema nervoso central – e pelo sujeito psíquico. O primeiro fator possui o papel de “alicerce”, oferecendo as possibilidades de “inscrição dos processos simbólicos e virtuais” (p. 7), que, somado às transmissões simbólicas das pessoas que asseguram o cumprimento das funções maternas e paternas, permite o surgimento do sujeito psíquico. Já os aspectos instrumentais são as “ferramentas das quais este [o sujeito] se vale para efetuar intercâmbios” (p. 9), tais como psicomotricidade, comunicação, constituição de hábitos (alimentares, de sono e de excreção), aprendizagem e socialização.

Nesse sentido, o funcionamento corporal e os diversos modos de utilização do corpo e do psiquismo, para adaptação ao meio, vão se desenvolvendo no interior do processo educativo conduzido pelos cuidadores. Os aspectos estruturais organizam e dão sentido ao desenvolvimento dos demais aspectos, constatando-se então o caráter central do psiquismo no que se refere ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança (BERNARDINO, 2006).

Para que a criança tenha um desenvolvimento satisfatório, segundo Rosa (1982), seu organismo deve alcançar um nível razoável de ajustamento em função das demandas do ambiente externo. Sendo assim, torna-se importante compreender todos esses aspectos determinantes do desenvolvimento biopsicossocial da criança pequena, principalmente quando há falhas nesse processo.

A investigação de um desenvolvimento global harmônico deve considerar os aspectos neuropsicomotores relacionados aos âmbitos cognitivo, afetivo e psicomotor, mas também os aspectos estruturais envolvidos na constituição do psiquismo da criança. Dessa forma, permite-se avançar nas possibilidades de detecção e intervenção precoces, considerando que as estruturas cerebrais da criança pequena ainda estão em formação (BERNARDINO, 2006). No contexto das intervenções terapêuticas precoces, o conceito de plasticidade cerebral, caracterizado pela “possibilidade de adaptação funcional do sistema Nervoso Central”, é fundamental, pois está relacionado “à capacidade de produzir mudanças estruturais e funcionais por efeito de influências endógenas e exógenas, que podem ocorrer em qualquer período da vida, mas, sobretudo, nos primeiros anos da mesma” (FOSTER; TERZAGHI, 1996, p. 71).

No campo da prevenção e da intervenção precoce das crianças que apresentam alguma irregularidade na estrutura orgânica ou lacunas na estrutura simbólica, encontra-se o diálogo com a educação inclusiva de alunos com necessidades educativas especiais. Terminologia que, de acordo com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007), inclui os alunos com deficiência, ou seja, impedimentos de longo prazo de natureza física, mental ou sensorial; transtornos globais do desenvolvimento, caracterizados pela alteração qualitativa nas interações sociais e na comunicação e um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo; e altas habilidades/superdotação.

A inclusão dessas crianças em escolas comuns, do ponto de vista da prevenção e da intervenção precoce, demonstra os benefícios desse processo de escolarização. O convívio com crianças com desenvolvimento normal, a própria aprendizagem, a vivência do processo

grupal, mesmo no caso dos transtornos invasivos do desenvolvimento, podem contribuir para a possibilidade de transformação dessas estruturas no transcurso desse período até a adolescência (JERUSALINSKY, 1995).

O nível de educação infantil, a partir da Constituição de 1988 e da LDB (Leis de Diretrizes Básicas da Educação Nacional), passou a ser garantido como um direito das crianças pequenas e tornou-se parte do sistema de educação básica. Dessa forma, as instituições de educação infantil foram compreendidas também na diretriz política baseada no princípio da inclusão escolar (MENDES, 2008).

De acordo com Mrech e Rahme (2009), o documento “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” (BRASIL, 2007, p. 10) revela que as articulações entre a educação infantil e a educação inclusiva têm sido consideradas estratégicas, já que “o acesso à educação tem início na educação infantil, na qual se desenvolvem as bases necessárias para a construção do conhecimento e desenvolvimento global do aluno”. No entanto, as autoras afirmam que a realidade desse nível de ensino no Brasil não é promissora, sendo necessário consolidar políticas públicas de educação inclusiva na educação infantil para qualificar o que se entende e se pretende com a educação que, mais que inclusiva, considere os movimentos dos sujeitos nas tramas do escolar.

Segundo Mendes (2008), a questão da inclusão é considerada demasiadamente complexa e, apesar do crescente volume de pesquisas da comunidade científica do país, ainda faltam evidências científicas capazes de guiar as políticas e as práticas da inclusão escolar de crianças e jovens com necessidades especiais.

