



**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
E INCLUSÃO EDUCACIONAL**

**TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO –
Construindo olhares, trilhando novos caminhos**



Shirley Aparecida dos Santos¹

Caro professor! Todos os que trabalham com crianças e adolescentes são cotidianamente confrontados com questões relacionadas ao desenvolvimento, à evolução e à história. De fato, são diversas as possibilidades evolutivas da criança: a maturação neurológica, o desenvolvimento sensório-motor, os hábitos alimentares e de higiene, o desenvolvimento cognitivo, a constituição subjetiva, os processos de adaptação escolar e social. O próprio Estatuto da criança e do adolescente – que os reconhece como sujeitos de pleno direito – postula sua “condição peculiar” de “pessoas em desenvolvimento”. Assim, aos diferentes fenômenos ocorridos no organismo agregam-se características psicológicas e comportamentais, o chamado “desenvolvimento emocional ou afetivo” (Cirino, 2001, p.15).

Gostaríamos de fazer a você, professor, um convite para desenvolvermos, juntos um novo olhar para a área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – como já sugeria Freud – os que lidam com as crianças têm a tarefa de fazê-las ter vontade de viver, de despertá-las para o mundo, não as deixando ao sabor do destino, mas, sim, responsabilizando-as pela invenção de suas próprias vidas e de sua comunidade.

Estamos nos referindo especificamente a alunos que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, alterações qualitativas das interações sociais e na comunicação, um repertório de interesses restrito, estereotipado e repetitivo, que dificultam o acompanhamento das atividades curriculares. Incluem-se nesse grupo educandos com: Autismo clássico, Síndrome

¹ Shirley Aparecida dos Santos graduada em Pedagogia, especialização em Educação Especial e Educação para Valores Humanos. Atualmente, membro da equipe do Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional.

de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância (psicoses) e Transtornos Invasivos sem outra especificação (Resolução Nº 4, de 2 de outubro de 2009, MEC).

Num primeiro momento, recorreremos à alguns historiadores, filósofos, psicanalistas, que, a partir de diferentes perspectivas, se dedicaram a pensar a infância na civilização ocidental.

Nesse contexto o estudo acerca dos conceitos, concepção de sujeito e políticas educacionais deverá ser visto como instrumento para a compreensão, não apenas da área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, mas também de desenvolver um intenso trabalho de investigação e reflexão sobre o ato pedagógico.

Ao final desta leitura deveremos ter compreendido que mais do que dar respostas, aprendeu-se a escutar perguntas; mais do que terminar diálogos, entabulamos novos questionamentos, mais do que ensinar, aprendeu-se a aprender.

Trabalho feito com paixão, sementes lançadas para frutificarem.

Introdução

É relevante salientar que o período da infância, marcado pela insígnia do desenvolvimento, é considerada como determinante na vida de qualquer sujeito. Situa-se entre o nascimento e a adolescência é caracterizada por importante desenvolvimento físico, intelectual e emocional.

A construção da subjetividade humana é um dos grandes mistérios que ainda lutamos para compreender. As áreas que pesquisam o desenvolvimento e a aprendizagem do homem vem colaborando para elucidar este quebra-cabeça complexo e intrigante que é a mente humana e suas potencialidades.

Nos debruçaremos sobre as visões da infância e suas origens nas concepções culturais que se transformam ao longo do tempo histórico. A criança que concebemos hoje é distinta da criança da Idade Antiga, Média ou mesmo Moderna. Quando olhamos um bebê, na atualidade, percebemos um ser dotado de alto potencial e necessitado de cuidados específicos, que garantam seu desenvolvimento e aprendizagem durante a sua vida.

Compreender a infância sob a perspectiva histórica auxilia a análise evolutiva das distintas concepções acerca da criança, ao longo do desenvolvimento da civilização ocidental e observar o quanto às crenças sobre a infância e a adolescência se relacionam ou se submetem às ideologias que dominam o cenário histórico, em um dado tempo (Borstelmann, 1983).

O conhecimento atual, adquirido principalmente com o desenvolvimento das neurociências na década de 1990, tem mudado muito a psiquiatria. A doença mental da infância é comumente classificada em grandes categorias como transtornos do comportamento, transtornos do humor, transtornos do desenvolvimento, transtornos do movimento e transtornos psicóticos. Estes transtornos reunidos afetam mais de 20% das crianças com menos de 18 anos. (Mercadante e Scahill, 2005).

