

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

Tatiana Lanzarotto Dudas

Problemas na linguagem e descompasso na inclusão  
escolar

Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2016

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

Tatiana Lanzarotto Dudas

Problemas na linguagem e descompasso na inclusão  
escolar

Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto.

São Paulo

2016

Banca Examinadora

---

---

---

---

---

Dedico aos meus pais e minha irmã pelo incentivo e amor incondicional.

E, também, ao Carlinhos, Carol e Sofia, pois sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto por acolher minhas questões com carinho, pela competência, orientação generosa e pelos apontamentos importantes durante a realização desta tese. Aprendi a importância do rigor teórico que foram fundamentais em minha formação como pesquisadora e clínica. Muito obrigada por tudo!

À Dra. Lucia Arantes pela importante participação em minha formação, pela competência que me inspira e pela presença sempre leve e divertida. Agradeço também a todas as contribuições valiosas para o desdobramento das ideias aqui discutidas.

À Dra. Lourdes Andrade (Tati) pela leitura atenciosa e sugestões importantes que foram fundamentais para o progresso desta tese. Obrigada por participar de minha formação, pelo carinho e acolhimento das minhas questões!

À Dra. Suzana Carielo da Fonseca por me acompanhar desde a graduação e me apresentar ao Interacionismo Brasileiro, certamente foi o estopim para que eu chegasse até aqui.

À Dra. Roseli Vasconcellos pela amizade e pela leitura desta tese, certamente suas questões inspiraram as minhas e contribuíram muito para pensar a inclusão escolar destas crianças.

Ao Dr. Rinaldo Voltolini por ter aceitado o convite em participar dessa banca e pela leitura desta tese. Seus trabalhos e experiência foram essenciais aqui.

À Dra. Sônia Fachini pela amizade, pelo compartilhamento de questões durante esses anos e também pela leitura desta pesquisa.

À Mariana Emendabili, que se tornou uma amiga especial que esteve sempre presente quando precisei. Obrigada por dividir momentos importantes comigo de formação clínica e de pesquisadora. Muito obrigada por tudo!

Aos amigos e pesquisadores do Projeto Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem por compartilharmos experiências e também pela amizade. Em especial agradeço à Juliana Marcolino-Galli, Melissa Catrini, Fernanda Fudissaku, Evelin Tesser, Michelly Cordeiro, Renata Gonçalves, Cristiane Bonasorte, Maria Fernanda Cestari, Rosemy Villela, Vera Rampa, Bízio, Luzia Alves.

À MD e prefeituras pela oportunidade nos cursos e discussões que me interrogaram para a escrita desta tese.

Aos professores, familiares e pacientes que me permitiram realizar esta pesquisa e que confiaram em meu trabalho. Obrigada!

À querida amiga Adriana Peres pela amizade sincera e por sempre compartilhar sua experiência e conhecimentos comigo.

À querida amiga Pri pelo incentivo constante e por estar sempre presente.

Às amigas da Fono-PUC Raquel, Flávia e Cacá por terem iniciado essa jornada comigo.

Em memória de minha madrinha “Tia Hélia” que sempre me inspirou no gosto pela leitura e foi presença forte em minha vida.

Aos meus pais minha eterna gratidão pelo empenho em minha formação, pelo amor incomensurável e pelo apoio nos momentos em que mais precisei. Sem vocês esta tese não seria possível. Obrigada por cuidar das meninas e por acreditar sempre em mim!

À minha irmã Mariana pelo forte laço que nos une, pela amizade e por acompanhar de perto meu percurso. Obrigada por tantos momentos!

Ao meu amor Carlinhos por me dar o apoio necessário, entender minha ausência e por ser uma ótima companhia sempre. Te amo!

Às minhas queridas filhas Carolina e Sofia pela presença sempre alegre, marcante e contagiante. Certamente tornaram a escrita desta tese mais leve!

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa desde o início.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

## RESUMO

O número crescente de alunos com quadros de deficiência tem desafiado equipes escolares, professores e, em especial aqueles que atuam como apoio em classes de ensino regular. Característica usualmente presente nesses alunos é *difficuldade ou ausência de fala* - o que os compromete no estabelecimento de laço com o outro e prejudica o processo de ensino-aprendizagem na escola. Apesar desta constatação, foco na linguagem e em sua incidência na vida escolar dessas crianças não tem recebido atenção suficiente - recurso frequente é atribuí-las ao quadro orgânico ou mental. Tem-se, é fato, colocado ênfase na importância de envolver formas alternativas de comunicação de modo a instrumentalizá-las com recursos construídos na área da Comunicação Suplementar e Alternativa. O objetivo é, antes de tudo, a inclusão pedagógica, mais do que social. Esta tese volta-se para uma discussão sobre a centralidade da linguagem na questão da inclusão no ensino regular de pessoas com deficiência física e que não falam. Mobilizo minha experiência em cursos de formação para educadores na área da Comunicação Alternativa e, também, minha experiência em atendimentos particulares e em instituições de longa permanência - locais que, por definição, são marcas de "exclusão". A ausência de "oralização", frequente em casos graves de PC, tem levado à suposição de que *se não há fala, o sujeito está fora da linguagem*. Assumo-se, nesta tese, a força determinante da linguagem: a incidência da interpretação sobre o corpo do bebê o insere na esfera do humano e responde pela constituição desse corpo em *corpo-falante*. Neste trabalho são centrais, portanto: (1) o *reconhecimento da ordem própria da língua* (SAUSSURE, 1916) e, também, (2) o *reconhecimento do sujeito do inconsciente*, introduzido por Freud e formulado por Lacan. A perspectiva teórica perseguida neste trabalho é a vem sendo desenvolvida no Grupo de Pesquisa CNPq: *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (LAEL-PUCSP), liderado pelas Professoras Doutoras Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes.

**Palavras-chave:** Clínica de Linguagem, inclusão escolar, comunicação alternativa, problemas de linguagem.

## ABSTRACT

The growing number of students with disabilities issues has challenged schools, teachers, especially those that act as support in regular education. Usually, these students present difficulty or absence of speech what commit on establishing bond with each other and affect the process of teaching in school. Despite this finding, focus on language and its impact on school life these kids haven't received enough attention, often them assigns to organic or mental framework. In fact, there have been placed emphasis on the importance of involving alternative forms of communication in order to "make it feasible" them with features built in the area of Supplementary and alternative communication system (ACS). The objective is, above all, educational inclusion, more than social. This thesis leads us to a discussion of the centrality of language on the issue of inclusion in regular education of people with physical disability and who do not speak. Mobilize my experience in training courses for educators in the area of alternative communication and also my experience in particular sessions and to long-stay institutions that, by definition, are trademarks of "exclusion". The absence of "speech", often in severe cases of Cerebral Palsy (CP), has led to the assumption that if the subjects doesn't speech, it is out of the language. It is assumed, in this thesis, the decisive force of language: the incidence of interpretation about the baby's body, inclusion in the sphere of human beings and responsible for the Constitution of this body in "parlête's body" (Lacan's expression). In this work are central, therefore: (1) the recognition of the order's own language (SAUSSURE, 1916), and (2) the recognition of the subject of the unconscious, introduced by Freud and formulated by Lacan. The theoretical perspective pursued in this work is being developed in the CNPq research group: *Acquisition, pathologies and language clinic* (LAEL-PUC-SP), coordinated by Prof. Dr. Maria Francisca Lier-DeVitto and Prof. Dr Lúcia Arantes.

**Keywords:** Language Clinic, School Inclusion, alternative communication, language problems.

# SUMÁRIO

---

## **INTRODUÇÃO**

Sobre pessoas que não falam	1
Apresentação de algumas situações	6

## **CAPÍTULO 1 – PRIMEIRAS QUESTÕES: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À INCLUSÃO ESCOLAR**

16

1.1 Considerações sobre “deficiência” e exclusão	17
1.2 Primeiras pontuações sobre sintoma na fala e exclusão	22
1.3 Inclusão escolar no Brasil: debates e problemas	25
1.4 Questões que brotaram de outras práticas	29

## **CAPÍTULO 2 – EMBARAÇOS DA INCLUSÃO ESCOLAR**

34

2.1 Algumas palavras sobre deficiência, fragilidade e inclusão	35
2.2 Deficiência e racionalidade médica	37
2.3 Sobre o normal e o patológico	43
2.4 O “contrato” da inclusão e seus efeitos	49
2.4.1 Uma escola ideal?	52
2.5 Psicanálise: uma relação possível	56

## **CAPÍTULO 3 – DIRETRIZES DE UMA CLÍNICA DE LINGUAGEM**

63

3.1 Fontes teóricas: a relação com o Interacionismo em Aquisição da Linguagem	65
3.2 A Clínica de Linguagem	70
3.3 Crianças que não falam	74
3.4 Crianças que “não podem falar”, e falam	79

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

84

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

89

## INTRODUÇÃO

### Sobre pessoas que não falam

A questão central deste trabalho tem forte relação com meu percurso como clínica de linguagem e com minha experiência em cursos de formação para profissionais da educação, de que participei como formadora. Conta, aí, ainda, minha experiência clínica em atendimentos particulares. Importa dizer que tanto na atividade de formação, quanto na prática clínica, meu foco tem sido dirigido para crianças com limitações físicas<sup>1</sup> que, na grande maioria das vezes, **não falam**. Ressalto aqui, que essa ausência ou presença incipiente de fala, tem se apresentado como a fonte de impasse no processo de inclusão escolar. Atualmente, é expressivo o número de alunos com quadros de deficiência que frequentam escola regular; o que tem exigido, da equipe escolar, uma busca de conhecimentos específicos sobre o assunto - em especial por parte de professores que atuam como apoio à classe comum.

---

<sup>1</sup> Já de início deixo claro que utilizarei o termo “crianças com limitações físicas” para crianças com limitações da mobilidade e coordenação geral. Estou me referindo àquelas crianças com deficiências físicas, ou seja, crianças que apresentam alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. São crianças com diagnóstico médico de paralisia cerebral, más formações congênitas, entre outras.

Ver mais em <http://revistaescola.abril.com.br/formacao/deficiencia-fisica-inclusao-636413.shtml>

Fato é que certas crianças ditas deficientes não podem se apresentar como falantes plenos de uma língua – no caso do português – porque há impedimento motor para isso. Dificuldade com a fala ou a ausência dela traz consequências sérias ao estabelecimento de laço com o outro e prejudica, ou mesmo, impede ganhos no processo de aprendizagem. Esta é uma situação dramática que circunscreve a questão privilegiada. Esclareço que a perspectiva teórica aqui assumida é aquela desenvolvida no Grupo de Pesquisa do CNPq: “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, do LAEL-PUCSP, coordenado pelas professoras Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto e Dra. Lucia Arantes. São centrais: (1) o reconhecimento da “ordem própria da língua” (SAUSSURE, 1916), sustentado no estruturalismo europeu por Jakobson e Benveniste e, mais recentemente, por autores como J-C Milner (1987, 2002), De Lemos (1992, 2002) e, também, (2) o reconhecimento do sujeito do inconsciente, introduzido por Freud e avançado por Lacan.

O movimento de inclusão de **alunos com limitações físicas e que não falam** tem desafiado profissionais da educação, o que traz a necessidade de sua problematização. A ausência de “oralização”, muito frequente em casos graves, talvez jogue papel nesse caso: pesquisadores e profissionais podem concluir que **se não há fala, o sujeito está “fora da linguagem”**. Essa suposição não impede que se aceite que capacidades perceptuais e cognitivas<sup>2</sup> estão preservadas. Colocando em termos teóricos, se aceita que capacidades perceptuais e cognitivas são *independentes da linguagem*. Neste caso, a linguagem e seus efeitos sobre o sujeito são ignorados. Exceção, nesse quadro, é a Clínica de Linguagem, que têm encaminhado uma teorização bastante consistente, que restitui à linguagem sua força de determinação do sujeito, como discutiu

---

<sup>2</sup> Na Linguística, Chomsky deve ser indicado como diferença marcante em relação às Psicologias – sendo a linguagem inata - “categorias e regras linguísticas inatas” dirigem a percepção para os “dados brutos” e realizam na massa sonora uma segmentação apropriada à língua em questão. Na Psicanálise, a linguagem “captura” o organismo e faz dele sujeito. Embora bastante diferentes, encontram-se em autores desses campos, a “força determinante da linguagem sobre a percepção”.

Vasconcellos (1999 e 2010) à respeito de crianças com Paralisia Cerebral e, depois Dudas (2009)<sup>3</sup>.

Refletir sobre o impacto das Políticas Públicas na escolarização desses alunos parece-me ser um aspecto necessário. Tendo em vista a direção que tomou minha prática como fonoaudióloga filiada à Clínica de Linguagem, este passo acabou sendo imposto. Como mencionado acima, tenho me interessado por uma clínica voltada às pessoas com uma “fala aprisionada” por efeito de limitações físicas, mais especificamente àquelas que se enquadram na definição médica de Paralisia Cerebral. Assim, desafiadores para mim foram casos severos de “moradores de instituições de longa permanência”. Trabalhei, por mais de dez anos nesses locais e vivenciei o sentimento/sofrimento de exclusão dessas pessoas. Disso decorreu uma pesquisa de mestrado<sup>4</sup> (DUDAS, 2009) e artigos (DUDAS, 2015; LIER-DeVITTO e DUDAS, 2016). Concluí nos trabalhos mencionados e com Foucault (1980/2006), que as instituições são calcadas na *primazia da doença em detrimento do doente*, uma vez que o olhar que guia as ações é moldado pela “doença” – no caso das instituições em que trabalhei: a Paralisia Cerebral. Esse modo de montagem das instituições promove o recobrimento de manifestações do sujeito de forma avassaladora (DUDAS, 2009).

Minha prática como clínica de linguagem junto a pacientes institucionalizados mostrou que efeitos terapêuticos são sutis e muito lentos, na maioria dos casos. Há, por certo, problemas neurológicos e motores graves, como quadros acentuados de disfagia<sup>5</sup>, por exemplo. Entendo, porém, que levar em

---

<sup>3</sup> Refiro-me a certa Linguística: aquela que reconhece a ordem própria da língua e que pode dar margem à discussão de questões necessárias a uma clínica, como “*interação*”, “*erro*”, e “*outro*”. Este foi o caso do Interacionismo e da Clínica de Linguagem (Ver mais sobre isso em Lier-DeVitto, 1994).

<sup>4</sup> DUDAS, T. L. (2009) Institucionalização e paralisia cerebral: efeitos subjetivos e clínica de linguagem. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUCSP.

<sup>5</sup> A disfagia é uma desordem no processo de deglutição causada por doença ou trauma neurológico. Pode levar à aspiração do alimento para o pulmão ocasionando um quadro de

conta o ponto de vista do sujeito é não menos vital, especialmente com quem não coordena músculos e movimentos, i.e., que depende integralmente, como disse em minha dissertação, “de ser interpretado”. Assim, “poder considerar que há um “corpo que fala”, no mínimo de movimento que lhes resta” (VASCONCELLOS, 1999: 2) é essencial para essas pessoas.

Em instituições, o problema torna-se mais grave porque há normas a serem seguidas e o sujeito é enquadrado por elas: deve-se dar prioridade ao atendimento dos casos mais graves e não há número suficiente de profissionais para atender todos os pacientes adequadamente. Num ambiente como esses, a linguagem não emerge como questão e o sujeito fica reduzido a “objeto” de cuidados e de manipulação pelo outro. Outro efeito, que segue na mesma direção, são as relações singulares (“vínculos”, como se diz nesses estabelecimentos) raramente se estabelecem porque cuidadores e voluntários visam garantir, basicamente, a higiene e a alimentação dos internos. Além disso, nem sempre são os mesmos funcionários que cuidam dos mesmos internos: há rodízio.