Tendo em vista a grande demanda de conhecimento científico a respeito da inclusão escolar no âmbito da educação infantil e considerando o caráter determinante desses primeiros anos de vida na construção psíquica e “desenvolvimental” do ser humano, pesquisas realizadas nos centros de educação infantil com o serviço de educação inclusiva são importantes para trazer informações sobre esse processo e subsídios para novas iniciativas. Além disso, permitem avaliar como está ocorrendo o desenvolvimento da criança com necessidades especiais. Sendo assim, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade da experiência de educação inclusiva da criança, no que se refere ao desenvolvimento de seus aspectos evolutivos e estruturais. Partiu-se da seguinte pergunta: a criança com necessidades especiais encontra na Escola de Educação Inclusiva condições favoráveis tanto para seu desenvolvimento quanto para sua estruturação psíquica?

Ao analisar a qualidade dessa experiência, espera-se contribuir significativamente para o desenvolvimento biopsicossocial das crianças, para uma eventual detecção

de algum risco “desenvolvimental” que determine um encaminhamento para um trabalho clínico específico, para a formação do profissional da educação inclusiva e para um melhor funcionamento das instituições no que se refere ao processo de inclusão.

METODOLOGIA

A pesquisa iniciou-se com a montagem da amostra de crianças a serem pesquisadas. Começou-se pela seleção dos centros de educação infantil que praticam a educação inclusiva. Primeiramente, a pesquisa foi concebida para ser realizada no âmbito do ensino particular. Foi realizado um levantamento de quatro escolas particulares de educação infantil que já haviam sido contatadas, entretanto apenas uma delas demonstrou interesse em participar da pesquisa, o que restringiria muito o campo da pesquisa. Optou-se, então, por selecionar também instituições de ensino público, os Centros Municipais de Educação Infantil (Cmei) da Prefeitura Municipal de Curitiba, para ampliar o alcance dos resultados obtidos.

Após reunião na Secretaria Municipal de Educação e de posse do sistema de distribuição de Cmeis por região, foram escolhidos quatro Cmeis de duas regiões de Curitiba, que reuniam crianças com variadas necessidades especiais. O critério de escolha das crianças foi a idade e o fato de cada uma apresentar um tipo diferente de necessidade especial, exceto altas habilidades devido à faixa etária abrangida. Assim, a população do estudo foi formada por oito crianças do sexo masculino com idade entre 3 e 6 anos, portadoras cada qual de uma ou mais necessidades especiais, sendo sete crianças da rede pública municipal e uma criança da rede particular de ensino. Realizou-se uma reunião nas escolas para explicação da pesquisa aos diretores, professores e pais e para obtenção da assinatura dos Termos de Compromisso pelos respectivos pais ou responsáveis. Foram realizadas duas observações para cada criança no ambiente escolar, com um intervalo de uma semana entre elas, baseadas no protocolo AP3 (Avaliação Psicanalítica aos 3 anos), adaptado para o uso em ambiente de educação infantil e composto de 23 itens para serem verificados e registrados.

A AVALIAÇÃO PSICANALÍTICA AOS 3 ANOS (AP3)

O instrumento escolhido para realizar a pesquisa foi a Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3), que é composta por indicadores “escolhidos e organizados de acordo com as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança” (JERUSALINSKY, 2008, p. 118). Além dos quatro eixos teóricos (suposição do sujeito, alternância presença/ausência, estabelecimento da demanda e

função paterna) referentes à Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Irdi) que originou a AP3, instituíram-se quatro novas categorias de análise: o brincar e a fantasia; o corpo e sua imagem; a manifestação diante das normas e a posição perante a lei; a fala e a posição na linguagem (KUPFER; BERNARDINO, 2009).

A AP3 permite registrar se a constituição psíquica da criança avaliada está em andamento ou em risco. Através da tabela de sintomas clínicos referentes aos eixos teóricos descritos acima, pode-se identificar se a criança está apresentando dificuldades de desenvolvimento e/ou riscos para a constituição subjetiva. Estes últimos, evidenciados pela presença de sintomas clínicos conclusivos que estão relacionados a problemas na constituição do psiquismo e apontam para uma evolução em direção às psicopatologias graves da infância (DI PAOLO, LERNER, KUPFER, 2009).

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados foram preenchidas as sínteses da AP3 de cada criança, com o desfecho clínico sobre as categorias de análise, descrição dos sintomas clínicos observados e, por fim, síntese diagnóstica a respeito da presença ou não de problemas de desenvolvimento e de risco para constituição subjetiva.

Através do levantamento das situações significativas observadas nas escolas, foi realizada ainda uma análise qualitativa e comparativa das turmas observadas e uma descrição individual de cada criança, tendo em vista as necessidades educacionais especiais e os resultados detectados na síntese da AP3.

Segundo os critérios da “Síntese da Avaliação Psicanalítica” que acompanha a AP3, do total das crianças

avaliadas, em 50% “há emergência do sujeito”; 50% “estão posicionadas na diferença sexual”; 12,5% têm “a imagem corporal constituída”; 75% apresentam falhas nesse aspecto; 12,5% não apresentam “imagem corporal constituída”; em 12,5% “há operação da função paterna”; 75% apresentam falhas nesse aspecto; e em 12,5% não “há operação da função paterna”.