Devemos lembrar que no caso da psiquiatria temos que ter em mente que lidamos com conceitos, idéias que, por não serem “fatos”, não são absolutos. Para

sermos mais precisos, quando falamos que tal pessoa tem esquizofrenia, não podemos esquecer, que isso é uma condição nomeada por determinadas pessoas, num determinado tempo. Esse conceito de esquizofrenia pode mudar com o tempo e com as pesquisas vamos aos poucos descobrindo que, dentro desse conceito, existem diferentes condições que deverão ser diferentemente compreendidas no futuro.

Isso fica evidenciado, por exemplo, com relação ao Autismo: descrito por Leo Kanner, em 1943, era considerado um problema que ocorria em crianças inteligentes. Naquela época, os casos que Kanner pôde avaliar eram assim. Daí se criou o conceito de que autista é inteligente. Com o tempo, as pesquisas puderam mostrar que existia uma situação que era o “autismo” que podia acontecer em crianças com inteligência normal ou não. Conseguiu-se entender que era possível uma criança com problemas na inteligência também apresentar um problema de “autismo”. E assim, mudou-se o conceito do que é Autismo.

Ao lidarmos com conceitos, é inerente que eles tenham origem, autoria. Por não serem, então, “verdades”, fatos, cria-se um campo vasto para discussão. Por conseguinte, uma dessas discussões é sobre o tema da “doença mental”. Falar em doença mental é muito mais difícil do que na medicina em geral, e isso se dá porque, a princípio, doença significa que o organismo está funcionando errado. Por exemplo: se pensarmos o fígado, é algo mais fácil de determinar que o funcionamento está inadequado, isto é, se o fígado não está metabolizando adequadamente, deve estar doente.

Com relação à Psiquiatria, uma das funções que podemos observar como produto da mente é o comportamento, no entanto, não faz sentido tratar os problemas de comportamento simplesmente como doenças. Assim em psiquiatria, fala-se em transtornos, que é um conjunto de comportamentos e emoções que atrapalham a vida de uma pessoa (se apresentam, principalmente, na maneira de perceber, pensar, sentir e agir).

A criança e a história

Durante diferentes períodos significações de uma criança como anão malvado, lugar do pecado, criança-modelo, anjo cristão tem acompanhado as mudanças históricos-sociais ao longo dos últimos séculos.

Philippe Ariès, através de estudos iconográficos em desenhos e gravuras, mostra que a imagem de uma criança entre os séculos XV e XVIII era de um adulto, algo semelhante a um anão – corpo de criança, roupas e gestos de adulto. Essa representação corresponde ao fato de que “em si mesma, a criança como criança não tinha nenhum valor social produtivo e, portanto, a sua imagem era absolutamente insignificante”(Volnovich, 1993). Com efeito, não resulta estranho, assim, que a educação estivesse centrada nos “adultos do futuro”, mais do que nas crianças do presente.

Rousseau, a partir de seu livro Emílio (1762), estabelece uma nova perspectiva: “a infância tem maneiras de ver, de pensar e de sentir que lhe são próprias” (ROUSSEAU, 1999, p.86). E ainda aponta que a educação deve visar duas metas: o desenvolvimento das potencialidades naturais da criança e seu afastamento dos males sociais. Deve ser progressiva. A cada etapa da vida da

criança, novas lições, não apenas novos conteúdos, também, novos procedimentos para lidar com ela e sua natureza de formação. A primeira fase, por exemplo, deve ser dedicada ao aperfeiçoamento dos órgãos dos sentidos, pois as necessidades iniciais são principalmente físicas. Não sendo capaz, nesse momento, de abstrações, o educando deve ser orientado para conhecer o mundo através do contato com suas próprias coisas.

Compreendendo os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

Com aporte dos autores Mercadante e Scahill (2005) os transtornos invasivos do desenvolvimento são um grupo de transtornos caracterizados por importante atraso no desenvolvimento em diferentes áreas de funcionamento, incluindo a socialização, comunicação e relacionamento interpessoal.

O DSM-IV descreve alguns tipos de transtornos invasivos, como: o autismo, a síndrome de asperger, a síndrome de rett, o transtorno desintegrativo e o transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação.

O transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação é composto por um grupo heterogêneo de crianças com tendências a apresentar comportamento inflexível, intolerância à mudança, e explosão de raiva e birra quando submetidas às exigências do ambiente ou até mesmo à mudanças de rotina.

“Assim, muitas vezes, ao discutir a minha impressão sobre determinada criança, quando afirmo que, na minha compreensão, se trata de um transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação, a pessoa do outro lado da mesa ou do outro lado da linha diz “aliviada”: “ Ah! Que bom! Achei que pudesse ser um quadro de autismo!”. Esse é um duplo equívoco: primeiro, porque o diagnóstico nessa área nada mais é do que a organização de um conhecimento, sendo que o comportamento da criança, por si só, já mostra quais são suas limitações, possibilidade e incapacidades (“chamá-la” ou não de autista não modifica essa condição); e segundo (aqui um desconhecimento do termo) porque dizer que é um transtorno invasivo do desenvolvimento tem o mesmo *status*, em termos da complexidade do quadro, que o transtorno autista.”(MERCADANTE, M. T. SCAHILL, L.. 2005).

Dentre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento mais comumente encontrados nas escolas, destacamos o Autismo Infantil, Transtorno de Asperger e Psicose que passaremos a detalhar.

Retomando um pouco dos ditos sobre o autismo

Na literatura, encontramos pesquisadores importantes por suas argumentações sobre a doença, sobre os critérios internacionais para o seu diagnóstico e, ainda, por trabalharem as possíveis hipóteses para o seu desencadeamento. Para os educadores consideramos esse conhecimento relevante para pensar as dificuldades e as desvantagens que esses alunos podem ou não apresentar no processo ensino e aprendizagem.

O autismo é uma palavra de origem grega (autós), que significa por si mesmo. O termo é usado pela psiquiatria para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, voltados para o próprio sujeito.

Foi descrito, na década de 40, por Léo Kanner, psiquiatra austríaco, residente nos Estados Unidos, dedicou-se ao estudo e à pesquisa de crianças que apresentavam comportamentos estranhos e peculiares, caracterizados por estereotípias (repetição de gestos), por outros sintomas aliados a uma imensa dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais.

Após a apresentação do autismo por Kanner, Bruno Bettelheim construiu em 1944 a seguinte hipótese sobre o autismo, conforme nos apresenta AMY (2001):

A criança encontra no isolamento autístico (como os prisioneiros de Dachau) o único recurso possível a uma experiência intolerável do mundo exterior, experiência negativa vivida muito precocemente em sua relação com a mãe e seu ambiente familiar. É por isso que fala de “crianças vítimas de graves perturbações afetivas” (o que por sinal é totalmente verdadeiro para certas crianças que ele acolheu, mas que não eram necessariamente autistas). (...) Bettelheim abriu as portas a teorias extremamente culpabilizantes para os pais, que se viram como a causa primeira do atraso de seus filhos.

De acordo com Gaspar (1998), neuropediatra, o autismo vem crescendo nos últimos anos, não se restringindo à raça, etnia ou grupo social. De causa ainda não especificamente determinada, o aumento pode ser em virtude, também, de um maior e melhor diagnóstico e de informações resultantes de mais estudos e divulgações sobre a síndrome que atinge sujeitos de todos os países do mundo.

Steiner (2002) aponta que o autismo é caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade dos três anos, havendo uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios: interação social, comunicação e comportamento comumente focalizado e repetitivo.

Segundo Teixeira (2006) o autismo é um transtorno invasivo do desenvolvimento caracterizado por prejuízos na interação social, atraso na aquisição da linguagem e comportamentos estereotipados e repetitivos. Esse autor aponta para o fato, de que os bebês com autismo apresentam grande déficit no comportamento social, tendem a evitar contato visual, mostram-se pouco interessadas na voz humana e não assumem a postura antecipatória – como colocar seus braços à frente para serem levantados pelos pais. Quando crianças não demonstram interesse em brincar com outras crianças, tampouco interesse por jogos e atividades de grupo, podem ter tendências como cheirar e lambem objetos ou ainda bater palmas e mover a cabeça e tronco para frente e para trás. Os autistas adolescentes podem adquirir sintomas obsessivos como idéias de contaminação e apresentar também comportamentos ritualísticos como repetição de perguntas, dentre outros.