A criança com deficiência severa, que chega à Instituição recebe previamente, e também ali, seu atestado de portadora de “patologia” - pode-se admitir ser este “atestado” que justifica a existência da Instituição de longa permanência. Questão de interesse é o caminho percorrido por essas pessoas até chegarem à instituição, na medida em que ele não só reflete o efeito e o estigma, para a pessoa e sua família, do diagnóstico médico de deficiência, como, acima de tudo, a institucionalização representa forte agressão contra o sujeito que é ali “depositado” ao sair do convívio familiar. Assim, o impacto dessa decisão, muitas vezes inevitável, é trágico para essa criança: seu ingresso fixa-se, para ela, como *signo de perda*, de afastamento do convívio familiar, de exclusão social. Minha experiência com pessoas acometidas pela paralisia cerebral é a de que pelo fato

---

pneumonia, problemas nutricionais e de risco à saúde da pessoa. Ver mais em Furkim e Santini, 1999.

dessas pessoas não poderem dispensar cuidadores e profissionais<sup>6</sup>, para elas não há horizonte de “alta” – eles vêm para ali permanecerem.

A rotina da instituição certamente contribui para anular expressões de singularidade. Não há espaço para isso embora sempre haja brecha para o inesperado mesmo numa rotina rígida e de interações padronizadas. A abertura decisiva fica do lado do outro. Quanto a mim, considere que algumas daquelas pessoas internadas tinham a possibilidade de frequentar uma escola regular e que poderiam, inclusive, ser alfabetizadas. Elas, porém, nunca deixaram os muros da instituição: ali permanecem e, quando não, são encaminhadas para escolas ditas “especiais”, ou seja, para crianças com deficiências e, na maioria das vezes, o conteúdo é infantilizado. Por vezes, participam apenas de aulas de arte ou música – pouco se investe na aprendizagem escolar propriamente dita (certamente, como pontuei, há exceções).

Não se trata aqui de desmerecer as instituições de longa permanência: elas são importantes e cumprem um papel, mas, inegavelmente, aqueles que ali vivem foram e estão excluídos do restante da sociedade; dificilmente conseguem sair dessa “realidade paralela”. Minha questão dizia respeito a como incidir nessa realidade e considere que se poderia fazer diferença se a escuta de profissionais, cuidadores e clínicos pudesse ser outra – uma escuta que pudesse recolher e valorizar manifestações de singularidade. Afetada por uma teorização procurei refletir sobre questões que dizem respeito à relação sujeito-linguagem que implicam a noção de *escuta do outro – escuta do corpo que fala*. Como se pode ver, nesse enquadre, “falar” não se reduz à emissão de sons por um sujeito – o corpo falado (significado) e falante (significante) importa. Dito de outro modo: **o corpo falado, fala.**

---

<sup>6</sup> Sabe-se, porém, que o foco é realmente fixado nos cuidados físicos.

Pode-se dizer que a importância, para mim, desta primeira pesquisa iluminou “mecanismos de exclusão” em instituições de longa permanência, que acolhem pessoas fragilizadas e que, com frequência, assumem um perfil de “depósito de pessoas dependentes”. Nelas, a insistência de procedimentos “hospitalares” indica muito bem o caráter de exclusão a que elas acabam confinadas. Minha atuação junto a essas pessoas impulsionou minha atividade clínica, acadêmica e levou-me a outra, posterior, voltada para questões referentes à inclusão de pessoas com sérios problemas de fala/linguagem em escolas regulares. Em cursos que ministrei para profissionais da Educação, pude recolher em seus discursos que pessoas com limitações físicas e *que não falam*, embora permaneçam em sala de aula, ficam ali como meras “observadoras”. Por “não falarem”, supõem-se que estejam “fora da linguagem” e, na sequência, “sem capacidade” para aprender. Surpreendente, para mim, foi ter-me deparado, nesses cursos de formação, com dizeres que me aproximaram bastante daquilo que vivi dentro de instituições de longa permanência.

### **Apresentação de algumas situações**

Na clínica assiste-se também ao jogo da exclusão. Fabiana<sup>7</sup> chegou com diagnóstico médico de Síndrome de Angelman<sup>8</sup> e albinismo<sup>9</sup>. Esta menina de dois

---

<sup>7</sup> Importante assinalar que os nomes utilizados nesta tese são fictícios a fim de garantir o anonimato dos participantes.

<sup>8</sup> A síndrome de Angelman é caracterizada por um dano no cromossomo 15 herdado da mãe, uma doença genética, portanto. As características da síndrome são: ausência de fala, riso excessivo (apenas como expressão motora), crise convulsiva, rigidez, dificuldade para andar. Em alguns casos podem ser verificados outros sintomas associados, como: estrabismo, baba frequente, problemas para dormir, microcefalia (em mais de 80% dos casos). Ver mais em Associação Síndrome de Angelman: <http://angelman.org.br/o-que-e-2/>

anos e meio, havia nascido após várias tentativas - cinco tratamentos por fertilização haviam sido feitos. No dia de seu nascimento, os pais perceberam “que ela era diferente” (em palavras da mãe), Fabiana nasceu com albinismo e enxergava pouco. Depois, os pais notaram que a filha “não se desenvolvia” como as outras crianças. Fizeram teste genético e descobriram que ela tinha Síndrome de Angelman. A mãe de Fabiana disse que havia estudado muito sobre a síndrome na internet, e que ficou “bastante desanimada”, já que o prognóstico da filha era muito ruim. Acrescentou a isso que sabia que “precisava investir na filha, proporcionando o máximo de terapias possível”, principalmente com pessoas que trabalhassem com os sistemas suplementares e alternativos de comunicação (SSAC)<sup>10</sup>, porque, de acordo com a literatura consultada por ela, **Fabiana não falaria** (esta é uma das características dessa síndrome).

Fabiana era um caso considerado severo: não andava, não falava, não tinha interesse por brinquedos. Surpreendente foi que, ao longo do tratamento, conseguiu engatinhar e se sentar. Pôde usar o andador e começou a se interessar por brinquedos, que levava à boca (principalmente os mais coloridos e sonoros). Frente a estas conquistas clínicas, a mãe disse que gostaria que a filha frequentasse escola regular, como todas as crianças, mas que sabia das dificuldades que enfrentaria, principalmente em encontrar uma escola que a aceitasse. Esse problema foi resolvido: Fabiana conseguiu vaga numa escola particular no mini maternal, por meio período.

---

<sup>9</sup> O albinismo é um distúrbio congênito caracterizado pela ausência completa ou parcial de pigmento na pele, cabelo e olhos pela ausência ou defeito de uma enzima envolvida na produção de melanina. Pode estar associado a problemas de visão como fotofobia, nistagmo (oscilações repetidas do globo ocular) e astigmatismo, além de também estar associado a algumas síndromes, em alguns casos. Dicionário Online de Português: <http://www.dicio.com.br/albinismo/>

<sup>10</sup> Os SSAC são utilizados como estratégia ou recurso para proporcionar outras formas de comunicação para pessoas impedidas de oralizar, tais como: o uso gestos, língua de sinais, expressões faciais, pranchas de alfabeto, símbolos pictográficos, uso de fotografias, aparelhos de voz sintetizada, entre outros. Dessa maneira, a pessoa que utiliza um sistema como alguns desses citados, pode apontar aquilo que quer dizer ou olhar para um símbolo, por exemplo, já que não fala de maneira oral. Ver sobre o assunto em ASHA (1991), Chun (2009), Vasconcellos (1999, 2010), et. al.

Logo de início, a mãe preparou-se para instruir a escola sobre a filha: levou muito material sobre albinismo e sobre a síndrome de Angelman para a professora. Fabiana, insistia a mãe, não podia ficar ao sol e precisava de “algumas adaptações” para que pudesse participar de brincadeiras, para comer durante o lanche (cadeira especial foi providenciada pela mãe). Foram feitas algumas reuniões com os terapeutas da menina. A escola interessou-se de início e procurou atender ao turbilhão de orientações da mãe, mas nem sempre isso foi fácil. Atritos e acusações entre a escola e a mãe ocorreram. A escola sustentava que muitas vezes a mãe chorava ao deixar a menina no horário do almoço, principalmente porque comparava sua filha com as outras crianças ditas “normais”. Na clínica, ela se dizia angustiada porque “nunca seria mãe para sua filha e, sim, uma cuidadora para a vida toda”, pois Fabiana seria sempre dependente dela.

No ano seguinte, a escola comunicou à mãe que Fabiana continuaria no mini maternal, que ela não mostrava condições para ir para o maternal. Além do que, afirmou-se que os professores não poderiam deixar a sala de aula para conversar com os terapeutas da Fabiana, com a frequência solicitada: a rotina da escola não poderia ser alterada. Esses encontros deveriam ser muito esporádicos e bem definidos. A mãe foi informada, ainda, que alterações físicas, de rotina ou mesmo modificações nas apostilas não poderiam ser feitas. A professora não poderia, também, dedicar tempo apenas a Fabiana para adapta-la às atividades. Assim, se num dado dia a atividade programada fosse a de contornar com lã o desenho de uma casa, Fabiana não poderia utilizar outros materiais como tinta, por exemplo. Todos deveriam ater-se às mesmas atividades. A escola alegou que não poderia priorizar uma aluna (mesmo que Fabiana não conseguisse segurar a lã ou contornar a casa). A mãe foi em busca de outra escola.

Regiane, com 6 anos, também teve diagnóstico de Síndrome de Angelman, feito quando ela estava com 11 meses e, desde então, a menina começou a fazer

diversas terapias. A mãe procurou atendimento comigo, encaminhada por uma neurologista, já que a menina “não iria falar”. Dos três irmãos, apenas Regiane apresenta esse comprometimento. Também neste caso, a mãe relata que percebia diferenças entre ela e a irmã, principalmente em relação aos avanços motores. Regiane ingressou na escola na mesma época que a irmã. A escola mencionou a impossibilidade de Regiane passar para a série seguinte e a mãe concordou.

Esta escola particular fez a exigência de que Regiane tivesse sempre um acompanhante na escola para auxiliar naquilo que fosse preciso: oferecimento do lanche, substituição de fraldas, acompanhamento nas atividades escolares e na recreação. Uma cuidadora foi contratada para esse serviço, mesmo os pais sabendo que, perante a lei isso, isso não fosse permitido. Fato é que, se a acompanhante ficasse doente e faltasse, Regiane também não poderia frequentar a escola.

A professora de Regiane mostrou-se disposta a participar de reuniões com os terapeutas da menina. A classe era de cinco crianças e, muitas vezes, Regiane fazia as atividades separadamente com a acompanhante, pois não conseguia seguir no mesmo passo das outras, segundo a professora. Certa vez, a professora me disse que era a favor da inclusão e que tinha muito carinho por Regiane: estava feliz em ter Regiane na classe. Inclusive, pontuou ela: havia colocado a foto dela no canto da lousa, ao lado das de outros “alunos especiais”, que tinham sido seus alunos – eram seus “troféus” (em palavras da professora). De outro lado, a mãe de Regiane estava muito insatisfeita por não receber “qualquer devolutiva” sobre sua filha.

A questão é que Regiane não falava, não contava o que fazia na escola, não podia andar e não tinha muito interesse por brinquedos. Em relação às atividades de apostila, todas as páginas vinham sempre preenchidas e com a observação: “Regiane adorou a música!”, “Regiane adorou a lição!”. A mãe,

contudo, estava certa de que sua filha não poderia ter feito as atividades e cobrava da escola uma “descrição mais real” sobre como haviam sido realizadas as atividades com a menina. Regiane começou a andar e iniciou o desfralde; começou a comer sozinha e também a fazer escolhas de objetos. Além disso, começou a fazer meneios de cabeça para “sim” e “não”. Isso não foi notado pela professora (com quem estava há anos com ela) e, nem mesmo, pela acompanhante.

No ano subsequente, ouço da mãe que ela “não esperava muito da nova professora”, que havia sido professora de sua outra filha com efeitos e resultados insatisfatórios quanto à condução do ensino. Além disso, esta professora, disse à mãe que estava para se aposentar e, dessa maneira, não teria “nenhuma paciência para investir” na Regiane (palavras da mãe). No entanto, a “nova professora” de Regiane interessou-se por ela: estudou sobre a síndrome e pesquisou alternativas para atendê-la em sala de aula, ajustando-as ao conteúdo programático do ano. Ela apresentou fotos dos ambientes da escola e das atividades para que Regiane escolhesse o que fazer, a cor que gostaria de pintar e assim por diante. Esta professora introduziu Regiane no grupo de alunos (não a deixou isolada), como vinha sendo feito. “Não foi fácil”, dizia a professora, mas Regiane apresentou avanços, que a mãe pôde notar.

Elisângela, com quatro anos de idade, teve crises convulsivas logo que nasceu e recebeu diagnóstico médico de Paralisia Cerebral. Elisângela não fala, tem alguns movimentos repetitivos de mão (estereotípias) e bruxismo. Tem comprometimento motor do lado direito (membros superiores e inferiores), apesar de conseguir andar com dificuldade. Elisângela foi para uma escola, ainda bebê, em período integral, quando a mãe voltou a trabalhar e não tinha como cuidar dela em casa.

Depois de um ano, Elisângela permaneceu na mesma instituição para crianças pequenas, mas apenas no período da tarde. Passou a ficar em casa com

uma cuidadora no período da manhã. A menina acabou passando por outra escola, pois esta primeira, em que havia ficado aproximadamente dois anos, “não estava dando conta”, disse a mãe; que tinha acesso às câmeras da escola e pôde ver que a filha ficava sempre separada do grupo e não participava das atividades propostas pela professora.

Após estas primeiras experiências, Elisângela iniciou no maternal em outra escola particular em que foi “melhor acolhida”, segundo a mãe. Ali, disse ela, a filha pôde participar das atividades em grupo. Nesse tempo, Elisângela iniciou, também, atendimentos comigo. Ela surpreendia ao produzir *pedaços de fala*, tais como: “mama” (quando olhava para a mãe), “papa” (para papai), “ma” para a cuidadora Maria, “ati” (para aqui), entre outras. Eram poucas palavras, mas elas vinham e eram esperadas. Elisângela permanecia, porém, muito tempo em silêncio. Apesar disso, apontava e indicava fotos para mostrar o que queria (brinquedos, ver televisão, tomar água ou comer e ir ao banheiro - estava desfraldando).

Nas reuniões que tive com a escola, os avanços de Elisângela não pareciam ter sido notados. Dizia-se não haver necessidade alguma de fazer algumas (pequenas) intervenções e adaptações solicitadas: para a escola, não havia necessidade de, por exemplo, utilizar fotografia para escolha, de estabelecer com Elisângela um registro mais detalhado de como ela realizava as atividades. Tanto a professora, como a diretora, diziam que “a menina era uma criança como qualquer outra ali, apenas não falava”. De um lado, havia, de fato, um discurso de acolhimento, de que todas as crianças eram “iguais”: Elisângela realmente era incluída em todas as atividades, como a mãe desejava. De outro lado, esse discurso era obturador: não havia escuta para as diferenças essenciais de Elisângela. A professora, por exemplo, “não fazia nada diferente” para Elisângela, pois “ela não precisava”. Dizia-se que se Elisângela quisesse algo na sala, ela “dava um jeito de se fazer entender”.

As três situações apresentadas mostram os embaraços das escolas na direção da inclusão de crianças que “não falam” – há formas diversas de resistência à inclusão, que passa por declarações explícitas, por outras deslocadas e, ainda, por aquelas que a encobrem num discurso de pleno acolhimento à aceitação dessas crianças. Aquilo que não deixa de se insinuar nesses diferentes discursos é que elas são um “estorvo”. Não me parece que o problema possa ser localizado numa formação profissional precária de professores ou profissionais da educação. Penso que a discussão para esse impasse ultrapassa essa questão. Essas crianças interrogam, sem dúvida, o saber do outro e, para a Escola, “templo e guardiã do saber” não é fácil sustentar uma posição de não saber, especialmente frente a uma criança que não fala. Crianças, nessa condição, introduzem um mistério, frente ao seu silêncio, não lhes é concedida a posição de alunos. Esse “mistério” ignorado pelo outro é o que as leva à prisão em rótulos dos diagnósticos médicos.