Os sintomas clínicos, que indicam os problemas de desenvolvimento, e os sintomas conclusivos, que apontam para o risco de constituição subjetiva, observados em cada categoria, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Sintomas clínicos e sintomas conclusivos

Eixos teóricos	Sintomas clínicos %	Sintomas conclusivos %
Brincar	75	12,5
Imagem inconsciente do corpo	87,5	12,5
Fantasia	50	25
Formações da lei	75	50
Posição na linguagem	62,5	62,5

Como se pode observar, a maior percentagem de sintomas clínicos situou-se no eixo da “imagem inconsciente do corpo”, seguida pelo “brincar” e pelas “formações da lei”. Já os sintomas conclusivos tiveram um maior percentual na “posição na linguagem” e em seguida nas “formações da lei”.

Por fim, do total de crianças, obteve-se a seguinte síntese diagnóstica: 87,5% delas apresentaram problemas de desenvolvimento e 75% apresentaram risco para a constituição subjetiva, como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise dos resultados por criança

Nome da criança	Idade	Necessidade educacional especial ¹	Sintomas clínicos ²	Desfecho clínico	
				Problema de desenvolvimento	Risco para a constituição subjetiva
E.	3 anos e 10 meses	Deficiência múltipla (deficiência motora e traços autistas)	B., I.I.C., F. e P.L.	Sim	Sim
M.	3 anos e 10 meses	Deficiência auditiva	I.I.C., F.L.	Sim	Não
M.O.	3 anos	Deficiência mental (Síndrome de Down)	B., I.I.C., F., F.L. e P.L.	Sim	Sim
T.	3 anos e 3 meses	Deficiência motora	B., I.I.C., F.L. e P.L.	Sim	Sim
J.	5 anos	Transtorno global do desenvolvimento	B., I.I.C., F., F.L. e P.L.	Sim	Sim
J.G.	5 anos e 5 meses	Transtorno de conduta	B., I.I.C. e F.L.	Sim	Sim
D.	6 anos e 6 meses	Deficiência mental (Síndrome de Down)	B., I.I.C., F., F.L. e P.L.	Sim	Sim
G.	6 anos e 2 meses	Deficiência visual (visão reduzida)	Não	Não	Não

¹ Diagnóstico fornecido pela Secretaria Municipal de Educação de Curitiba.

² Legenda: B – brincar; I.I.C. – imagem inconsciente do corpo; F – fantasia; F.L. – formação da lei; P.L. – posição da linguagem.

Nas sínteses diagnósticas das crianças avaliadas, foram obtidos os seguintes resultados:

E., 3 anos e 10 meses, deficiência múltipla (deformidades osteomusculares congênitas e traços autistas)

Manifesta muitas dificuldades em termos subjetivos, já conhecidas no meio familiar e escolar sob a rubrica “traços autistas”. É considerado como portador de deficiência múltipla, mas suas dificuldades motoras não teriam necessariamente relação com os traços ditos autistas. Estes parecem ser uma consequência de como foi considerado seu problema motor pelo meio. Ele demonstra capacidade de se interessar por alguns elementos, de se relacionar com alguns adultos específicos e de se representar diante do espelho.

O fato de a literatura não trazer nenhuma informação a respeito da associação entre deficiência motora e traços autistas, leva a pensar que as falhas nos aspectos estruturais apresentadas por *E.* não se devem à deficiência em si. Mas podem estar relacionadas ao seu contexto familiar, já que é neste que cada ser humano recebe um lugar, entra em um mundo de cultura e de linguagem, apropria-se de elementos simbólicos e estrutura sua personalidade a partir das relações que vivencia. Mesmo antes do nascimento, durante a gestação, os pais já imaginam seu filho, fazem planos para ele, escolhem o nome e começam a amá-lo, no entanto o aparecimento de alguma incapacidade, defeito físico ou lesão pode influenciar esse lugar preexistente à criança (BERNARDINO, 2007). Tendo em vista que a estruturação psíquica do bebê depende do investimento parental, pode se tornar muito difícil para esses pais substituírem o filho imaginado pelo filho cuja imagem distancia-se muito do que era esperado. Dessa forma, “além da deficiência que marca seu corpo, esse bebê ainda ficará em condição precária em relação à sua estruturação simbólica” (BERNARDINO, 2007, p. 56).

Todos esses dados apontam para a necessidade de um atendimento psicoterapêutico individual, pois a criança apresenta sintomas que justificam esse encaminhamento e, além disso, dá sinais de que responderia bem ao processo.