Conceituando a Síndrome de Asperger

Hans Asperger descreveu a síndrome de Asperger em 1944. Este transtorno também é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento. Crianças com a síndrome de Asperger podem ter inteligência normal, sendo que tipicamente apresentam inteligência verbal maior que a não verbal, (isto é “falam” melhor do que “fazem”). Embora as habilidades verbais dessas crianças não apresentem os prejuízos encontrados nas crianças autistas, elas frequentemente apresentam profundas dificuldades sociais.

De acordo com Teixeira (2006) o desenvolvimento inicial da criança parece normal, contudo no decorrer dos anos seu discurso torna-se diferente, monótono, peculiar e há com frequência a presença de preocupações obsessivas. É um transtorno de múltiplas funções do psiquismo, com afetação principal na área do relacionamento interpessoal e no da comunicação, embora a fala seja relativamente normal. A interação dela com outras crianças torna-se difícil, é pouco empática, apresenta comportamento excêntrico, sua vestimenta pode se apresentar estranhamente alinhada e a dificuldade de socialização pode torná-la solitária. São inflexíveis, tem dificuldades de lidar com mudanças, são emocionalmente vulneráveis e instáveis, são ingênuos e eminentemente carentes de senso comum. Há prejuízo na coordenação motora e na percepção visoespacial. Frequentemente apresenta interesses peculiares e pode passar horas assistindo ao canal da previsão do tempo na televisão ou estudando exaustivamente sobre temas ou assuntos preferidos, como dinossauros, Egito, carros, aviões, mapas de ruas, entre outros.

Definindo a Psicose e suas especificidades

A definição sobre psicose, fornecida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (1994) é entendida como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste da realidade.

O termo psicose refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou catatônico. Tradicionalmente os psiquiatras definem o termo psicose como um distúrbio da realidade. Em contrapartida, numa visão psicodinâmica, a psicose seria uma desorganização da personalidade, podendo então ser compreendida como uma confusão entre o mundo imaginário e perceptivo na ausência do Ego segundo Freud, estrutura limitante entre os dois mundos.

Embora rara, a esquizofrenia pode ocorrer em crianças com menos de 12 anos (apud, Mercadante e Scahill, 2005). Seguindo a definição proposta pelo DSM-IV, a prevalência para a esquizofrenia na infância está estimada em dois casos a cada 100.000 pessoas, sendo mais frequente em meninos. Com relação aos sintomas podemos citar: alucinações (ver, ouvir coisas que não existem, fora de contexto cultural), delírios (pensamento absurdo, levando-se em conta as características do pensamento segundo a idade), distúrbios do pensamento e afetividade inapropriada. Outras manifestações frequentes: idiosincrasias (maneira própria de ver, sentir e reagir) de linguagem, tais como neologismos, ecolalia e dificuldades de comunicação verbal, considerando-se o adequado para a idade. Esses sintomas causam alterações significativas em todas as áreas de

funcionamento, e as crianças afetadas podem apresentar um atraso do desenvolvimento.

Em relação à esquizofrenia, admite-se que a vulnerabilidade genética desempenha um papel importante no desenvolvimento desse quadro. O diagnóstico de esquizofrenia na infância exige um exame cuidadoso para que se faça o diagnóstico diferencial com autismo e outros transtornos degenerativos do sistema nervoso central.

O autismo pode ser diferenciado da esquizofrenia pela idade início, que tende a ser mais precoce no autismo, assim como pela falta de alucinações e delírios.

Reflexões sobre o campo educacional

Afinal, quem são essas crianças que alguns educadores costumam adjetivar como diferentes, agressivas, inquietas e que quando falam apresentam uma linguagem tão estranha?

Visto em perspectiva, a criança que a atualidade vê, é também aquela do educador, no entanto, a criança que lhe disseram que devia ensinar não corresponde àquela que ele vê diante de si. A criança de hoje é uma criança ligada ao escolar, e, esse fato lhe confere um lugar no social, o que lhe dá identidade. Por isso, Clastres afirmou, que o significante “educação” faz aparecer o significante “criança”.