É inegável que *o não falar* gera desconforto, mas não poder supor a essas pessoas uma condição de sujeito é o nó do problema. Problema que leva ao apagamento do fato de que se está frente a um *corpo falado, que fala* – aí está a fonte da *exclusão* a que são confinadas pessoas que *não podem emitir fala oralizada* (VASCONCELLOS, 2006, 2010). Pode-se dizer que *não há escuta* para um corpo que não pode sonorizar fala articulada: para movimentos corporais endereçados, gestos; para expressões faciais e vocalizações dirigidas<sup>11</sup>.

Como disse, discuti, em trabalho anterior (DUDAS, 2009), o peso das noções de patologia e de anormalidade que recai sobre pessoas impedidas de falar: elas pressionam o imaginário de profissionais, cuidadores e voluntários de instituições de longa permanência. A diferença (o estranho) do corpo do outro

---

<sup>11</sup> Ressalto que os Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação (SSAC) foram instituídos a partir do reconhecimento de que existem pessoas que poderão “vir a falar”: há reconhecendo de uma limitação orgânica e os SSAC buscam ultrapassar esse impedimento (Vasconcellos, 2006, 2010). Isso não significa, contudo, que haja reconhecimento de um *corpo que fala* e que, quando fala, fala um sujeito.

impede movimentos de identificação e parece ser responsável pela sustentação da ideia de anomalia/patologia, que se expande na de fragilidade (generalizada) à pessoa com problemas motores sérios, *que não falam*. O problema, que disso resulta, é que, guiadas por um raciocínio típico do discurso organicista, a dependência motora desses internos ganha conotações e extensões indevidas. “Dependência física” se transmuta em “incapacidade cognitiva”. Dito de outro modo, a *fragilidade motora* se expande para o domínio subjetivo, para a esfera do sujeito. O que pude notar é que por vértices outros, nas escolas pode haver exclusão. A cegueira para manifestações do sujeito fica marcada no discurso de professores e diretores.

Frente a tais considerações, discuto facetas do tratamento que tem sido dado à questão da inclusão escolar, colocando ênfase na especificidade da questão do “não falar”. Meu objetivo é, assim, problematizar a questão da inclusão escolar de *pessoas com deficiência física e que não falam*<sup>12</sup>. Para isso, trago experiências de minha prática clínica e alguns relatos de professores durante cursos de formação para professores, por mim ministrados. Discuto, ainda, questões teóricas sobre o tema. A Psicanálise tem incidência neste caminho já que abordo questões relativas ao sujeito na questão escolar. Procuro contribuir para o entendimento de noções implicadas na relação aluno–professor. Pergunto: “Como será que o professor tem atuado em casos de “crianças que não falam”; que além de problemas motores sérios, não podem compartilhar a língua falada em sala de aula por seus colegas e professores?”.

Por que é tão difícil para o outro “enxergar” que há alguém ali? A questão de fundo que se apresenta é sobre *a posição frente ao outro*, e menos de criação e estabelecimento de procedimentos específicos – uma posição que se define no reconhecimento de que manifestações corporais são fala, são manifestações *significantes*, ou seja, são passíveis de serem recolhidas pela interpretação do

---

<sup>12</sup> Para deixar claro, não pretendo nesse trabalho abordar questões sobre o sujeito surdo, mas sim sobre pessoas que têm algo da ordem orgânica, tais como: deficiências físicas, síndromes, entre outras, e que também não falam, mas ouvem.

outro. Resumidamente: trata-se de uma posição que admite que, se há ausência de fala oralizada, há um corpo que fala.

Na Clínica de Linguagem<sup>13</sup>, afirma-se que um clínico de linguagem deve *escutar fala* mesmo se ela não é audível: só assim ele poderá dar “vez e voz” (FONSECA, 1995 E OUTROS; LIER-DeVITTO & FONSECA, 2001) a um sujeito acometido de uma limitação motora. De fato, não seria apropriado supor que circunstâncias ou estabelecimentos determinem ou definam o que é um clínico. Digamos que o que o faz um clínico é a posição frente ao outro, posição que implica não-saber sobre o singular que o convoca (LIER-DeVITTO E DUDAS, 2009, 2016).

Nessa linha de raciocínio, pergunto: em que posição se sustenta o professor? Posição de saber, por certo, mas saber que não é inflexível. A inflexibilidade da posição para sustentação do saber parece estar na base das dificuldades de acolhimento de diferenças e, especialmente, dificuldades de reconhecimento de que aquela pessoa que não tem fala oralizada, por ter um corpo organicamente prejudicado, é falante – há corpo falado, sujeito e linguagem. Fato é que certas crianças assombram os padrões estabelecidos nas escolas, colocando em xeque a tradição pedagógica de homogenia, que a escola supõe que exista.

Para dar conta dessas questões, iniciei o capítulo 1 com um panorama sobre a história da deficiência, isso porque, a questão da inclusão escolar que hoje é tão debatida, começou com a exclusão dessas pessoas ditas como “diferentes”. Voltando para o foco deste trabalho, procurei trazer a discussão para a questão das falas sintomáticas, e mais especificamente, discuti a exclusão que ocorre quando alguém, além de estar prejudicado organicamente, também não

---

<sup>13</sup> Implico, nesta discussão, as contribuições da teorização da Clínica de Linguagem, a que estou filiada.

fala. Posteriormente, procurei problematizar a complexidade envolvida na política atual de inclusão no Brasil e seus problemas.

No capítulo 2 chamei a atenção para as terminologias historicamente utilizadas para as pessoas com deficiência e a relação que esse uso tem com o imaginário das outras pessoas. Seguindo esse raciocínio, procurei desnaturalizar a questão sobre o que é considerado normal e patológico, partindo da racionalidade médica para mostrar o nós causado quando essa racionalidade avança para outros campos, como o escolar, por exemplo. A noção de escuta aqui foi fundamental para abalar essa questão. A partir daí busquei problematizar a palavra “inclusão” e o que significa incluir alguém em sala de aula, já que o desafio maior é tentar trazer para o “ideal” da escola uma criança “não ideal”. Para tratar melhor desse impasse trouxe a psicanálise como pano de fundo para afetar a educação, mesmo que pelo avesso.

Discutidas as questões referentes à inclusão escolar, no capítulo 3 trouxe a Clínica de Linguagem propriamente dita e seus fundamentos. Foco maior deste trabalho, como já enunciei, é a questão da exclusão pela fala e o mistério trazido pelo aluno silente. Tratei neste capítulo, de uma questão fundamental, que é a ausência de fala vista nesses casos como ausência de linguagem. Pretendi discutir o que a Clínica de Linguagem diz sobre as crianças que não falam, especialmente aquelas que têm um real de corpo prejudicado e quais as contribuições para a problemática da inclusão escolar.

## **CAPÍTULO 1**

### **PRIMEIRAS QUESTÕES: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À INCLUSÃO ESCOLAR**

Neste capítulo abro espaço para a história da deficiência que se constituiu, ao logo dos anos, em uma articulação entre deficiência(s) e instituição, que ocorreu através da marginalização e da exclusão do diferente do restante da sociedade. A resposta à institucionalização e ao isolamento é caridosa e assistencialista, o que deixa transparecer um sentimento de culpa. Procuro, ao longo do capítulo, discutir o que responde por essa exclusão ao que não é semelhante, bem como o caminho trilhado para hoje se chegar à inclusão dessas pessoas, numa “preocupação” moral, ética, política, religiosa. Ao que parece, a maneira como a sociedade lida com a questão responde por esse caminho e pela mudança no tratamento dado às pessoas deficientes. De qualquer maneira, embora mudanças expressivas estejam acontecendo no sentido de não mais segregar essas pessoas, mesmo assim, ainda há o afogamento da subjetividade, pois tudo o que se sabe dessas pessoas é, inegavelmente, sobre a doença.

A partir daí, procuro trazer a discussão para a minha questão que é a exclusão de pessoas com grave comprometimento orgânico pela via da ausência

de fala, fato que traz um mistério para o outro e um sofrimento para quem não partilha da própria língua materna. É um sintoma na fala que precisa ser problematizado a partir dos efeitos que causa no outro, como no outro professor, por exemplo. Para encaminhar essa discussão trago a Clínica de Linguagem e autores filiados a ela, como apontei no início deste trabalho.

Encerro o capítulo trazendo questões da inclusão escolar propriamente dita, bem como aspectos das políticas públicas e seus embaraços. Minha intenção não é discorrer e explicar cada lei inclusiva, mas problematizar essa questão trazendo a psicanálise como pano de fundo. Mais do que discutir a questão pela via jurídica, é discutir pela via do sujeito que está no cerne do problema.

### **1.1. Considerações sobre “deficiência” e exclusão**

Uma visada história sobre como o diferente, no caso o “deficiente”<sup>14</sup>, pode certamente ajudar no desenvolvimento de minha discussão. A questão da *inclusão* escolar, em debate desde o século XX no Brasil, decorre de uma reflexão sobre a *exclusão* de pessoas que eram retiradas do convívio com outras. A visita pela história ilumina a problemática da inclusão escolar de crianças com limitações físicas e que não falam. A pergunta-guia que levanto é: “porque se exclui?”; “o que responde pela exclusão?”.

Foucault (1926-1984), um dos mais importantes filósofos do século XX, professor destacado no Collège de France, trata do surgimento da

---

<sup>14</sup> O termo “deficiência” será utilizado nesse trabalho para se referir a pessoas com qualquer tipo de deficiência, quais sejam: físicas, visuais, auditivas, intelectual.

institucionalização<sup>15</sup>. Ele mostra que, a partir da Alta Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários se multiplicaram pela Europa, embora sua regulamentação tenha ocorrido, na França, apenas no final do século XVII<sup>16</sup>. A lepra diminuiu bruscamente após o fim das Cruzadas, deixando atrás de si esses locais, que foram criados para mantê-los longe da sociedade. Essas edificações foram mantidas e “frequentemente, nos mesmos locais, os *jogos da exclusão* serão retomados (...) pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento” (FOUCAULT, 1926-1984: 6-7, grifos meus).

A exclusão social vem, então, revestida de conteúdo moral já que os novos habitantes não eram propriamente doentes, mas pessoas “incômodas” - uma situação que só será superada dois séculos depois. Foucault nos remete a uma narrativa literária, a *Nau dos Loucos*, um barco que transportava loucos de uma cidade para outra. Sempre que tentava atracar, era *escorraçado* para fora dos muros das cidades. Segundo ele, essa figuração foi mais do que uma ficção: as cidades expulsavam os loucos (pessoas que vagassem pelas ruas e praças) – eles passaram a fazer corpo com criminosos, delatores, adúlteros e bêbados. Pessoas eram “depositadas” em lugares fechados sem qualquer tipo de tratamento.

Fato é que a “experiência da loucura”, diz Foucault, passou a assombrar o homem ocidental que tem se empenhado em ocultá-la, camuflá-la, excluindo o louco de seu convívio... até os dias de hoje<sup>17</sup>. Hospícios, a partir do século XVII,

---

<sup>15</sup> Trata-se de Foucault em *A História da loucura*.

<sup>16</sup> No século XII, a Inglaterra e Escócia abriram 220 leprosários. Ricardo III, no século XIV, ordenou que fosse realizada uma perícia no hospital de Ripon e, surpreso, verificou que não havia mais leproso - esses locais estavam fechados e abandonados. Na Alemanha e que, em 1542, os bens dos leprosários de Munique, de Hamburgo, foram transferidos para os hospitais regulares, sendo que em Liplingen o leprosário logo foi povoado por *incuráveis e loucos*.

<sup>17</sup> O Movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem pressionado o legislativo no sentido de garantir dignidade para essas pessoas vem na contramão dos tratamentos desumanos ou inadequados a que os alienados são submetidos. Esse movimento opõe-se à internação do louco (Lei

tornaram-se, como disse acima, *espaços físicos de internação*, locais, esses, em que se inscreveu a marginalização marcada, desde então, por julgamento moral, político, social ou religioso. Eles não se instituíram, portanto, como estabelecimentos de cura (essa não era a meta) - não havia no horizonte “alta de tratamento”, apenas afastamento do laço social.

No Classicismo (séculos XVIII e XIX), a *internação* assumiu outra fachada, adquiriu o tom de reclusão para a doença mental, que promoveu um corte: loucos foram distinguidos de vagabundos, delinquentes, pobres e de prostitutas<sup>18</sup>. A incorporação da loucura no espaço do saber médico indica, afirma Foucault, uma transformação importante no imaginário sobre a marginalidade já que retira o louco do âmbito do julgamento moral.

O louco impôs-se como diferença: pôde levantar interrogações para este saber, que se voltou para a necessidade de cura/tratamento dessa doença mental, impulsionando, assim, o início da clínica psiquiátrica e da prática da internação para observação e tratamento. Ainda que essa transformação tenha sido importante para o louco, ela barrou, sublinha Foucault, o sentimento de medo que ele desperta. Assim, a instituição passa a reservar para si função complementar de *guardiã da loucura*, que é, também, assumida pelo médico. De todo modo, a partir do século XVIII, o hospital ganhou a conotação de local terapêutico e de intervenção sobre a doença e sobre o doente, além de *instituição médica* em que se podia *estudar e pesquisar* os fenômenos patológicos: como doente, o louco passa a ser *objeto* de pesquisas.

---

antimanicomial), entendida como forma de exílio. A meta é inclusiva – tratar para garantir o convívio do louco na sociedade.

<sup>18</sup> Antes do século XVIII, Segundo Foucault, o pobre era isolado em instituições porque representava ameaça à saúde – poderia ser fonte de contágio. O pobre era visto como *perigoso*, portanto: “o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo (...) alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta era a função essencial do hospital” (FOUCAULT, 1926-1984: 100).

Kassar (1999), com Merisse (1997), abordaram as características das atuais instituições médico-assistenciais e/ou educacionais à ideia de estabelecimentos, que ficaram conhecidos como “abrigos” ou “asilos”, em que se recolhem todos os tipos de desvalidos (*doentes mentais, deficientes ou delinquentes*). Essas nomeações iluminam as marcas no *atendimento* que é dado a essas pessoas, vistas como *deficientes*. A presença forte do assistencialismo, caridoso, seria uma resposta culpada ao isolamento de *desvalidos*, todos eles reunidos sob o rótulo da “deficiência”.

A história da institucionalização de pessoas com deficiência mental ou física, data do século XIII, na Bélgica. Com a força do cristianismo, pessoas com sérios problemas motores ou intelectuais ficavam reclusas, separadas da convivência com o restante da população. A primeira legislação para deficientes foi redigida no século XIV, na Inglaterra. No final da idade média, a tonalidade caridosa revestiu a deficiência – pessoas com deficiência passaram a ser concebidas como seres com alma, como “filhos de Deus” (op. cit.). Mesmo assim, eram despejadas nas Igrejas que, nem sempre as acolhia bem: podiam ser vistas como hereges – acabavam sendo perseguidas pela Inquisição por apresentar comportamentos inesperados e até obscenos.

Vimos como se construiu, ao logo do tempo, a articulação entre deficiência(s) e instituição, sob o peso da marginalização, exclusão do diferente, que é assumido como fonte de ameaças, de perigo e de medo. A resposta à institucionalização, ao isolamento é caridosa, assistencialista, o que deixa à luz um sentimento de culpa.