M., 3 anos e 10 meses, deficiência auditiva

Apesar da ausência de fala, *M.* está posicionado na linguagem, demanda ser visto e “escutado” (entendido); está clara sua diferenciação dos demais. Manifesta preferências e interesse por atividades e brinquedos tipicamente masculinos, evidenciando que está posicionado na diferença sexual. Demonstra traços de autorreconhecimento, preocupa-se com o aspecto que oferecerá ao ser visto pelos outros, possui controle esfinteriano. No desenho de si mesmo, não demonstra

reconhecimento do seu esquema corporal, mas seu interesse pelo espelho mostra que está construindo sua imagem corporal, ainda que mais tarde do que esperado. Em algumas situações, quando a educadora estabelece algum limite (dizendo não e mostrando o dedo indicador negativamente) ou colegas estabelecem alguma restrição a brinquedos, *M.* parece entender, mas às vezes não aceita e reage fazendo birra e chorando.

Segundo Kirk e Gallagher (1991), a deficiência auditiva interfere na comunicação, tanto na recepção da linguagem quanto na sua produção. Considerando que a linguagem influencia em praticamente todas as áreas do desenvolvimento, essa incapacidade de ouvir e falar configura uma deficiência crítica, que pode dificultar o ajustamento social e pessoal e a realização acadêmica das crianças surdas. As limitações de um modo de comunicação com os demais e as limitações progressivas no desenvolvimento normal da linguagem afetam gravemente os processos de desenvolvimento da criança. Apesar das dificuldades relacionadas à fala, esperadas para a criança com deficiência auditiva, *M.* busca recursos para se comunicar com colegas e educadores. “Embora a perda auditiva não leve inevitavelmente a dificuldades sociais e de personalidade, pode criar um ambiente em que tais dificuldades aparecem facilmente” (MEADOW apud KIRK, GALLAGHER, 1991, p. 246). Kirk e Gallagher (1991) descrevem uma situação relacionada ao ajustamento social próprio da deficiência auditiva, na qual a criança, em uma situação de brincadeira, não consegue dizer o que quer e simplesmente o faz e, assim, é rotulada de “agressiva”.

Estudos revelaram que crianças surdas sem problemas manifestos ou sérios tinham características de rigidez, egocentrismo, ausência de controle interno e impulsividade (MEADOW apud KIRK, GALLAGHER, 1991).

Os sintomas clínicos, “atuações agressivas” e “birras prolongadas” confirmam os dados descritos na literatura sobre algumas características próprias da criança com esse tipo de necessidade especial, contudo *M.* não apresentou nenhum sintoma conclusivo que indicasse riscos para a constituição subjetiva. Mesmo as principais dificuldades que *M.* apresenta em relação à lei obrigam o meio escolar a trabalhar essas questões com ele. O que permite demonstrar o importante efeito da inclusão na estruturação subjetiva dele.

A respeito da escolarização de crianças surdas, há uma polêmica sobre sua integração em escolas regulares que demonstram que o rendimento das crianças é melhor nas escolas integradoras, contudo seu desenvolvimento emocional e adaptação social apresentam maiores dificuldades nessas instituições (COLL, MARCHESI, PALACIOS, 2004). Nesse caso, mesmo com relação

ao desenvolvimento emocional e à adaptação social, as observações forneceram muitos indícios de que *M.* está respondendo bem ao processo de inclusão. Vale ressaltar que esse aluno recebia da parte das educadoras um grande investimento, o que certamente contribuiu bastante para o bom resultado obtido.

M.O., 3 anos, deficiência mental (Síndrome de Down)

Tanto os problemas de desenvolvimento quanto os sintomas indicativos de risco para a constituição subjetiva encontrados na avaliação de *M.O.* podem ser entendidos no contexto geral da Síndrome de Down.

Segundo Marcelli e Cohen (2010, p. 238-239), o desenvolvimento psicomotor de crianças portadoras de Síndrome de Down é globalmente lento, sendo que “a passividade, a lentidão e a inércia dominam o quadro”. A marcha é adquirida entre 2 e 3 anos e a fala começa aproximadamente entre 4 e 5 anos. Com relação ao desenvolvimento cognitivo, a aprendizagem é possível, entretanto permanecerá limitada. A respeito do desenvolvimento afetivo, “as condutas que testemunham mais diretamente perturbações psicopatológicas são bastante raras”.

M.O. apresenta características que são encontradas na maioria das crianças com essa necessidade especial. Contudo, seria de esperar um pouco mais de facilidade na socialização e no brincar em uma criança em processo de inclusão. Um trabalho focado nas questões estruturais seria indicado em caráter preventivo.

T., 3 anos e 3 meses, deficiência motora (hemiplegia)

Mesmo que os problemas de linguagem possam estar relacionados com a dificuldade motora na articulação da fala, considera-se que essa criança está em risco para a constituição subjetiva porque tanto o fato de não formar frases quanto a pobreza simbólica são fatores que prejudicam a organização do pensamento, a inter-relação com as pessoas e a própria organização psíquica. Além disso, a submissão excessiva às regras, que segundo a literatura não tem qualquer relação direta com a hemiplegia, sinaliza a maneira como essa criança se relaciona com as figuras de autoridade e com as pessoas importantes para ela. Quadro que pode acarretar dificuldades futuras para assumir seus próprios desejos e sua condição subjetiva em separado dos adultos tutelares.