Ratificando esta afirmação, podemos dizer, que os alunos da área dos Transtornos Globais do Desenvolvimento não poderão deixar de sofrer os efeitos desse lugar atual em que está situado. Queremos chamar atenção para o fato que a diferença não está nem em sua condição social, nem pelo seu funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, por determinantes genéticos ou funcionais. São diferentes porque apresentam graves transtornos de desenvolvimento, demonstram um funcionamento intelectual atípico – sofrem os efeitos desta significação social, carregam a exclusão da linguagem e da circulação social. As escolas se angustiaram ante aluno tão inusitado, confundidos e perdidos na escola, psicóticos e autistas se destacam pelo comportamento *sui generis* – correr pela escola, subir pelas paredes, movimentos estereotipados na sala de aula, etc.

O caminho da inclusão de psicóticos e autistas é constituído no dia-a-dia, passo a passo, e por isso podemos olhar para trás e ressignificar esse caminhar. Este olhar para trás foi possível pela política educacional de inclusão introduzidas por governos de natureza democrática e popular, inspirada sobretudo pela Carta de Salamanca. (CUFARO, 2000).

Ao receber um aluno com psicose e/ou autismo, a escola passa por situações “inusitadas”, diferentes. A seguir faremos alguns recortes e pontuaremos algumas delas. Fábio está matriculado na 6ª série (14 anos), após experiência de exclusão escolar aos 7 anos.

Eu vi Fábio andando a esmo no pátio, falando sozinho gesticulando, “cumprimentando”, isto é, dando a mão para todos, sem olhar para ninguém. Entrava na sala dos professores e fazia o mesmo. Na sala

de aula olhava as paredes rindo e movia freneticamente as mãos. Perguntei-me o que eu, especialista, e ele fazíamos ali. A inclusão pareceu-me puro discurso político. Escrevi no relatório: "...apresenta movimentos estereotipados de mãos, fala descontextualizada, ignora a professora. Sugiro encaminhamento para Saúde Mental e desligamento da Educação Especial (prof.^a A. da equipe do Projeto de Integração do Serviço de Educação Especial, que atendia o aluno). CUFARO, 2000.

Quando pensamos a passagem desse aluno pela escola, uma das questões pertinente é a Pedagogia se haver com o seu "não saber" diante das condutas estereotipadas, colocando nulo o esforço dos três últimos séculos, quando buscou-se, seguindo diversas teorias, o controle do processo ensino-aprendizagem (avaliação, de modo que o aluno nada perdesse e o professor tudo pudesse).

Um dia descobrimos, que quase todas as atividades, as quais Fábio jogava fora ou se negava a fazer, estavam feitas e guardadas numa pasta em casa (prof. J., 1997).

Fábio caminhava pelo pátio segurando um pedaço de papelão pequeno, perguntando: "Você tem uma tesoura? Preciso cortar isto aqui". E repetia para todos os alunos e professores. Na sala de aula, o prof. J. perde a paciência rasga e joga fora o papelão. Fábio ao perder seu objeto se desarvora, sobe na mesa, nas carteiras, quer entrar nos armários. O prof. grita por minha ajuda. Quando cheguei na sala ele já estava sentado, mas agitado – olhar perdido pela janela, rindo, balanceio do corpo, movimentos estereotipados das mãos. O fechamento autístico, a necessidade de cortar, de separação do objeto, e paradoxalmente o corte insuportável, o sofrimento como se ele fosse o próprio objeto rasgado e atirado no lixo, não poderiam ser trabalhados ali, nesse lugar e momento. A classe aguardava uma atitude. Como a Pedagogia nada ensina de como se dirigir a pós-autistas, sentei-me ao seu lado, e perguntei; "O que você veio fazer na escola?". Como ele me ignorasse, continuei utilizando do único recurso que restava diante do não saber – autoridade e posição. (CUFARO, 2000).

O trabalho pedagógico com esse aluno, ora quase semelhante a todo aluno, ora tão desconhecido, que aprende como e quando deseja, no tempo lógico e não cronológico confere a tentativa de controlar sentimentos ambivalentes, pois para a educação, o saber é consciente, pertinente ao "eu", portanto, passível de fiscalização, planejamento e avaliação.

"Quem vem na escola vem para estudar, tem atividade na lousa..."

Enquanto eu continuava como meu discurso demagógico, de que não se pode perder a chance que a escola nos dá etc., ele tomou do lápis e em segundos efetuou toda a atividade de matemática, escrevendo o resultado antes de efetuar as operações. Pedi o exercício de História da semana anterior, ele, rindo, com suas estereotípias, escreveu de memória todas as perguntas e respostas (prof.^a A.1997).