No Brasil, a questão da deficiência tornou-se preocupação no século XIX. Figueira (2008) entende que ela veio como efeito de conflitos militares (Guerra dos Canudos e outras revoltas regionais) que tiveram como decorrência soldados que se tornaram deficientes. Criou-se, no Rio de Janeiro, o Asilo dos Inválidos da Pátria, que funcionou por 107 anos. Há, porém, registros de sua grande

precariedade durante esse período imperial<sup>19</sup>. Vê-se que a questão da deficiência tronou-se, aqui, responsabilidade do Estado e não somente das famílias. No século XX, com o aprofundamento de estudos médicos, pessoas deficientes passaram a ser institucionalizadas como “doentes” e tratadas em caráter asilar ou, como no caso de surdos, encaminhadas a escolas especiais (AMARO, 2007, CONCEIÇÃO, 2004, PESSOTTI, 1984, SKLIAR, 1997, *et. al.*).

Procurei mostrar, nesta breve apresentação da história da instituição, sobre a noção/conotação da relação deficiente-institucionalização, que se cristaliza como exclusão efetiva, que a *abordagem da diferença* nos remete à história da marginalização. Pessoas tidas como “loucas”, como deficiências físicas, mentais eram tratadas da mesma maneira, isoladas do convívio com a sociedade, ao desabrigo de um raciocínio clínico, que visasse o retorno do sujeito para a vida entre outros. Trata-se de uma história em que se cruzam questões religiosas, políticas e morais, e parecem ter sustentado os movimentos de exclusão de pessoas. As instituições de longa permanência, por seu lado, não têm se mostrado capazes de sustentar cuidados que ultrapassem aqueles da manutenção de boas condições de higiene e de sobrevivência, que, ainda que essenciais, são insuficientes no que diz respeito ao sofrimento humano. Digamos, que ali, o sujeito “não tem vez e voz” (FONSECA, 1995, 2002) – conta o olhar da Medicina sobre o corpo sem alma, desabilitado. Não é sem razão, portanto, que o diferente vai sendo reduzido à doença e deficiência - o que não deixa de assombrar, de ser “perigoso” e “temerário” para o outro.

---

<sup>19</sup> Ainda nesse período, foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (1854), que permanece em funcionamento até os dias atuais. A tônica é o modelo médico de atendimento.

## 1.2 Primeiras pontuações sobre sintoma na fala e exclusão

No panorama traçado acima, nada se recolhe sobre efeitos da ausência de manifestações estranhas de fala seja no outro, no próprio sujeito ou em instituições. A Linguística não deixa de fazer corpo com a história de um tal esquecimento pela própria natureza de seu programa científico, que ignora qualquer questão relacionada ao que escapa da regra, da regularidade. Neste enquadre, produções estranhas, ausência de emissão articulada de fala e, por consequência, a oposição *normal-patológico* (LIER-DeVITTO E ARANTES, 1998; LIER-DeVITTO, 2001, 2006) são expulsas para fora de seu escopo de questões e problemas.

Na Linguística estão implicadas outras polaridades: correto/incorreto ou possível/impossível, “sempre relacionadas à questão da refutabilidade de uma proposição empírica” (MILNER, 1987). Enfim, falas sintomáticas ou ausência de fala são questões e dados excluídos do domínio empírico da Linguística. Esta existência marginalizada, num campo que se define por ter a linguagem como centro de suas elaborações teóricas e empíricas, é reflexo notável do tipo e história presente nos estudos sobre exclusão/institucionalização do louco, do deficiente ou do pobre.

Como, então, elevar à categoria de proposição problemática isso que aqui é assumido como a forma mais radical de exclusão: alterações ou ausência de fala articulada? Como fazer trabalhar isso que situa um sujeito na margem fronteira entre “uma língua e uma não-língua” (VORCARO, 2000) e também aquilo que se designa como “ausência de fala”? As ditas patologias de linguagem são alterações inesperadas e anômalas que se cristalizam numa fala. No que diz respeito ao próprio sujeito, deve-se considerar o sofrimento que o falante vive na experiência terrível de **ser habitado pela língua materna sem nela poder comparecer**

**como falante.** Tal situação representa uma forma de marginalização bastante particular que envolve o sentimento de estar excluído da (na) própria casa, de ser “estrangeiro” (sem de fato ser) na língua materna (LIER-DeVITTO, 1994).

Assinalamento importante é que o sintoma marca o corpo da fala. Essa marca “*isola o sujeito dos outros falantes de uma língua*” (LIER- DeVITTO, 1999), que pode (ou não) afetar o sujeito-falante. Vê-se que “implicados na noção de sintoma deveriam estar tanto o ouvinte *que não deixa passar uma diferença*”, quanto o falante, “*que não pode passar a outra coisa*” (LIER-DeVITTO, 2001, 2006). É por essa via que se pode entender que “o tempo do sujeito no sintoma é o da repetição, da presentificação/representificação de ocorrências anômalas, que espelha a prisão do sujeito numa falta ou falha” (LIER-DeVITTO, 2003).

No que diz respeito ao outro, deve-se assinalar que elas são intuitivamente reconhecidas: a “escuta de um falante nativo”, sustenta Lier-DeVitto (1998), é instituída por uma língua. Saussure formula que a língua é um “tesouro” recebido de forma passiva pelo ouvinte – ela é uma impressão no corpo-orelha – uma língua molda essa escuta que excede as polaridades teoricamente instituídas na Linguística: ela reconhece efeitos patológicos. Assim, como “só é lícito falar de patologia de linguagem **em língua materna** - erros em “língua estrangeira” nunca são “patológicos”, mesmo que reconhecidos como “erros” (LIER-DeVITTO, 2001). Apenas a escuta do falante nativo pode decidir sobre erros patológicos, essas manifestações resistentes à interpretação e à mudança. No campo da Linguística e mesmo da Fonoaudiologia, essas manifestações insistentes são, via de regra, assumidas como *déficits*. Isso porque sua apreensão tem sido reduzida à localização de faltas ou falhas na estrutura gramatical. Descrições, sem dúvida, nada dizem sobre a condição psíquica do falante. A intuição do falante nativo as ultrapassa porque não se detém na *fala emitida* – ela vai além do que pode ser transcrito e registrado por instrumentos descritivos. A intuição do falante toca mais de perto “a insistência/persistência de algo que é reconhecido como “fora de tempo” e *fora de lugar*” (LIER-DEVITTO, 2003, 2006). Em outros termos, ela não

anula o corpo, nem a voz daquele que fala, fica com a “fala viva” do sujeito falante (De LEMOS, 2003), i.e., ela é afetada pela “**fala falada por um falante**” (...) é a indissociação entre um corpo que fala uma fala e uma fala que fala (d)esse corpo” que afeta a escuta do falante nativo (LIER-DeVITTO, 2001).

Até aqui, concentrei-me em pontuações sobre o sintoma **na fala** e seus efeitos no sujeito e no outro. Há que se perguntar, neste momento, sobre o mal-estar de um sujeito na língua materna quando ele **não fala** e que efeitos isso produz no outro. Excluo de minhas considerações os surdos, uma vez que levantam questões que merecem ser tratadas em trabalho dedicado à relação que entretêm com o outro-falante de língua oralizada (como se diz) e com a própria língua da comunidade linguística em que nasce e vive. Restrinjo-me, aqui a outras pessoas – aquelas que nascem com prejuízos orgânicos que **não** estão impedidas de ouvir. O que as embaraça é a impossibilidade de se apresentar como “falantes” da língua que escutam e que habitam. Estas pessoas vivem *um desencontro em si mesmas* e ficam, dada sua condição, bastante dependentes da interpretação do outro, que, nem sempre sustenta a ideia de que “no corpo prejudicado” há sujeito (VASCONCELLOS, 1999, 2010).

Pode-se levantar a hipótese de que esta dependência seja determinante da ideia de que *não falar* é reflexo direto de deficiência mental. Fato é que, quando frequentam escolas regulares, atendendo ao movimento de inclusão escolar, o trânsito dessas **crianças que não falam** não se desenvolve com leveza: elas são, com frequência, um estorvo declarado. Tudo se passa como se elas “não entendessem” o que se diz a elas quando, na verdade, elas é que “não são entendidas”. A questão é que um “a mais” problemático se acrescenta ao corpo prejudicado, que criam embaraços à identificação, produzindo esgarçamento no laço que sustenta o imaginário de semelhante – “não falar” torna-se, com frequência, traço insuportável (como procurei indicar nas situações apresentadas na Introdução). De todo modo, Estado e Escola emprenham-se em caminhar na direção da inclusão da multiplicidade de pessoas com “deficiências” diversas, sem,

contudo considerar mais de perto a heterogeneidade de seus problemas. Assim, mais uma vez, homogeneízam-se o que é heterogêneo e as singularidades.

### 1.3 Inclusão escolar no Brasil: debates e problemas

Abordo abaixo, de forma sucinta, algumas questões atuais e aspectos **de políticas públicas de inclusão** escolar no Brasil. Leis organizam a vida em sociedade e, nesse sentido, aproximam-se de regras morais, com a diferença de que penalidades estão previstas caso haja transgressão. Elas balizam ações e criam um cenário de ideais que não garante, contudo, a inclusão escolar efetiva. Voltolini (2005) ao tratar do tema da inclusão escolar no artigo “A inclusão é não toda”, afirma que a cada novo documento, a tarefa seguinte tem sido pensar o “como” faze-la (a inclusão) acontecer já que o campo da inclusão escolar é resistente, perpassado por paradoxos e impasses difíceis de serem manejados. Dificuldades, diz ele, produzem certos efeitos. Um deles diz respeito à mudança de tom dos textos sobre inclusão:

No início, eles eram claramente entusiastas, ufanistas, quase panfletários, refletindo o tom de sua origem político-partidária. Com o tempo, foram se tornando mais reflexivos, ponderativos, permitindo a dúvida, o questionamento dessa ou daquela posição. Poderíamos entender essa mudança de tom como o resultado da necessidade de admitir que ao entusiasmo político é necessário acrescentar-se uma base doutrinária, sem a qual repetiríamos o desconforto já experimentado, por exemplo, pelo movimento antimanicomial (VOLTOLINI, 2005: 150).

Conforme trata o autor, as leis tentam dar conta do “problema” da inclusão escolar, mas aos poucos as dificuldades surgem e os impasses envolvidos na

tentativa de homogeneizar também. Isso pôde ser percebido também em relação ao fim das escolas especiais, que após uma lei feita, se entendeu que todas aquelas crianças deveriam partir para o sistema regular sem qualquer ponderação, ou seja, num “sacrifício da realidade” (op. cit.).

Destaco algumas leis para problematizar o tema, acentuando as dificuldades que tenho encontrado em minha prática junto a professores. De fato, novas leis são instituídas sucessivamente mostrando, mesmo, que ideal não se atinge. Vai-se, desse modo, “tapando buracos” encontrados na legislação sobre inclusão e contornando impasses que emergem na prática da inclusão escolar. As leis procuram garantir que todo e qualquer aluno tenha condições de aprender. Admite-se que essa meta atingida, lhes garantiria inclusão pedagógica e social. A inclusão geográfica em escolas regulares e a supressão de escolas especiais foi o primeiro passo indicado para fazer frente à segregação de diferentes. A escola comum deverá garantir o ensino a todos, **com ou sem deficiência**<sup>20</sup>. Digamos que, juridicamente, a inclusão na educação está prevista e será sustentada pelo Estado e pela Escola.

O processo de inclusão escolar, assim como a participação de alunos com deficiências diversas em salas de aula têm desafiado professores e demais profissionais da educação. Em muitos casos, a exclusão acontece ali mesmo onde não é desejada: o aluno com deficiência “não está previsto” na rotina escolar e pedagógica. Limitado do ponto de vista físico, esse aluno é “imprevisto” nos métodos e recursos escolares que poderiam favorecer o processo de aprendizagem. Assim, em sala de aula, ele acaba ficando em **posição de**

---

<sup>20</sup> Em 1961, buscou-se assegurar o direito à educação de pessoas com deficiência e surgiu a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 4.024):

Artigo 2º - A educação é direito de todos e será dada no lar e na escola.

Artigo 88º - A educação de **excepcionais** deve, **no que for possível**, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade (grifos meus).

**observador.** A questão é que o professor também se sente limitado: o professor tem, de fato, dúvidas sobre como ensinar, como avaliar esse aluno, principalmente quando ele não fala. Como diz Kassar:

Estar na escola apenas, não garante acesso ao conhecimento, sendo que o trabalho com a diversidade exige a busca de diferentes soluções, para que o aluno realmente apreenda o conhecimento sistematizado. Este tem sido um dos grandes problemas de nossas escolas. (KASSAR, 2006: 122).

Como assinala a autora, um dos problemas centrais da escola é não saber lidar com a diversidade. Ela entende que seria papel da escola já saber de antemão como lidar com a diversidade, mesmo porque entre alunos ditos normais há heterogeneidade – eles não aprendem da mesma maneira, nem ao mesmo tempo. A inclusão escolar tem realmente sido assunto e prática difícil em escolas. Professores “reclamam” da obrigatoriedade/imposição da lei – sentem-se “inaptos”, afrontados na posição de saber, que são chamados a sustentar. Fragilizados, experimentam a impotência e o fracasso de suas ações. O aluno deficiente é um “agente perturbador” na situação de ensino e colocado à margem das práticas escolares.

Para Kupfer (2005), toda polêmica em torno da inclusão escolar contribui para apresentar por outro ângulo o tema da desigualdade no Brasil – a escola busca seguir o princípio legal de que *todas as crianças são iguais perante a lei*. Em outras palavras, diz a autora, a inclusão deve ser feita a qualquer custo:

Na defesa da inclusão escolar, invoca-se **ora a igualdade de todas as crianças, ora a sua diferença**. Essa discussão chega à sala de aula, e diante dela a professora não sabe mais que lado escolher; ora impõe regras iguais para todas, o que torna inviável a presença daquela criança que não faz outra coisa senão balançar-se ritmicamente, ora afirma que devemos respeitar as diferenças e permite que Joãozinho rasgue todos

os desenhos que faz, para a revolta geral da classe (KUPFER, 2005: 18) (ênfase minha).

É inegável que a inclusão tem sim sido buscada “a qualquer custo” nos últimos vinte anos no Brasil, mesmo assim, ela permanece como problema na ordem do dia. Assali e Amâncio (2005), ao discutirem a questão da inclusão escolar, colocam que seus caminhos são **marcados pela ambivalência** entre uma “(dis) posição escolar integradora e uma inclusiva”, que afeta o professor e os processos de aprendizagem de alunos na escola. Para Meira (2001), a dificuldade maior está mais do lado do professor e da escola que não está preparada para lidar com posições fragilizadas de crianças. Na escola regular, diz ela, crianças difíceis “**não encontram o lugar que considere sua subjetividade...**” (MEIRA, 2001: 44 *apud* ASSALI e AMÂNCIO, 2005: 83). Acompanho as autoras nessa afirmação – em foco fica o “outro” e menos questões sociais e ou políticas, que recobrem, em sua busca de universalidade, facetas bastante singulares da relação criança deficiente-escola/professor.