Segundo Coll, Marchesi e Palacios (2004), a partir do momento em que os pais ficam sabendo que seu filho é portador de alguma deficiência, a preocupação com o presente e com o futuro da criança aumenta intensamente. Já que essas crianças requerem muito mais cuidados físicos, os pais dedicam mais tempo ao acompanhamento

delas. Entre as interações familiares das crianças com necessidades especiais, a mais estudada é a interação mãe-filho.

A respeito dessa relação, Bernardino (2007, p. 57) afirma que é possível que se configure uma situação de dependência absoluta, ou seja, a criança tem dificuldade de romper essa relação dual com a mãe e direcionar-se para a cultura. “A história da criança pode ficar atrelada à história da mãe por toda a vida, situada no lugar da eterna criança, que não pode ter acesso a um desejo e a uma história própria.”

É durante a escolarização da criança com necessidades especiais, especialmente na educação infantil, que muitas famílias têm de vencer o medo que lhes causa deixar o filho aos cuidados de outras pessoas. Nesse momento, geralmente, a criança passa de um ambiente protetor, ou superprotetor, a um meio social mais amplo, onde se prioriza o desenvolvimento da autonomia (COLL, MARCHESI, PALACIOS, 2004).

No caso dessa criança, o efeito esperado do processo de inserção escolar não está ocorrendo, o que sinaliza a necessidade de um atendimento psicoterapêutico, com inclusão dos pais, que possa trabalhar a extrema dependência dessa criança.

J., 5 anos, condutas típicas (Transtorno Global do Desenvolvimento)

Apresenta sintomas compatíveis com a hipótese diagnóstica já formulada para ele de TGD (Transtorno Global do Desenvolvimento), confirmando-se o risco para a constituição subjetiva. Os Transtornos Globais do Desenvolvimento ou Transtornos Invasivos do Desenvolvimento “se caracterizam por uma alteração global das capacidades de comunicação, perturbações nas relações com os outros, atividades e interesses restritos repetitivos, em geral estereotipados” (MARCELLI, COHEN, 2010, p. 264).

Pode-se observar que *J.* não possui uma fala própria inteligível; há ausência de pronomes pessoais e sua fala precisa ser traduzida pela educadora titular. Não demonstra identificação subjetiva e sexual. Apesar de apresentar autonomia ao se alimentar e controle esfinteriano, demonstra agitação motora, preocupação excessiva com a sujeira, e no desenho de si mesmo não demonstra reconhecimento do seu esquema corporal. A operação da função paterna parece estar vinculada à educadora titular, já que, apenas na presença dela, *J.* parece dirigir demandas, reconhecer e respeitar os limites impostos, o que confirma os achados da literatura. No que diz respeito aos tratamentos educativos de crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento, Marcelli e Cohen (2010) afirmam que, independentemente do tratamento ou da pedagogia propostos, a qualidade da

relação estabelecida entre a criança e seu cuidador ou professor é determinante. E é também a partir dessa relação que a criança pode progredir.

Esse dado sobre *J.* e sua educadora aponta para a abertura que essa criança tem para a relação com o outro e para a aprendizagem. Sendo assim, é uma criança que necessita de um trabalho psicoterapêutico individual e intensivo, para trabalhar os aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos em paralelo ao trabalho educativo.

J.G., 5 anos e 5 meses, condutas típicas (transtorno de conduta)

Fala em nome próprio, demanda ser visto e ser escutado. Comporta-se e veste-se de acordo com seu sexo e tem preferências por brincadeiras e atividades tipicamente masculinas, revelando que está posicionado na diferença sexual. *J.G.* traz muita preocupação com machucados, levando a pensar que ele precisa ainda se apresentar pelas marcas do corpo. Apresenta alimentação seletiva, o que permite afirmar que há problema no desenvolvimento da função alimentar.

J.G. entende as regras, mas faz oposição a elas com birras ou desobediência. Demonstra muita dificuldade de lidar com a frustração e apresenta sintomas clínicos nas “formações da lei”, inclusive dois sintomas considerados conclusivos para indicar risco para a constituição subjetiva: “desobediência desafiadora” e “recusa do não”.

Embora já tenha recebido um diagnóstico de transtorno de conduta, *J.G.* pode se situar no que Winnicott (1956, 1980) descreve como “tendência antissocial”, termo que inclui crianças que desobedecem, causam desarrumações no meio em que circulam, podem ser agressivas e manipuladoras, como forma de apelo ao meio diante de suas dificuldades subjetivas. Apenas se não tratado, esse quadro pode evoluir para um transtorno de conduta e, na adolescência, para a delinquência. A terapêutica para esses casos inclui um manejo adequado da situação social na qual a criança está inserida, o que aponta para a necessidade de uma orientação da professora sobre sua postura enquanto representante da lei na sala de aula, bem como para uma indicação de psicoterapia para trabalhar os aspectos intrapsíquicos da criança.