É importante frisar que a escola vem apresentando, há pelo menos quatro décadas, a queixa do fracasso escolar e indisciplina, e a chegada do psicótico e

ou autista no ensino comum, oportunamente acelera e detona o processo inevitável de re-visão teórica da educação, visto que ele coloca a escola ante o não saber, que irrompe abruptamente no real e o imaginário escolar não consegue dar conta, instaurando-se a angústia, “um buraco”, que o discurso pedagógico não consegue tamponar, malgrado todas as teorias cognitivistas, construtivistas, socio-interacionistas, etc.

Fábio estendia a mão para todos, sempre igual e repetidamente. Então perguntei-me: 'Ah! Você está me cumprimentando? Isto é um Boa Noite?' Então eu dizia: 'Boa noite, Fábio!', e procurava os seus olhos. Até que um dia, ele me cumprimentou dando a mão e disse: 'Boa noite, Sebastiana!' E me olhou nos olhos. Porque antes não olhava, nem falava, ele dava um BOA NOITE EVASIVO (assistente de direção conta as agruras pelas quais passou a escola, 1997).

A partir dessa postura da assistente de direção, podemos concluir, que ela faz um deslocamento da posição de Fábio enquanto “doente” para um suposto sujeito e o que era pura estereotipia (estendia a mão para todos...) passou a ter uma função (Boa noite, Sebastiana). Como educadora, ela oferta significante (dá um sentido) para não ficar na pura repetição do sintoma. Isto é, “Boa noite Sebastiana” não é ecolalia, nem aprendizagem por condicionamento, é uma demanda de reconhecimento de um aluno (mesmo sem curar-se) que foi colocado no lugar de sujeito e que pode ocupar outros lugares que não o de doente mental.

Jerusalinsky, releva refletir o que pode significar a escola para crianças e adolescentes com transtornos psíquicos:

“ a figura da escola vem a calhar porque a escola não é socialmente um depósito como o hospital psiquiátrico, a escola é um lugar para entrar e sair, é um lugar de trânsito. Além do mais, do ponto de vista de representação social, a escola é uma instituição normal da sociedade, por onde circula, em certa proporção, a normalidade social. Portanto alguém que frequenta a escola se sente geralmente mais reconhecido socialmente do que aquele que não frequenta. É assim que muitos dos nossos psicóticos púberes ou adolescentes reclamam que querem ir à escola como seus irmãos, precisamente isso funcionaria para eles como um signo de reconhecimento de serem capazes de circular, numa certa proporção, pela norma social. E efetivamente isso acaba tendo um efeito terapêutico.”

Assim, em consonância com o “moderno” discurso da política inclusiva – **pensando as restrições necessárias numa perspectiva de inclusão responsável** – a educação propõe para o aluno com transtornos psíquicos, primeiramente, um lugar na escola, isto é uma designação de lugar social, é especialmente importante para alunos incapazes de produzir laço social.

Referências

- BRASIL, Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. **Educação Inclusiva – Documento Subsidiário à Política de Inclusão**. Brasília, 2005.
- CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com criança – desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- CUFARO, A.C. **Quando a loucura vai à escola...** Discursos de uma história. IN: Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento. Salvador: Ágalma, 2000.
- CUNHA, E. **Autismo e Inclusão – psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak editora, 2009.
- DSM – IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista; 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- HADDON, M. **O Estranho Caso do Cachorro Morto**. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- JERUSALINSKY, Alfredo, et al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil – um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- KUPFER, Maria C. **Educação para o futuro**. São Paulo: Escuta, 2000.
- MEIRA, A. M. **A psicanálise, a escola e a família hoje**. Escritos da Criança nº 5, Lydia Coriat, Porto Alegre, 1998.
- MERCADANTE, M.T. SCAHILL, L. **Psicofarmacologia da Criança**. São Paulo: Memnon, 2005.
- MRECH, L.M. **Psicanálise e educação: novos operadores de leitura**. São Paulo: Pioneira, 1999.
- ORRÚ, S.E. **Autismo, Linguagem e Educação – interação social no cotidiano escolar**. 2ª edição. Rio de Janeiro: WAK, 2009.
- ROCHA, R.M. **Enfermagem em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Senac, 2007.
- TEIXEIRA, G. **Transtornos Comportamentais na Infância e Adolescência**. São Paulo: Rubio, 2006.
- VOLNOVICH, J. **A Psicose na Criança**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.