Andrade (2006) ao refletir sobre a questão da avaliação da linguagem aborda a difícil relação universal-singular. Para ela, o clínico de linguagem, no encontro com a fala da criança e ao longo do atendimento terá que se haver com a tensão dessa articulação desses dois polos: a universalidade do funcionamento da língua e a singularidade de uma fala. É uma tensão, que o coloca entre o “saber” (da teoria) e o “não-saber” (que a fala do paciente introduz) - há o mistério de uma fala singular, uma fala não prevista e resistente a aparatos descritivos<sup>21</sup>. Há que se considerar que um professor está mais afinado com a questão do “saber”, já que aquilo que representa e que lhe é conferido pelo ideal da Escola é o desejo de transmissão de conhecimento. Nesse sentido, para ele, é mais difícil assumir a posição de “suposto saber” que define clínicas em que a linguagem é protagonista (Psicanálise e Clínica de Linguagem, por exemplo). Crianças “com deficiências” (físicas e psíquicas) pressionam a posição do professor e da Escola

---

<sup>21</sup> Ver, também, pelo ângulo da meta da ciência, Lier-DeVitto (2006).

e parece-me residir aí boa parte de tropeços no processo de inclusão. Crianças que falam, mas cuja fala é estranha, que não se “entende”, acrescentam dificuldades. Mas, se a fala está ausente, o esgarçamento do laço se aprofunda e essas crianças se tornam um incômodo, como se pode retirar do depoimento de um professor:

**Um aluno que não fala** necessita de atendimento exclusivo e especializado. **Se pensarmos nessa criança em nossa sala de aula, teríamos que excluir o restante da turma para lhe dar atenção ou, então, o mais comum - que, infelizmente acontece - é deixa-lo em um canto para tentar atender os demais.** Acreditamos que realmente é muito bom e válido o contato dessas crianças com crianças normais, entretanto, se faz necessária a presença de um profissional especializado acompanhando e auxiliando essas crianças em suas necessidades. (professor de ensino fundamental, 2013).

A criança que não fala é um “empecilho” que afasta o outro-professor do ideal de transmissão de conhecimento no que diz respeito a ela: ele fica sem saber como “passar conteúdos escolares”. Entendo que **posição e desejo** articulam-se no ideal de cada campo.

#### **1.4 Questões que brotaram de outras práticas**

A psicanalista Cordié (1996), em seu livro: “Os atrasados não existem” sustenta que **aprender implica desejo**, que ele está na base da aquisição de conhecimentos e defende a ideia de que o fracasso escolar representa sua supressão e é, em sentido metafórico, “uma patologia”. Para ela, a pressão social pelo “sucesso” vem como agente da cristalização de um distúrbio, que inscreve de

forma singular na história de cada um, que dirá das crianças com problemas<sup>22</sup>. Nesta autora encontrei pela primeira vez enunciada a questão do desejo que tem comandado minha prática clínica e em instituições.

Mais recentemente e por efeito de minha experiência clínica como fonoaudióloga, tenho participado como formadora em cursos para educadores. Fui convidada a informar e ensinar a operar **instrumentos de comunicação alternativa (SSAC)** em diferentes prefeituras do Estado de São Paulo. O “não falar” de alunos transforma-se em demanda. Se professores envolvidos em Atendimento Educacional Especializado (AEE) têm alguma informação sobre tais instrumentos (atuam na área da surdez, da dita deficiência intelectual, por exemplo), professores da sala regular os ignoram completamente.

Dificuldades e dúvidas surgem e muitas persistem (entre professores de AEE). A adesão à ideia de que o instrumento resolveria o problema da “comunicação aluno-professor” está na base da ilusão de que uma ferramenta pode ser detentora do saber ou que pode funcionar como suplência quando ele falta. Disso decorrem, a meu ver, as muitas reclamações sobre que se comprimem no enunciado: “não estamos preparados para atender todos esses casos”. Ora, uma ferramenta não dispensa a mão que a opera! “Mão” que é dirigida por um desejo que se representa num ideal. Se esta é a situação, o ideal de conhecimento, que circunscreve uma posição de saber, desloca o saber que se sente faltar para o “instrumento” ou gera o esforço permanente de elaboração de novos métodos de ensino. O que “falta” está sempre fora, longe do desejo: (1) há demanda para atender um aluno por vez ou em pequenos grupos em salas de multi recursos no horário contra turno da escola. Nessas salas, dizem os professores, há vários materiais voltados para a inclusão escolar. *Softwares* de comunicação alternativa, por exemplo, que não sabem como utilizar; (2) reclama-se do “ambiente hostil” que se vive nas escolas quando se conversa sobre algum aluno “problemático”. Professores de salas regulares trazem o incômodo de terem

---

<sup>22</sup> Esta questão será discutida em momento oportuno.

que “lidar com muitos alunos” enquanto o professor especializado “atua com poucos” e estão presentes nas escolas para “apontar erros”; (3) reclama-se da falta de recursos humanos, como se lê no depoimento a seguir: “**Nós professores temos que engolir esses casos**, o aluno que deveria ser da escola é só problema nosso e não conseguimos os recursos necessários para a participação desse aluno em sala, não há estagiários e o aluno não consegue atendimento com o professor do AEE” (professor de educação infantil, 2013); (4) afirma-se que crianças chegam sem diagnóstico: “Muitos alunos chegam sem diagnóstico na escola e não podemos começar um trabalho **sem saber** o que eles têm. O professor trabalha sozinho na escola e em péssimas condições. Precisamos de apoio!” (professor de ensino fundamental, 2013). A questão do saber parece, mesmo, estar sempre presente nessas queixas. Certo é que um mal-estar conduz essa discussão sem direção pedagógica e se interpõe no caminho da inclusão escolar.

De fato, a demanda por diagnóstico de crianças com deficiências sempre aparece nas falas de professores, que acalentam a crença de que o diagnóstico do aluno poderia jogar luz sobre o modo de atuar com eles em sala de aula. O ponto é que a eles não cabe medicar e sim enfrentar os efeitos da “doença”: com tudo aquilo que aquela criança **não consegue** fazer: não andar, não falar... O problema maior é fazer do diagnóstico um escudo contra a escuta, é assumi-lo como um veredito da impossibilidade de aprender. Arantes (2001), ao tratar da questão diagnóstica na clínica de linguagem, chama a atenção para o submetimento “ingênuo” ao discurso médico:

A medicina construiu um objeto de estudo através de um jogo tenso entre reflexão e experiência, mostrando que os termos têm peso de conceito e sua utilização desavisada não conduz à definição de ‘diagnóstico’. É preciso refinar o olhar (ou a escuta), deixar-se interrogar pelo acontecimento, para que uma clínica (de linguagem) seja circunscrita e um discurso sobre ela erigido (ARANTES, 2001: 36).

Podemos dizer que seria proveitoso que o olhar e a escuta do professor pudessem se voltar para a criança com dificuldade e/ou para aquela que não fala “para que a educação possa acontecer”. No fundo de demandas e queixas parece estar aberta uma ferida no ideal de ensinar “aquele aluno com deficiência” – as queixas se concentram num *não-saber*. “não estamos preparados para lidar com casos de alunos com deficiência e que não recebemos apoio da escola”. Frente a isso, como garantir que haja implicação do outro no processo de inclusão? Como encaminhar a dissolução das “reclamações”? Ainda que “falta de informação e conhecimento” sejam aspectos a serem considerados, assim como o esforço do Estado e da Escola devam ser reconhecidos (Bossa, 2002, 2011), a inclusão tropeça, a meu ver, num sentimento de desamparo, numa “condição de abandono, sem auxílio moral ou material; ficar no estado daquilo que caiu no esquecimento, sem proteção” (Dicionário Online de Português) que se abriga em queixas e reclamações.

Aproximo-me de Voltolini quando aborda as muitas reclamações e queixas de professores sobre o processo de inclusão. Elas emergem, diz ele, sempre que há escuta para isso. De fato, nessas ocasiões, aparece “a insistência do desejo de ser possível **não** ter que se ocupar com essas crianças” (VOLTOLINI, 2005: 152) (ênfase minha). De um lado, há os “extremistas”, diz ele, que acabam transformando as crianças em soldados da “causa da inclusão”. Mas, há aqueles:

compelidos a expressar seu desconforto, sua má posição pela queixa que quase sempre toma a forma ecológica do “não temos recurso”, “não temos especialização”. E ainda que venham os tais recursos e a tal especialização, embora inegavelmente cruciais para o processo de inclusão, **provavelmente não cessarão a queixa**, já que ela **vem no lugar de uma verdade recalçada**. (VOLTOLINI, 2005: 151) (ênfase minha).

Como se pode depreender da citação acima, medidas administrativas referentes à inclusão serão sempre insuficientes para que ela aconteça. Há algo

de mais profundo nas queixas/reclamações. Voltando à minha experiência com professores, eu diria que não será da posição de operários da inclusão que educadores poderão enfrentar o mistério introduzido por crianças com sérias limitações físicas e que não falam – esse mistério acaba ilusoriamente resolvido pela crença de que “há problema cognitivo”. O não saber do professor se desloca para um suposto “não poder aprender” do aluno. Acontece que alunos com deficiência e que não falam são presença mais constante nas escolas regulares. É preciso dizer que há casos que “dão certo” e em que “o professor ensina” e muitos outros que não caminham. Como tenho procurado sublinhar, não soa prudente atribuir tal oscilação entre “dar certo” e “não dar certo” exclusivamente ao preparo ou despreparo do educador, à necessidade de maior e melhor incidência do Estado na Educação. A dificuldade maior reside, a meu ver, na construção de uma posição de escuta para aquele aluno que interroga o professor em seu saber.

## **CAPÍTULO 2**

### **EMBARAÇOS DA INCLUSÃO ESCOLAR**

Neste capítulo pretendo, primeiramente, abordar questões relativas às terminologias utilizadas para pessoas com diferentes comprometimentos, sejam eles de natureza motora, intelectual, entre outras, que as colocam em uma “classe”. A intenção é discutir, rapidamente, os efeitos dessas classificações, bem como compreender o caminho para se chegar a certas “nomenclaturas”, que acabam apontando para aquilo que falta. E, mais do que isso, se há falta é porque há um olhar para isso, um olhar marcado pela fragilidade que este corpo impõe.

Procuro iluminar essa discussão através da problematização sobre o que é considerado “normal” e “patológico”, começando pela racionalidade médica que toma o corpo como objeto, marcado muitas vezes pela dependência que esse corpo apresenta nas atividades diárias. Posteriormente, pretendo abordar essa discussão pela via da inclusão escolar, já que, muitas vezes, o diagnóstico médico é assumido como essencial para aceitar essas pessoas nas escolas, o que traz um deslizamento imaginário sobre tudo aquilo que essas pessoas não conseguirão realizar em sala de aula.

A partir daí, trarei a psicanálise para discutir os efeitos desse tipo de relação na escola, relação que pode transformar o corpo em objeto de cuidados apenas, sem direito à palavra ou a um endereçamento. Para tanto, trarei autores renomados para desnaturalizar a ideia de doença da medicina no que diz respeito às deficiências. Pretendo, aqui, mostrar que a noção de escuta será fundamental nesse percurso, principalmente na relação professor – aluno.

O passo seguinte é discutir com trabalhos que estão sob efeito da psicanálise a problemática da inclusão escolar, mostrando que tipo de relação a educação e a psicanálise podem ter, mesmo que de modo subversivo, a fim de direcionar o olhar para o sujeito. Mais do que isso, pretendo apontar para a importância de trazer a ideia de desejo para a relação ensinante, fugindo do ideal hegemônico escolar.

## **2.1 Algumas palavras sobre deficiência, fragilidade e inclusão**

Comumente pessoas enquadradas sob o rótulo da “deficiência” são referidas como “especiais” e como que reunidas numa classe homogênea, ainda que essa “classe” se mostre extremamente heterogênea quando se abandonam classificações nosográficas e o olhar se volta para o sujeito. Pessoas são ditas “especiais” do ponto de vista da modalidade de problema que apresentam e das necessidades físicas, cognitivas ou outra que deverão ser atendidas. Até mesmo as famílias de “deficientes” preferem a qualificação “especiais” porque parece retirar um pouco o peso negativo da palavra “deficiência”, que usualmente consideram estigmatizante. De um lado, há contudo, aqueles que consideram que correto é dizer “pessoas com deficiência”, já essa expressão reflete uma verdade, que não deve ser encarada como depreciativa. De outro lado, há quem utilize o

termo “pessoas com necessidades especiais” – escolas e instituições, principalmente.

A história da exclusão e da nomeação de pessoas diferentes transitou por terminologias diversas, como indiquei no capítulo 1: aquelas com limitações físicas (e outras) eram chamadas de “inválidas”, “aleijadas”, “defeituosas”, “loucas”, etc. Muito recentemente, desde o século XX, tornou-se usual a expressão “portador de patologia”, como se ela não fosse “a deficiência”, mas suporte dela. O termo “deficiente” se instala entre profissionais da saúde a partir do ano de 1981, por influência da ONU, nomeado como Ano Internacional da Pessoa com Deficiência. E somente na década de 1990 estabilizou-se “pessoa com deficiência”, que, segundo se entende, ressalta que há uma pessoa antes que sua deficiência. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) decide pela necessidade de uma linguagem padronizada para descrever e avaliar estados relacionados à saúde<sup>23</sup>. O intuito é garantir a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências e, também, homogeneizar tratamentos para validação de resultados, além de, por certo, conscientizar a sociedade a respeito da importância de questões relacionadas à acessibilidade, entre outras<sup>24</sup>.

Os domínios contemplados na CIF (2004) são aqueles que levam em conta “a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade” em duas listas básicas:

(1) Funções e Estruturas do Corpo (voltado para a anatomia do corpo, seus órgãos e componentes);

---

<sup>23</sup> Nas classificações da OMS, doenças, perturbações ou lesões compõem a classificação CID-10, estruturada com base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. A rigor, CID-10 e CIF são complementares - recomenda-se utilizá-los conjuntamente. A CID-10 proporciona um “diagnóstico” da saúde e é complementado por informações sobre funcionalidade, fornecidas pela CIF.

<sup>24</sup> A CIF tem sido utilizada para diversas finalidades: como ferramenta estatística ou clínica, de investigação, para desenvolver atividades sociais.

(2) Atividades e Participação (voltado para as limitações impostas pela “estrutura corporal”). Neste âmbito, estão em causa: condição de saúde e seu eventual impacto na realização autônoma de atividades de vida diária (alimentar-se, escrever, locomover-se, vestir-se, etc.)<sup>25</sup>.

No que diz respeito à deficiência física, a CIF apresenta uma escala que inicia com “nenhuma deficiência”, passando por “deficiência ligeira”, “moderada”, “grave” até “completa”, indicando e quantificando sua extensão e fazendo a ressalva de que uma padronização precisa ainda demanda que pesquisas sejam feitas. De qualquer maneira, a questão da deficiência é definida como perda e anormalidade de uma estrutura orgânica ou de função fisiológica, incluindo, aí, as funções mentais. Interessa assinalar que a CIF deixa claro que a “anormalidade” é de **fundo orgânico e é tratada como variação quantitativa da norma estatisticamente estabelecida**. Segundo a CIF, o que está em questão é o estabelecimento da **norma e seu desvio**. Nesse caso, a pessoa com deficiência deverá ser encaixada em itens desse manual.

## 2.2 Deficiência e racionalidade médica

Não é estranho dizer que a racionalidade que guia a Medicina é pautada por seu compromisso com a saúde do organismo. Nessa direção, e sob a

---

<sup>25</sup> A classificação trazida no manual é bastante extensa e aborda diferentes funções, tais como: sensoriais, de dor, mental, visual, olfativa, memória, psicomotora, resistência física, mastigação, capacidade para realizar tarefas simples ou complexas, linguagem escrita, fala, fluência, voz, articulação, etc. No entanto, linguagem aqui é abordada enquanto codificação/decodificação de mensagens, respondendo pelo mental (cognitivo).

prevalência do olhar (observação, classificação), o custo é que o diagnóstico médico toma o corpo em objeto, decretando, com isso, o recobrimento do sujeito. Nesse enquadre, pessoas com deficiência, principalmente aquelas com limitações de ordem física são dependentes do outro para a realização de forma autônoma de atividades cotidianas e rotineiras como comer, tomar banho, trocar de roupa, entre outras. Essa inegável dependência acaba, por deslizamento imaginário, levando a outras suposições aplicadas à subjetividade (deficiência mental e atrasos no desenvolvimento, por exemplo). Sinal disso é a resposta de profissionais da saúde e cuidadores que, muitas vezes, é marcada por uma discursividade que as infantiliza – são tratadas como se fossem crianças. Nesse passe, “dependência” se torna, para o outro, sinônimo de *submissão* (DUDAS, 2009) e motivo para *exclusão*.