D., 6 anos e 6 meses, deficiência mental (Síndrome de Down)

Ainda está referenciado ao que as pessoas falam dele. Não está clara sua diferenciação em relação aos outros, não possui uma fala própria inteligível e é uma criança extremamente passiva. *D.* não deu nenhuma demonstração de se reconhecer como menino. Na constituição da sua imagem corporal há falhas devido a sua extrema passividade, falta de iniciativa, dificuldades na coordenação motora e dificuldades no controle

esfincteriano. Com relação à operação da função paterna, essa criança aparenta uma submissão excessiva às leis ou uma falta de entendimento delas.

Segundo Marcelli e Cohen (2010, p. 238), a partir dos 6-7 anos, o comportamento da criança portadora de Síndrome de Down muda. Na primeira infância, são bebês calmos, tranquilos e capazes de permanecer longas horas inativos; a partir desse período, “a instabilidade se torna cada vez mais visível, seja motora (não para no lugar, saltita, faz caretas), seja intelectual (atividade descontínua, pouca capacidade de atenção), seja afetiva (mudanças bruscas de humor)”. Entretanto continua sendo uma criança alegre, com necessidade de contatos físicos e sociável.

D. demonstra algumas dificuldades próprias da deficiência mental, mas apresenta alguns aspectos do desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo que não são esperados para crianças da sua faixa etária portadoras de Síndrome de Down. Apresenta também uma série de sintomas clínicos que apontam para um importante risco em sua constituição subjetiva. Para que *D.* possa realmente aproveitar o processo de inclusão, um trabalho psicoterapêutico intensivo individual é indicado.

Os resultados dessa avaliação foram dignos de nota, na medida em que esse aluno contava com condições aparentemente muito favoráveis no ambiente escolar para um processo de inclusão bem-sucedido: três educadoras em uma sala de poucos alunos, sendo uma delas sua tutora; e a participação dos pais nas atividades escolares. Situação descrita pelos educadores como efetiva. Entretanto, o risco para constituição subjetiva encontrado aponta as extremas dificuldades da criança em seguir esse processo.

G., 6 anos e 2 meses, deficiência visual (visão reduzida)

Fala em nome próprio, demonstra autonomia, identificação subjetiva e está posicionado na diferenciação sexual. Apresenta percepção de si mesmo, de características e atributos particulares, evidenciada quando desenha seu rosto e seus olhos, entretanto desenha vários membros sem diferenciação entre superiores e inferiores.

G. não apresentou sintomas clínicos, apenas a constituição da imagem corporal aparece com falhas, mas compatíveis com o tipo de necessidade especial que apresenta. A deficiência visual limita a percepção e a cognição de três formas: quanto à extensão e variedade de experiências, quanto à capacidade de se locomover e quanto à interação com o ambiente. Essas limitações, conseqüentemente, interferem na autopercepção da criança (KIRK, GALLAGHER, 1991).

Pesquisas realizadas sobre a integração escolar das crianças deficientes visuais verificaram que, intelectualmente, elas estão perfeitamente integradas

nas escolas regulares. Entretanto, é preciso conhecer as características mais importantes do desenvolvimento e da aprendizagem da criança para planejar as intervenções educativas e adaptar as ações às peculiaridades da criança. Nesse sentido, ressalta-se que se deve sempre aproveitar ao máximo a visão funcional que a criança possui (COLL, MARCHESI, PALACIOS, 2004). Nesse sentido, observou-se que para G. o processo de inclusão está sendo bem-sucedido.

ANÁLISE QUALITATIVA DAS TURMAS OBSERVADAS

Das quatro turmas dos Centros Municipais de Educação Infantil (Cmeis), três destas chamaram atenção pelo fato de apresentarem grande quantidade de alunos, de 20 a 30, e uma ou duas educadoras. Além do alto número de alunos, havia três deles em processo de inclusão escolar e com necessidades educativas muito diferenciadas em uma das turmas. Em contrapartida, na escola particular de educação infantil, a turma observada possuía 17 alunos e três educadoras, sendo uma delas tutora específica para o aluno com necessidades especiais.

Coll, Marchesi e Palacios (2004) apresentam os diferentes graus do processo de integração dos alunos com necessidades educativas especiais. Segundo essa proposta, as turmas dos Cmeis observadas classificam-se como “classe comum sem apoio”; já a turma da escola particular é considerada uma “classe comum, com apoio para o professor e para o atendimento pessoal”, ou seja, o aluno em processo de inclusão recebe na própria sala de aula a ajuda necessária, através de um professor tutor ou professor de apoio. Esse último processo é considerado o mais integrador por esses autores.

Pode-se observar que, nessa última turma, o aluno obtinha mais atenção e apoio para acompanhar e integrar-se às atividades de rotina da turma. Em contrapartida, uma turma com maior quantidade de alunos e poucas educadoras não permite que o educador disponibilize a devida atenção ao aluno de inclusão.

Considerando que 75% das crianças observadas apresentaram riscos para a constituição psíquica, destaca-se a importância tanto da instituição de ensino quanto dos educadores no processo de inclusão escolar dessas crianças. Braga (2005), citando os autores Mariotto (2004) e Carvalho (2001), revela que há muitos fatores para pensar na escola de educação infantil como uma instituição que pode favorecer o trabalho de resgate da constituição subjetiva da criança que apresenta falhas nesse processo. Assim como os educadores, que podem dar continuidade ao investimento familiar que possibilita a constituição psíquica da criança. “A integração, realizada nas devidas condições, é positiva para os alunos com

necessidades educativas especiais, já que contribui para o seu melhor desenvolvimento e para uma socialização mais completa e normal” (COLL, MARCHESI, PALACIOS, 2004, p. 23).

Os resultados qualitativos das turmas observadas confirmaram o que a literatura traz a respeito do benefício da integração, quando devidamente realizada, das crianças pequenas com necessidades educativas especiais nas escolas regulares, nos âmbitos social, cognitivo e emocional e, sobretudo, na retomada da constituição psíquica dos alunos que já apresentam falhas no desenvolvimento dos seus aspectos estruturais. No entanto, a avaliação dos resultados de cada criança revelou que, além do processo de inclusão escolar, é necessário o acompanhamento específico desses aspectos estruturais através de psicoterapia.

Em relação aos resultados obtidos com a aplicação da AP3 na Pesquisa IRDI (KUPFER *et al.*, 2010), que foi aplicada com crianças que não apresentam nenhum tipo de necessidade educativa especial, verificou-se uma diferença significativa na síntese diagnóstica das crianças avaliadas pela presente pesquisa. Na Pesquisa IRDI, em 70,3% das crianças havia problemas de desenvolvimento; o índice elevou-se para 87,5% na pesquisa aqui realizada. Na Pesquisa IRDI, 19,6% apresentaram risco para a constituição subjetiva, já na atual pesquisa esse percentual passou para 75%.

Como se pode observar, a diferença é altamente significativa quanto ao risco para a constituição subjetiva, o que demonstra a alta sensibilidade das crianças com necessidades especiais para riscos psíquicos. Esse dado é um achado importante, tendo em vista que essas crianças são atendidas prioritariamente em suas necessidades educativas no ambiente escolar, com preocupações centradas no desenvolvimento de suas funções e habilidades (aspectos instrumentais). Suas dificuldades subjetivas, no que se refere a sua identidade e às suas possibilidades de independência futura (aspectos estruturais), não são especialmente contempladas.

A figura abaixo propõe uma integração de todos esses aspectos como fundamental para o sucesso do processo inclusivo. Indica-se como esse processo de inclusão visa a atingir os objetivos ligados ao desenvolvimento social, emocional e cognitivo através das experiências escolares. Além disso, é necessário um foco na área instrumental relacionada à necessidade especial da criança, seja pela deficiência sensorial, motora, intelectual ou social. A instituição escolar e a ação do professor, ao investirem no processo inclusivo, podem favorecer também a constituição psíquica da criança, em parceria com o trabalho psicoterapêutico que, de modo preventivo, pode auxiliar a criança nos impasses que encontra na montagem da subjetividade.

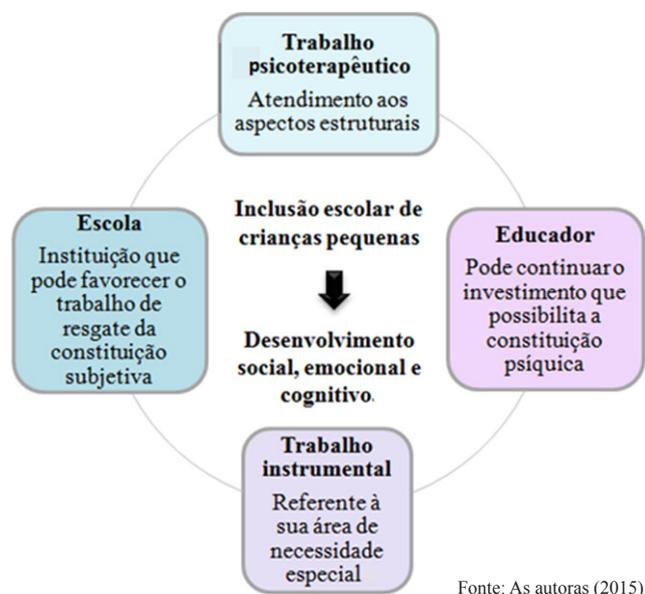


Figura 1 – Elementos fundamentais no processo de inclusão escolar de crianças pequenas