A outra face paradoxal desta questão remete a uma comoção exagerada: há aqueles que vibram ou choram ao falar de “casos de superação” de limites por deficientes. Note-se que **a falta** ou **o déficit** têm força. Voltolini (2005) faz um comentário a esse respeito ao assinalar que a sociedade gosta de mostrar pessoas com deficiência, que protagonizam espetáculos de superação de limites, como cadeirantes que são universitários, ou deficientes que competem em jornadas esportivas:

O curioso desses exemplos, em que pese o drama individual que comporta cada um deles, é que se olharmos por outro ângulo (o do sintoma social), as pessoas portadoras de deficiência não estão tão excluídas assim. Elas ocupam um lugar, como não poderia deixar de ser, na economia de gozo da cidade (VOLTOLINI, 2005: 153-154)<sup>26</sup>.

Trata-se, entendo, de uma “organização” em que cada um ocupa seu papel, pois se há aqueles que protagonizam espetáculos de superação, certamente há

---

<sup>26</sup> Embora neste trabalho a psicanálise tenha incidência, os conceitos de Real, Simbólico e Imaginário não são mobilizados nas explicações. A noção de gozo, a eles ligado, é complexa e importante, mas não operativa nesta tese.

os que assistem, do contrário nem um e nem outro existiriam. Aqui, a questão da fragilidade toma outra proporção, aponta também para a fragilidade no outro.

No que concerne ao deficiente, a fragilidade verdadeira sustenta-se, como disse, no fato de que o deficiente necessita de cuidados básicos e diários (na instituição de longa permanência, na escola ou em casa). Acontece que a posição do outro na relação com a pessoa com limitação orgânica é tensionada entre a necessidade de dedicar atenção extrema a uma pessoa e à alguém com diferença corporal marcante. A resolução envolve aparentemente o reconhecimento de um humano “diferente” (e exigente) – de um diferente “não-semelhante”. Quero assinalar, com isso, que a deficiência física ou mental afeta o processo de identificação – “sou e não quero ser como ele”: como essa pessoa dependente e fraca, frágil como uma criança! O sentimento é de que deficientes são “coitadinhos”. Nota-se, efetivamente, complicação implicada nesse mecanismo que participa da estruturação do sujeito e que equilibra o laço social.

Num discurso organicista, como o da Medicina, recolhe-se a expressão “síndrome da fragilidade”, que remete ao conjunto de mudanças físicas e psicológicas, que comprometem a qualidade de vida e predisõem a pessoa a desenvolver doenças<sup>27</sup>. Daí que a Medicina prescreve que sujeitos que apresentem condições de fragilidade sejam avaliados constantemente por nutricionistas e médicos, que sejam verificados seus comprometimentos visuais, auditivos, assim como sua capacidade de compreensão. Frente a isso, pode-se dizer que o sujeito, portador de uma deficiência é, ainda que o termo “portador” tenha vindo para suspender a identificação entre sujeito e doença, o sujeito é, via de regra, deixado de lado: tudo o que se diz e se pensa sobre ele é, na verdade, pautado pela doença (e no apagamento do doente, como disse Foucault, 1926-1984). Todas as suas manifestações são enquadradas em itens de um “no manual” e esvaziadas de subjetividade.

---

<sup>27</sup> Os marcadores dessa Síndrome são: refluxo gástrico, constipação intestinal, redução de força muscular, susceptibilidade a doenças, redução da libido, entre outros associados à depressão, desnutrição, quedas.

Crianças deficientes, que não falam, abalam alicerces: pude atestar em cursos a professores que o problema que enfrentam nas escolas são “alunos que não tem diagnóstico fechado”. A crença é a de que a partir dele poderiam buscar informações sobre o quadro na internet e sabendo quais seriam as limitações envolvidas, por certo “saberiam melhor como trabalhar” com eles. Como se vê, a questão fica atrelada ao saber como instância que poderia mediar a relação com esses alunos ditos deficientes. O nó da questão é que tal suposição dá suporte ao fechamento da escuta para o enigma do “aluno diferente” de quem devem se ocupar. A exclusão desses alunos começa, então, por aí, antes mesmo de um encontro verdadeiro. Esta situação atesta, em outro cenário, o vigor do discurso organicista na escola, que adere, fortemente, a ele. Fica evidente, também, como o ideal de universalidade, aqui representado pela CID 10 e pela CIF, ultrapassa o domínio da Medicina e penetra o âmbito escolar e se interpõe entre os professores e seus alunos: o particular dessa relação fica borrado sob o peso dessa interferência discursiva.

Se a posição do outro-professor fica abalada frente ao aluno diferente que, quando não fala, aprofunda essa fragilização, tanto que ele almeja a situação de porta-voz de um discurso que não é o seu, que assume como discurso do saber. Nesse enquadre, o professor se encolhe como sujeito, como também faz cair a interrogação que um aluno diferente levanta. Esta posição diminuída emperra os movimentos de uma interpretação produtiva<sup>28</sup>.

A esse respeito, têm sido bastante discutidos os efeitos mortificantes do diagnóstico precoce para família, que, muitas vezes, deixa cair o apelo da criança, além de submetê-la a um trânsito por diversos profissionais, como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, neurologista, etc. Os efeitos sobre os pais desse início “quebrado”, indesejado, é uma frustração que os embaraça junto ao

---

<sup>28</sup> A esse respeito, têm sido bastante discutidos os efeitos mortificantes do diagnóstico médico para aquela família, que, muitas vezes, desinveste a relação e deixa cair o apelo da criança.

filho que vem como não foi esperado. Médicos, contudo, tendem a subestimar esses aspectos, uma vez que, para eles, interessa tratar precocemente o corpo prejudicado.

Mannoni (1988) comenta o perigo de prognósticos pessimistas, que podem, inclusive, “imobilizar os pais numa atitude de impotência” e encerrar a criança num destino institucional (o que não é infrequente). Para a autora, aqueles que cuidam de crianças com deficiências físicas, sejam os pais, o professor ou o clínico, tendem a ignorar a criança como um sujeito com desejos próprios. O resultado costuma ser nefasto: fazer da criança um “objeto de cuidados” e sem direito à palavra.

Procurei apontar nessa mesma direção ao abordar os efeitos do afastamento entre a mãe e seu filho, quando atravessada por *um profissional* (Dudas, 2009). Casos em que outro se interpõe, “invade” essa intimidade necessária numa dinâmica que tende a desprezar expressões de singularidade, já que o cuidado profissional tem sido norteador, no caso da criança com limitação física, pelo discurso organicista, que é, por natureza, “objetivo” e instruído pelas características da doença. Estabelece-se uma tríade (mãe – profissional – bebê) em que acaba ganhando destaque e prioridade *orientações*, ou seja, um **saber sobre** a doença e o modo “correto” de cuidar e interpretar a criança.

Frazão (1996), fonoaudióloga, também afirma ser importante considerar o peso que a patologia tem nas relações com o bebê desde o seu nascimento e que, em alguns casos (ou na sua maioria), interfere de forma nociva na relação dos pais com seu filho “doente”<sup>29</sup>. Nesse enquadre, é comum, acrescenta ela, os pais atribuírem caráter sintomático a atitudes que são comuns em crianças não lesionadas, ou então, ignorarem manifestações vocais ou gestuais por serem muito distintas das esperadas. Diferente do que ocorre na relação com o bebê

---

<sup>29</sup> Termos como esse denotam a posição assumida pelos autores citados e não minha posição, que no decorrer do trabalho presumo que ficará mais clara.

não lesionado, Frazão (op. cit.) mostra que no discurso de alguns pais, nota-se forte cristalização de sentidos em torno da patologia.

Coriat (1997) afirma que para que uma criança, com problema orgânico e que não fala, tenha chances de advir como sujeito é preciso que passos necessários sejam cumpridos, passos, esses, que são os mesmos daqueles de uma criança organicamente normal:

Muitas vezes ocorre, com bebês com problemas, que **a visão do problema obtura a visão da criança**. A atenção e a ação da mãe ocupam-se, acima de tudo, do sintoma e, como este afeta apenas uma parte do corpo, o bebê recebe uma estimulação localizada. O que resulta disto para o bebê é que se sublinha a libidinação dessa parte, do músculo ou da função que não funcionam corretamente desde o orgânico (CORIAT, 1997: 181-182) (ênfase minha).

Destaco de Coriat a ideia de que “a visão do problema obtura a visão da criança” e de que em relevo, quando há deficiência física, na incidência do outro concentra-se na parte do corpo “que não funciona”.

Bernardino (2007) admite ser difícil sustentar o lugar de desejante quando as funções paterna e materna entram em curto-circuito. Isso costuma ocorrer no momento em que os pais são informados sobre a deficiência do filho. Para ela, torna-se quase impossível substituir o filho imaginado pelo filho cuja imagem destoa bastante do esperado e, para a criança, difícil é sair da condição de objeto de cuidados, já que é muito comum que a situação de dependência absoluta da criança a essa relação dual barre a inscrição do pai como terceiro na relação. Disso decorre que a história da criança pode ficar atrelada à história da mãe por toda a vida: situada no lugar da criança eterna, que não pode ter acesso ao desejo e a uma história própria. Não é difícil reconhecer que frente à criança com problemas, essa posição materna é repetida por professores e cuidadores.

Para Bernardino o sujeito marcado por uma diferença física significativa poderia ultrapassar essa situação limitante e alcançar um desejo se puder ir além desse movimento que o dessubjetiva, a cada vez que se vê refletido no olhar dos outros. Para a autora, nessas situações extremas, em que as expectativas da família estão rompidas ao confrontar com um real difícil de simbolizar, o espaço de escuta é a face decisiva para a emergência da verdade de cada um; para surgimento da condição de sujeito desejante.

Como vimos, a noção de “escuta” torna-se essencial na discussão sobre inclusão e em especial sobre inclusão escolar, quando se tem em conta que a espera de um saber pelo diagnóstico vem encobri-la. Professores tendem a ignorar manifestações vocais ou gestuais de crianças com limitações físicas, que não falam. Não se supõe a elas endereçamento: não há reconhecimento dessa possibilidade porque “a visão do problema obtura a visão da criança”, como disse Coriat (1997). O “problema” físico e as limitações motoras encobrem o sujeito: ele fica, de fato, encapsulado no fenômeno “patológico”.

### **2.3 Sobre o normal e o patológico**

A deficiência física é visível no corpo e apreensível por exames de imagem, ressonâncias, cariótipos, etc. No entanto, parece-me relevante abordar a questão da “anormalidade” já que a palavra “normal” tem presença forte no dia a dia dos médicos, da escola, e da própria família. A deficiência está inserida nessa questão, já uma pessoa só será incluída na escola se estiver “fora do padrão de normalidade”, ou seja, é preciso um “diagnóstico” que justifique sua entrada.

Nesse ponto, recorro a Canguilhem (1966/2007), filósofo e médico que em seu livro clássico, *Normal e Patológico*, critica a influência da tradição positivista sobre o entendimento de “doença”. O autor aborda o modo segundo o qual a Medicina estabeleceu essa dicotomia e questiona se aquilo que é mais **frequentemente observado** pode ser, realmente, considerado como *normal* e se **a diferença** deve, portanto, ser encarada como desvio. Vistos por esse ângulo, os fenômenos patológicos nos organismos vivos são **variações quantitativas** (para mais ou menos) de fenômenos fisiológicos.

Canguilhem assinala que, nesse ambiente, o patológico é definido em relação a um ideal de normal, mas não como **anormal** ou **disfunção** e sim como variações hiper ou hipo. Cabe perguntar, então, se pessoas com deficiência são variações quantitativas? Não seria a resposta mais provável já que não tem sido possível medir qualidades fisiológicas, apenas as limitações que delas decorre (comer, andar, etc). Canguilhem diz que a patologia anatômica deveria ser melhor analisada, uma vez que **diferenças anatômicas** tornam-se “patologias” quando recebem, da clínica médica, o revestimento de “doença”.

René Leriche diz que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (*apud* CANGUILHEM, 1966/2007: 57). O estado de saúde, o normal, é, nessa visão, uma espécie de **inconsciência do corpo**, já que não há dor. A autópsia pode, contudo, revelar um câncer ignorado por seu portador: uma doença, apesar dela não ter sido *sentida* pelo paciente, estava lá introduzida por uma patologia silenciosa. Seria preciso, então, desumanizar a doença. A partir dessa ideia, a Medicina recalca ainda mais o doente: cria métodos que podem dispensá-lo. De fato, ainda na gestação, muitos bebês são diagnosticados com algumas síndromes e/ou deficiências. Esta é a direção da Medicina que acaba chegando até à escola - o diagnóstico médico, porém, não resolve questões da relação entre humanos, nem problema de linguagem (ARANTES, 2001 e outros; FONSECA, 2002 e outros).

Por oposição à definição de saúde, enunciada por Leriche, a doença seria o *ruído dos órgãos*, ou melhor, ela compreenderia um conjunto de efeitos dolorosos no organismo. Por essa via, a deficiência física não entraria nessa noção de doença. Nesse sentido, a paralisia cerebral, por exemplo, não poderia ser considerada doença. Ela instaura um estado, uma condição motora perturbada por efeito de lesão cerebral, que também não é considerada uma doença.

Conforme já discuti, chamo a atenção aqui para o fato de que a ideia de “cuidado” está impregnada dos efeitos do discurso médico sobre a doença. Esses cuidados, dirigidos aos sujeitos com deficiência, não levam em conta suas queixas – são decididos pelos cuidadores e familiares<sup>30</sup>. É necessário um questionamento sobre o porquê desses sinais não poderem ser interpretados nesses casos. O que se enxerga é a deficiência como doença, ainda mais quando a questão da fala está implicada. Como já disse, a ausência de fala é identificada a um “fora da linguagem” e à “ausência de capacidade cognitiva”.

De acordo com Canguilhem, uma anomalia pode constituir ser objeto de um capítulo especial da história natural, mas não da patologia (1966/2007: 95). Nesse caso, deficiências físicas não são doenças, definitivamente. Há, sem dúvida, obstáculo no exercício das funções. Deficiências seriam anomalias, já que nelas há perturbação no exercício de funções, mas o autor acrescenta a isso que, muitas vezes, somente depois da morte, uma anomalia (como a heterotaxia<sup>31</sup>) poderá ser percebida. Uma deficiência física, contudo, é notável e a peculiaridade desses quadros afronta a definição de anomalia, embora sejam parcialmente contemplados na ideia de que “anomalia é consequência de variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo” (CANGUILHEM, 1966/2007: 96).

---

<sup>30</sup> É comum, por exemplo, fazer parte dos procedimentos diários de “cuidado”, o controle diário de temperatura, da pressão arterial, além de pedidos de exames periódicos de laboratório, sem que haja qualquer sinal de mal estar do lado do sujeito.

<sup>31</sup> Na medicina a heterotaxia é a localização anormal de estruturas anatômicas sem que haja alteração da função.

É preciso lembrar que **variação individual não é doença** e que **anormal não é patológico**, embora, em razão inversa, o patológico seja anormal. Nesse ponto, Canguilhem incide com força ao dizer que uma anomalia hereditária não é patológica pelo simples fato dela **ser a norma** para o vivo que a suporta. A **normalidade** será, portanto, **ditada pela sua normatividade**. Também por esse ângulo, deficiências hereditárias ou congênitas não seriam patologias<sup>32</sup>, mesmo levando em conta a diversidade que o quadro comporta – aliás, as variações individuais podem ser referidas à ideia de uma normatividade esperada no quadro<sup>33</sup>.