CONCLUSÃO

O que esta pesquisa encontrou, a partir da amostra analisada, foi que a presença de uma deficiência pode acarretar, para a criança com necessidades especiais, um risco muito maior de entraves no processo de constituição subjetiva que o da população de crianças em geral. São achados ainda limitados, devido ao tamanho da amostra, mas que apontam para a necessidade de mais pesquisas a respeito. Mesmo assim, esses resultados levam à constatação de que o processo de inclusão escolar não é suficiente para o atendimento global das dificuldades dessas crianças. É necessário aliá-lo a um trabalho psicoterapêutico, envolvendo também os pais.

Este estudo permitiu demonstrar o que a literatura descreve quanto ao impacto da deficiência no desenvolvimento das funções instrumentais. A avaliação das crianças demonstrou que alguns dos sintomas clínicos e necessidades identificados, que apontam para problemas de desenvolvimento, são esperados, já que estão relacionados às áreas comprometidas pelas necessidades especiais.

Entretanto, pode-se verificar ainda o impacto da deficiência para as funções estruturais, para o processo de constituição subjetiva. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de atenção também a essas dificuldades. Isto é, essas crianças, além do trabalho instrumental específico referente à sua área de necessidade especial, devem receber um acompanhamento psicoterapêutico para atender aos seus aspectos estruturais.

Além disso, constatou-se que a qualidade do processo de inclusão depende muito da disponibilidade dos

profissionais da educação que têm contato com a criança. Quando o profissional responsável pela sala de aula pode contar com auxiliares, é possível dar mais atenção às necessidades especiais da criança e a sua inserção no grupo de alunos. A orientação desses profissionais quanto às particularidades de cada criança de inclusão também se mostra benéfica para o processo.

Tendo em vista que o desenvolvimento global da criança pequena envolve tanto seus aspectos instrumentais quanto estruturais, e considerando o caráter determinante desse período na constituição psíquica e “desenvolvimental” do ser humano, conclui-se que a soma desses dois tipos de acompanhamento – escolar e psicoterapêutico –, com profissionais bem preparados, é indicada para o sucesso do processo de inclusão.

REFERÊNCIAS

- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos Clínicos*, São Paulo, v.12, n.22, p. 48-67, 2007.
- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.
- BRAGA, Luciana Pereira. Dos traumas ao mundo misterioso de Thomas. In: COLLI, Fernando Anthero Galvão (Org.). *Travessias inclusão escolar: a experiência do grupo ponte Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 43-64.
- BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, DF: Presidência da República: Secretaria de Educação Especial. Recuperado em 27 de outubro de 2011.
- COLL, Cesar; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesus. *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CORIAT, Lydia; JERUSALINSKY, Alfredo. Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. In: CENTRO Lydia Coriat. *Escritos da criança*, n. 4. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1982.
- DI PAOLO, Angela Flexa; LERNER, Rogério; KUPFER, Maria Cristina Machado. Avaliação Psicanalítica aos 3 anos: desdobramentos e novas contribuições. In: *Formação de profissionais e a criança-sujeito*, São Paulo, 2009.
- FOSTER, O.; TERZAGHI, M. A. Neuroplasticidad. Bases neurológicas de la estimulación temprana. *Escritos de la Infância*, v. 5, n. 8, 1996.
- JERUSALINSKY, Alfredo. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- JERUSALINSKY, Alfredo. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In: LERNER, Rogério; KUPFER, Maria Cristina Machado (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta, 2008.

KIRK, S. A.; GALLAGHER, J. J. **Educação da criança excepcional**. 2. ed. São Paulo: M. Fontes, 1991.

KUPFER, Maria Cristina Machado et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 48-68, 2009.

KUPFER, Maria Cristina Machado; BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100004>

MARCELLI, Daniel; COHEN, David. **Infância e psicopatologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Pesquisas sobre inclusão escolar: revisão da agenda de um grupo de pesquisa. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 2, n. 1, p. 3-25, 2008.

MRECH, Leny Magalhães; RAHME, Mônica. A roda de conversa e a assembléia de crianças: a palavra líquida e a escola de educação infantil. **Educação em Revista**, v. 25, n. 1, p. 293-301, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982009000100016>

ROSA, Merval. **Psicologia evolutiva**. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

WINNICOTT, D. W. A tendência anti-social. In: WINNICOTT, D. W. **Da psicanálise à pediatria**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, (1956) 1980.

NOTA

Este programa foi coordenado pelas professoras Dra. Rosa Maria Marini Mariotto e Dra. Leda Mariza Fischer Bernardino e financiado pela Fundação Araucária, no período de 2009 a 2011.

Artigo recebido em março 2015.

Aprovado em junho 2015.