Se a deficiência física é considerada uma anomalia submetida a uma normatividade, ela não é patologia. Mas, considerando as dificuldades e exigências que ela impõe aos familiares e o isolamento promovido pelo fato de que, muitas vezes, essa pessoa é, até mesmo, institucionalizada; devemos supor que aquilo que mais pesa na balança é a diferença imposta pela comparação entre pessoas com e sem deficiência – há, então, conflito entre normatividades diferentes na mesma espécie e a alocação da deficiência no espaço da doença. Não é fácil definir um lugar para as anomalias congênitas.

Procurei desnaturalizar a noção de doença no que diz respeito à deficiência e enfatizar a noção de diferença, que ela comporta. Ora, colocar-se de um lado (do discurso organicista tradicional) ou de outro (proposto por Canguilhem) não é indiferente – exige tomada de posição frente à pessoa que demanda cuidados. Pessoas com deficiência e que não falam são dependentes para suas atividades diárias, sem dúvida, mas a isso não equivale rebaixamento cognitivo e de desejo.

---

<sup>32</sup> Importa dizer que para o autor, “patológico” não é sinônimo de ausência de norma biológica, mas presença de uma norma diferente e, de certa forma, “repelida pela vida”.

<sup>33</sup> As anomalias anatômicas de tipo congênito, por exemplo, só se tornam dolorosas muito tardiamente ou então nunca, em alguns casos. É fato, contudo, que anomalias sempre podem se transformar em doença – elas participam das vicissitudes dos movimentos da vida.

Clavreul (1978), um destacado psiquiatra e psicanalista francês, foi discípulo de Lacan. Em seu livro *A ordem médica* ele concorda com Canguilhem no que diz respeito à questão da “normatividade”, mas no que se refere às anomalias, ele lembra que há algumas que passam despercebidas e que são compatíveis com uma perfeita adaptação do indivíduo ao meio (como a anemia falciforme, por exemplo, que produz uma resistência à malária). Essa anomalia garantiu, diz ele, a sobrevivência de pessoas em regiões pantanosas da África e na Bacia do Mediterrâneo. Há, ainda, anomalias cromossômicas, como o *mongolismo* que, diz ele, são reconhecíveis em relação a uma norma ligada ao patrimônio genético mais difundido. Não há, assinala Clavreul, nada que “mascare” a anomalia física. Ela é visível como “fora da norma” da espécie. Por esse motivo, sustenta o autor, qualquer deficiência física é tida como “desvio da norma”. Disso decorreria a representação imaginária de “incapacidade”, “anormalidade” e de “doença”. Dessa cadeia simbólica deriva a representação imaginária de deficiência como doença. A ostentação da diferença, que as deficiências físicas trazem, não podem evitar essa construção discursiva que opera no preconceito da parte de pessoas ditas “na norma”.

Clavreul descola a ideia de norma do ponto de vista do médico. Anomalia liga-se à impossibilidade de exigir das pessoas uma tolerância que manifestamente sabe-se que elas não têm. Anomalias visíveis trazem marginalização e rejeição. Seguindo este raciocínio, Clavreul afirma que “ser anormal” é **não estar conforme aos ideais da espécie**. Da positividade do discurso médico, migramos para problemática do imaginário, que detém ideais narcisistas para a espécie. A sociedade funciona sob a sombra da ilusão da semelhança e, toma o diferente como problema. Para esse autor, portanto, a discussão sobre anomalia, normalidade, normatividade não deve ficar atrelada à Medicina, em que, inevitavelmente, esses termos ficam atrelados à noção de doença. O discurso médico sobre o homem restringe-se ao *être-vivant* (o ser-vivo). A questão pode seguir outra rota, na emissão de um juízo de valor, que decidiria

se alguém é “normal” ou “fora da norma”<sup>34</sup>. O autor mostra que a cessão ao discurso médico (intimamente relacionado ao *discurso do mestre*<sup>35</sup>) é aderir a um discurso totalitário, que exclui a diferença e a subjetividade.

A discussão sobre normalidade e patologia pareceu-me necessária na medida em que apenas a pessoa considerada portadora de uma patologia é candidata a ser incluída na escola regular - ela é excluída por esse “atestado” de patologia. Na Clínica de Linguagem, sujeito e organismo são instâncias *não coincidentes* (FONSECA, 1995, 2002) no sentido de que a linguagem não se submete à causalidade direta cérebro→linguagem, nem é determinada pela cognição, não é “uma excrescência do cerebral”. As bases teóricas nutrem-se da articulação entre o estruturalismo europeu (ali a linguagem tem funcionamento autônomo) e sustenta-se a hipótese do inconsciente. São essas bases teóricas que enunciaram a importância da posição de escuta para a fala sintomática (ou ausência de fala) e para o sujeito que sofre por efeito de uma fala que ele escuta e que não controla ou por efeito de um dizer que ele não pode pronunciar. Em perspectiva fica o sujeito-falante (*parlêtre*, nos termos de Lacan).

Para um clínico de linguagem, o que interessa é a **relação do sujeito com a linguagem**. De qualquer maneira, a ausência de fala, casos que trago aqui, leva crianças à clínica, mas ali, aquela criança não está fora da linguagem, embora não fale: há escuta para o não-falar. Há inclusão do sujeito na clínica<sup>36</sup>. Penso que essa guinada pode ser considerada no processo de inclusão escolar. Procurei, nos itens acima deste capítulo 2, problematizar a relação cristalizada entre

---

<sup>34</sup> Para um aprofundamento dessas questões sobre a doença em torno do diagnóstico na Clínica de Linguagem ver mais em Arantes (2001).

<sup>35</sup> Lacan propôs quatro discursos através de matemas e se fundamentou nos três ofícios impossíveis de serem realizados, segundo Freud, que são: governar, psicanalisar e educar. Sobre os quatro discursos (do mestre, do analista, da histérica e do universitário) ver mais no Seminário 17 de Lacan: “O avesso da psicanálise”.

<sup>36</sup> Apresento e discuto a Clínica de Linguagem no capítulo 3.

deficiência e doença e abrir caminho para a introdução de outra posição frente à pessoa com deficiência, que não deixe de fora o sujeito e suas manifestações.

## 2.4 O “contrato” da inclusão e seus efeitos

O termo inclusão tem sido muito debatido no Brasil, seja inclusão social, inclusão digital, racial, escolar e outras, a partir de aspectos de ordem moral, ética e política. Fato primeiro e inquestionável é que “inclusão” implica seu antônimo: “exclusão”. No dicionário da Língua Portuguesa, encontramos a seguinte definição:

Ato de incluir pessoas portadoras de necessidades especiais na plena participação de todo o processo educacional, laboral, de lazer, etc, bem como em atividades comunitárias e domésticas (FERREIRA, 1999: 1093).

Em outro dicionário Online de Língua Portuguesa há uma definição mais ampla:

s.f. Integração absoluta de pessoas que possuem necessidades especiais ou específicas numa sociedade: políticas de inclusão. Inserção; introdução de algo em; ação de acrescentar, de adicionar algo no interior de; condição do que foi incluído: inclusão do artigo no jornal.

Lógica. Relação entre dois termos em que um faz parte da compreensão e/ou da continuação do outro.

Matemática. Característica do conjunto cujos elementos estão contidos em outro conjunto.

Mineralogia. Corpo sólido de natureza distinta do conjunto em que faz parte ou está inserido.

Histologia. Técnica de microscopia através da qual um tecido ou órgão ao ser manipulado está envolto por uma camada de parafina para ser seccionado em lâminas finas, após sua solidificação.

Inclusão digital. Designação do conceito usado na informática que destaca a necessidade de tornar seu uso acessível a todos (Etm. do latim: inclusio.onis) (<http://www.dicio.com.br/inclusao/>)

#### No dicionário jurídico:

Lógica jurídica. Relação existente entre duas classes que estão na relação de gênero para a espécie. 2. Nas linguagens comum e jurídica: a) abrangência de uma coisa dentro de outra; b) admissão; c) ato ou efeito de incluir (DINIZ, 1998: 806).

Todas as definições sobre “incluir” comportam o sentido de trazer para dentro do grupo aqueles com características diferentes da maioria. Além disso, a grande maioria dos artigos sobre o assunto, estão voltados para inclusão social, que envolve a educação e a política: “o processo de inclusão escolar no país está apenas no início e a inclusão de pessoas com alguma diferença significativa é necessária para expor o problema e impedir a difusão do preconceito” (CORTELLA e FERRAZ, 2012: 32). Um início que resvala numa inclusão precária, dizem os autores mencionados, já que escolas regulares estão despreparadas (em sentido amplo) para levar a cabo o objetivo central da inclusão. Elas geram exclusão e reclusão – são separadas dos alunos “normais” e reunidas em salas para crianças problemáticas.

#### Mantoan, autora bem conhecida da área da Educação, diz que:

Resistimos à inclusão escolar porque ela nos faz lembrar que temos uma dívida a saldar em relação aos alunos que excluimos por motivos muitas vezes banais e inconsistentes, apoiados por uma organização pedagógica escolar que se destina a alunos ideais e padronizados por uma concepção de normalidade e de deficiência arbitrariamente definidas (MANTOAN, 2011: 6).

A autora aborda o problema da inclusão pelo viés político já que entende que a sociedade deve “pagar dívida” com essas pessoas marginalizadas por suas diferenças/deficiências. Mantoan afirma que para que a inclusão escolar possa ter sucesso, a Escola deve criar soluções de acessibilidade para a permanência de alunos com deficiência: adaptar materiais, por exemplo, para uma criança que não consegue segurar o lápis ou o pincel. Para a autora: “combinar igualdades e diferenças no processo escolar é como andar no fio da navalha” (idem, 2006: 190). De fato, não parece fácil “andar no fio da navalha” quando o professor se depara com casos de crianças com deficiência na escola. Esta educadora sustenta que a almejada “igualdade de oportunidades” tem sido um emblema conduzido de modo perverso: não assegura a permanência na escola, nem acesso aos conteúdos pedagógicos. Entendo que para promover “igualdade” de direitos e de oportunidades é mesmo preciso considerar diferenças e promover condições para que possa haver suplência das dificuldades. Nessa discussão, contudo parece que algo falta, fica de fora.

Voltolini (2004) em seu artigo: “Psicanálise e inclusão escolar: direito ou sintoma?”, vai ao encontro do que procuro discutir. Ele aborda a dificuldade de articular as dimensões jurídica e subjetiva, que a questão da inclusão escolar traz. O autor esclarece que o que hoje se entende por “inclusão escolar” teve origem e evoluções diferentes: surgiu como política pública voltada a barrar a tendência social de exclusão do deficiente e do louco: “uma vez reconhecido o direito, tratou-se daí para frente de construir os recursos para a viabilização do projeto em questão” (VOLTOLINI, 2004: 93). Ainda que a questão deva ter um tratamento jurídico, diz ele, o problema reside no fato desse tratamento ter como meta agregar de forma irrefletida a heterogeneidade daquilo que visa agregar.

O autor desenvolve a ideia de que leis de inclusão viriam para eliminar conflitos (mas os aprofunda) - a inclusão escolar envolve o professor e o aluno num contrato, sendo que nenhum dos dois lados parece ter desejado ou pedido

isso. Citando Chemama (2000) lemos que: a ênfase nesse tipo de tratamento não constituiria hoje um tipo de intolerância ao sintoma? (VOLTOLINI, 2004: 101).

Acontece, diz ele, que sistemas sociais nada querem saber sobre o desejo – o que importa para eles é sempre o coletivo, não o sujeito. Essa situação não é sem consequências, sugere Voltolini: temos professores resistentes e descontentes (porque não partilharam desse contrato), que agem como certas crianças “que não querem comer e fecham a boca, porque apesar de a comida ser para seu bem, sabem que tem que comer porque a mãe deseja” (VOLTOLINI, 2004: 96). O indesejado contrato, imposto pelas leis da inclusão, anula, conclui ele, a condição de sujeito desejante (de ambos os lados). Frente a este argumento, com o qual compartilho, que implica o desejo e joga luzes sobre a problemática da inclusão, soa ingênuo supor que o problema pudesse ficar concentrado na ideia de despreparo acadêmico dos profissionais da educação.

Embora a questão trazida por Voltolini seja outra, pois ele trata mais de perto, em seus artigos, de crianças com transtornos globais do desenvolvimento, mais especificamente os chamados “autistas” e “psicóticos”, sua discussão em torno da inclusão escolar interessa porque coloca o professor na condição de sujeito-desejante. A escola é desafiada, sem dúvida quando crianças “não ideais” invadem esses muros, como aquelas ditas deficientes e que, ainda, não falam.

#### **2. 4.1 Uma escola ideal?**

O título deste item pode ser referido ao artigo do economista Cláudio de Moura Castro, “Escola ideal para alunos não ideais”, que nos leva à questão se “há uma escola ideal” e se há um “aluno ideal”. O autor lembra que Pedro II

procurou transformar a primeira escola pública secundária do Brasil em um modelo inspirado no Colégio Louis Le Grand (colégio de muita reputação na França). Era ele que selecionava pessoalmente os professores, que arguia alunos - isso culminou, diz ele, no modelo de educação brasileira... para a elite.

Com a expansão do ensino no país, o ingresso de alunos com “menos preparo”, segundo Castro, fez cair o desempenho – primeira divisão entre escola de elite e para o povo. A escola, ele sustenta, deve ser redesenhada de forma “mais real”. A questão é sustentar qualidade. A resposta a essa meta não passa unicamente pela necessidade de formação de professores e de adaptação curricular, entre outros pontos, sempre elencados em diferentes pesquisas que, afinal, simetizam o discurso de professores sobre o que falta à escola. A escola ideal não anda em vigência em relação à educação inclusiva, nem à educação de maneira geral: há escola ideal?

Voltolini, em seu programa da USP “Ética e Cidadania: construindo valores na escola e na sociedade” (disponível na internet), pergunta se a educação inclusiva corresponderia a uma revolução ou uma reforma: o que falta à escola para ser considerada inclusiva? O autor Voltolini aponta para o fato de que não é fácil transitar na fronteira que separa a “escola ideal” dos “ideais da escola”<sup>37</sup>. Ainda que ideais sejam necessários, eles costumam conduzir a ideia de que haveria uma escola perfeita<sup>38</sup>. Seguindo este argumento, Voltolini sugere que ao invés da pergunta: “o que seria uma escola ideal”, seria melhor perguntar: “quais as possibilidades da escola para contribuir na direção de uma sociedade mais inclusiva?”. O cerne da questão, propõe ele, está no fato de que a sociedade que

---

<sup>37</sup> Temos aí um paralelo à distinção feita por Freud entre “ego ideal” e “ideal do ego” Expressão introduzida por Freud em seu segundo modelo do aparelho psíquico (1923- 1925). Em poucas palavras o ideal do ego viria para reprimir o complexo de Édipo (a criança descobre que não é absoluta) e o ego ideal é a imagem da perfeição narcísica em que a criança se sente plena em relação à mãe.

<sup>38</sup> A imagem é uma espécie de “*conforto narcísico que é apaziguada com a própria imagem no espelho*” - o autor lembra que Narciso morreu por estar condenado a não olhar para mais ninguém, somente para ele. E é esse exatamente o ponto, pois a escola pode ficar fixada na busca desse modelo ideal, apagando o outro para quem ela deveria se dirigir.

demanda inclusão é a mesma que, para garantir sua organização, exclui<sup>39</sup>. Visto assim, o centro do problema da inclusão é o obstáculo inscrito na tendência contraditória que gira na direção do apagamento das diferenças e que age, portanto, como força de exclusão. A escola exclui crianças com dificuldades específicas: elas são absorvidas em seu ambiente, mas não em seus métodos de ensino – o que não é segredo, como pudemos já verificar no discurso dos professores e nos casos trazidos nesse trabalho.

Recolhe-se a posição do autor frente aos desafios da inclusão. Segundo ele, espera-se uma revolução (não reformas) – um corte, digamos, já que seria indispensável uma torção inusitada, que poderia ser condensada na necessária **implicação subjetiva**, como condição para o bom encaminhamento do procedimento inclusivo. Apenas sob tal premissa teríamos a conversão decisiva entre “ter” uma escola e o “ser” um aluno da escola. É neste ponto que vejo convergência entre o que tem proposto Voltolini e minha posição, que a questão da escuta para o diferente estenografa.

Kupfer (2005) não se distancia do que foi colocado por Voltolini e do que tenho encaminhado. Ela aponta problemas na “inclusão a qualquer custo”: “defesa da igualdade implica que inclusão seria para todos?”, pergunta ela. “Como articular diferenças em igualdades? Seria isso possível?”. Kupfer sustenta que quando se toma a Psicanálise como ponto de partida:

... diferença não é um desvio da norma, mas surge dela, emerge a partir da lei. A diferença precisa da igualdade, tomada agora em sua acepção de norma geral para todos, para poder se engendrar. Não se define em uma relação de distância maior ou menor, mas é produzida no próprio interior da noção de igualdade ou de norma. Ou seja, a diferença nasce da igualdade. Colocada nesses termos, a discussão sofrerá uma inflexão (KUPFER, 2005: 20).

---

<sup>39</sup> O paradoxo pode ser apreendido, segundo o autor, nos movimentos de inclusão que implicaria precaução, oposição ao aniquilamento de diferenças articulado à demanda da homogeneização.

Reconhecem-se, nessa citação, ecos da discussão de Canguilhem (1966/2007) sobre norma, desvio, normatividade, mas para iluminar por outro ângulo a questão da relação entre igualdade e diferença (particular e geral; singular e o universal). Entende-se que “o sujeito nasce do Outro” (KUPFER, 2005: 20), ou seja, o sujeito como efeito do Outro é singular (é diferença radical). Contudo, o Outro de que provém é tesouro (de significantes) que de cada um decorre. Kupfer pergunta, então, se as diferenças entre alunos não deveriam ser recolhidas como manifestações “subjetivas”, como modos singulares de apreensão de mundo por cada aluno: “um novo singular que poderá retornar ao social para revigorá-lo” (KUPFER, 2005: 23). Nesse enquadre, alunos com sérias dificuldades: autistas e psicóticos, deveriam, como diz ela, serem considerados “caso a caso” – nem sempre se poderá prever inclusão para todos esses casos. Penso que esta conclusão da autora possa ser estendida para algumas crianças não-autistas, mas que não falam por impedimentos físico.

Retorna aqui a discussão sobre “escola ideal”, uma vez que se afirma que inclusão não é para todos. Fato é que se o ideal da escola é que inclusão corresponde à realização de um ideal de “aprendizagem de conteúdos escolares” (ler, escrever, etc): de “retenção de conteúdos” e de “participação ativa na classe”, certamente ele não poderá ser sustentado: nem todos os alunos são suportes desse ideal, nem mesmo aqueles que não ferem a dita “normalidade”. No caso de alunos com limitações físicas e que também não falam temos entraves que podem atuar como barreiras no dia a dia da escola. Não é fácil saber “quanto eles aprenderam” e, até mesmo, se são “capazes” disso (afirmam professores). Disso resulta que crianças, que não falam, sejam tachadas como incapazes. Acontece que “não falar” homogeneíza o que é heterogêneo (como veremos no capítulo 3) e esse atestado assumido como genérico anula, aniquila, aqueles que podem ser incluídos, caso haja escuta para o singular.

Esta foi a situação relatada por uma professora ao final de um curso de comunicação alternativa. Ela confessou que havia tido uma aluna com paralisia cerebral, que não falava e que “em nenhum momento do ano letivo deu atenção para esta aluna”, pois pensava que ela simplesmente não compreendia o que se dizia ou ensinava. Frente a tal suposição, disse que, ao final do ano, propôs ao grupo um jogo de batalha naval, explicou as regras, mas não ofereceu material para essa aluna. Ela se surpreendeu quando outro aluno reclamou dizendo que a menina “estava querendo participar”. A professora aproximou-se, nesse momento da aluna e notou que ela sinalizava com o olhar e com movimento de cabeça (para “sim” ou para “não”) – mais que isso, ela notou que “a menina havia compreendido as regras do jogo”. Este é um caso claro de problemas da inclusão, que remetem à exclusão por não implicação subjetiva e uma consequente exclusão frente ao singular de uma classe (não falar). Não se pode deixar de reconhecer que colegas “tiveram escuta” e a incluíram e, também, que a surpresa e a vergonha (declarada pela professora) tiveram efeitos inclusivos: puderam suspender o foco na limitação física.

Os trabalhos discutidos, no item acima, de modos diferentes, estão sob efeito da Psicanálise. Resta tocar na pertinência dessa aproximação (Psicanálise e Educação), que gira em torno da problemática da inclusão. Caminharei, mais uma vez, com Voltolini e também com Calligaris.

## **2.5 Psicanálise: uma relação possível**

Calligaris (2010) alinha educação e castração como praticamente palavras sinônimas, na medida em que educar está mais para o lado de um corte (separação), que leva o sujeito a situar-se num lugar possível entre outros. Para

ele, contudo, não há um ato simbólico único que conduza a criança ao estatuto de sujeito ou de cidadão. Por isso, acrescenta ele, visto dessa forma, educação e castração, tornam-se problemas, já que a criança percorre um processo longo e incerto. Para ele, uma “boa educação” é aquela que abre o campo do desejo. Digamos que é disso que carece a escola.

Voltolini (2011) procura responder referente à qual tipo de relação entre Educação e Psicanálise poderia acontecer. O autor recorre primeiramente a Freud, dizendo que ele tratou do problema da extensão da Psicanálise a outras áreas do conhecimento - não em texto dirigido exclusivamente para a educação, mas há reflexões recorrentes que “esbarram nesse tema”, ele sustenta. Como quando Freud aborda impasses da “educação sexual” de pais a seus filhos, que dizia ser **educação moralizante e repressora** na época. Freud notou o **adoecimento neurótico** da população. Esta “maneira singular e modesta de abordar a educação”, diz o autor, imprimiu, porém, um tangenciamento: a Psicanálise **habita marginalmente o campo dos interesses e das reflexões pedagógicas**: “não existe uma pedagogia psicanalítica porque, ao contrário, a posição da psicanálise no campo educativo é a de **desmontar a pedagogia enquanto discurso mestre** e exclusivo sobre a educação” (VOLTOLINI, 2011: 10) (ênfase minha).

A Psicanálise é subversiva em si, mas quando encontra a Educação, aparece como seu avesso, já que aborda a “precariedade do ato educativo” frente ao desejo – há que se considerar, ainda, a ignorância insuperável de qualquer adulto em relação à criança. Freud, por isso, considerou o ato educativo inevitavelmente precário. Nesse lugar difícil, Voltolini interpreta o gesto de Freud, propondo:

...substituir a pretensão pedagógica de um ideal educativo (qual o melhor modo de educar?) por uma discussão sobre as condições de possibilidade de qualquer educação (o que é necessário acontecer para que haja uma educação?) (VOLTOLINI, 2011: 11).

Ou seja, levantar uma questão psicanalítica sobre a Educação é colocar em questão seu ideal (qual é o melhor modo de educar), é suspendê-lo para que outra questão possa ser colocada sobre a **condição necessária e anterior a qualquer método para que a educação aconteça**. Essa condição é, para Voltolini, o reconhecimento da hipótese do inconsciente como aquilo que está entre o educador e o educando, diz o autor.

Freud (1925 apud VOLTOLINI, 2011) ao retomar sua afirmação sobre “três ofícios impossíveis”: educar, curar e governar, não fala em educação, mas em educar e faz retornar, também, a questão do conhecimento sobre a criança: “Impossível” não é educar, mas controlar o ato educativo como uma técnica planejada que se quer superior, acima de qualquer impacto do inconsciente na cena educativa. Ora:

Alguém que escolheu ser professor (o mesmo vale para qualquer profissão) não chegou a essa decisão por acaso, mesmo se acredita ter feito sua opção sem muita reflexão, já que contam numa escolha profissional não só motivações conscientes, mas também fantasias inconscientes. Pesará, certamente, seja em sua decisão, seja no estilo que esse professor adotará em sua prática docente, a influência recebida dos vários professores que teve. (VOLTOLINI, 2011: 31-32).

Voltolini (2011) ressalta que a escola assenta o professor como o detentor de conhecimentos e métodos de ensino e o aluno na posição de quem nada sabe. Para ele, aí pode incidir a Psicanálise que pode mostrar que a aprendizagem **não** está atrelada ao ensino. Isso porque há processos inconscientes que perturbam essa composição tão estável ensino-aprendizagem:

O processo de aprendizagem implica *a-prender*, ou apreender, como se diz com frequência, mas nem sempre compreendendo o que se quer dizer com isso. Apreender indica muito mais uma operação ativa, de ir lá e pegar algo no campo do Outro, do que receber passivamente algo no

outro que me ensina. Não há dúvidas de que há ensino, ação deliberada de alguém que visa pôr *en-signos* alguma coisa, mas o que se aprende não está condicionado estritamente por isso (VOLTOLINI, 2011: 33).

Digamos que apreensão fica mais ao lado do que se pode compreender como transmissão, que envolve a noção de transferência: uma dada pessoa funciona mais de acordo com uma **suposição que temos dela**, do que a partir de seus atos ou inclinações reais. Lacan, diz Voltolini, se pronuncia a respeito dessa questão em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (Escritos, 1998). Neste texto magistral ele destaca que a transferência é a parte do tratamento em que o analista tem **menos** liberdade: **nunca se sabe como chega ao outro aquilo que é dito**<sup>40</sup>. A transferência incide também na relação aluno e professor, mas, “diferentemente do que a pedagogia prega, há um impossível controle do educador sobre o que ele ensina”, diz Voltolini (op. cit.). Alunos não são “fantoques” de professores, na medida idêntica que crianças não o são de seus pais: “qualquer intenção de mestria é impossível simplesmente porque falamos, e em nossa fala estamos referidos sempre a uma outra cena que nos condicionou e condiciona, e que fala através de nós” (VOLTOLINI, 2011:36).

Importa sublinhar com o autor que quanto mais se dilata a suposição de ter conhecimento sobre a criança, menos o professor fica livre para escutar o que ela diz (e o que **ela não pode dizer**, como tenho enfatizado). Entendo que não se trata de aplicar a Psicanálise (como se isso fosse possível), mas de ficar sob seu efeito em benefício do sujeito (aluno e professor). A instância do desejo, se puder incidir na Escola, pode retirar o educar da condição de um governar autoritário e fatalmente ineficiente – a “inclusão ganharia um novo sentido e uma nova direção”.

---

<sup>40</sup> Importante lembrar que a transferência é um conceito central na relação terapêutica entre analista e analisando. O analisando vê no analista um sujeito do suposto saber sobre seu sintoma, em que pode “confiar”. Sendo assim, vai transpor ao analista seus desejos e repetições do que viveu na infância, embora de forma atualizada.

Mannoni (1988)<sup>41</sup>, em *Educação impossível*, acusa a escola de colocar a criança na posição de mera “ilustração” do fundamento de sua doutrina, que visa adaptação social. A Psicanálise segue uma linha “associal”, diz ela: não se submete a qualquer imposição social ou ideológica, mas, ao contrário, “visa propiciar ao aluno o resgate de sua condição de sujeito, aquele sujeito que deseja e que pode ser escutado” (MANNONI, 1988: 45).

Importante ressaltar que a autora critica qualquer aplicação da Psicanálise na Educação, mas advoga a possibilidade de um trabalho baseado nos princípios da psicanálise, que subvertem um saber (pedagógico, no caso):

O paradoxo de Bonneuil é que não se pratica aí a Psicanálise (isso é concomitante à recusa da instituição); mas tudo o que aí se faz baseia-se rigorosamente na Psicanálise, à qual não se recorre como técnica de ajustamento, mas, outrossim, como subversão de um saber e de uma práxis (MANNONI, 1988:16).

A autora propôs a novidade ao tratar crianças e adolescentes **pela escuta**, longe do procedimento que as coloca como treináveis. Para ela, pode ser que uma criança tenha deficiência, mas mais do que se ater aquilo que ela não consegue fazer, é preciso entender a relação singular dessa criança com sua mãe, por exemplo, compreendendo a relação no âmbito simbólico. Esta é a posição que tenho praticado e defendido junto a professores. Lajonquière (2009), diz que Mannoni

...soube nos lembrar que, apesar da educação trabalhar com o ideário (psico)pedagógico hegemônico, a educação precisa, também, deixar um lugar aberto ao desejo – única aposta capaz de tornar uma educação possível... Fracasso escolar não é outra coisa senão a manifestação

---

<sup>41</sup> Maud Mannoni, psicanalista francesa que nasceu em 1923 e morreu em 1998, fundou a Escola Experimental de Bonneuil em 1969, bem diferente do modelo convencional de educação da época, isso porque, essa experiência se ancorava nos pressupostos psicanalíticos. Era um “lugar para se viver” pensado para pessoas que viviam à margem da sociedade, pessoas com psicose, deficientes. Ver mais a fundo em Mannoni (1988) no livro: “Educação Impossível”.

circunscrita da não adequação contingente entre estados psicológicos infantis e o agir do adulto (LAJONQUIÈRE, idem: 105).

O autor aborda a adesão da escola ao ideário da Psicologia que penetra as intervenções pedagógicas, instruídas pelo processo de estimulação do desenvolvimento da criança como organismo passível de se adaptar ao meio. O que fica barrado, diz ele, é a possibilidade da criança conquistar um lugar simbólico que habilite o usufruto “adulto” do desejo. Assim, para o autor:

Não há fórmula para germinar o desejo nas crianças. Em outras palavras não há uma receita a ser seguida metodicamente para fabricar realidades psíquicas sujeitas à lei do desejo. Enquanto as psicologias se articulam graças à ilusão de sua possibilidade, a psicanálise não informa como se proceder em matéria educativa. Porém, a **psicanálise nos esclarece sobre aquilo que não devemos fazer**. A École de Bonneuil está, precisamente, pensada a partir dessa simples sabedoria (LAJONQUIÈRE, 2009: 119) (ênfase minha).

Nesse “ensinar a não fazer” está a força da ideia de que aplicar a Psicanálise é inviável. Voltolini e Lajonquière concordam sobre a experiência de Bonneil, criada por Mannoni: ali, vige “uma prática viva”, que anula a ideia de que educar é modelar (que está impregnada na prática pedagógica).

A discussão acima diz respeito a uma subversão do ideal da Educação. A Psicanálise está no centro dessa subversão porque implica o desejo inconsciente (de educar e de aprender), que só passa pela transferência. A Psicanálise pode afetar a Educação pelo avesso, pelo que “não se deve fazer” e não por uma via de aplicação (impossível). A Psicanálise afeta a escuta para a criança, apagada em discussões sobre metodologias e técnicas. No caso de crianças com problemas físicos bastante sérios, que também não falam, essa “posição de escuta” é primordial. Se o professor não supuser no corpo prejudicado e silencioso um sujeito desejante, ele decreta o fracasso da inclusão e fecha chances para o sujeito, que fica reduzido à deficiência. Ora, não é a deficiência, em si, que vai

determinar quem é aquela pessoa – esse ponto é essencial quando se fala em inclusão. Como disse Mannoni (1988), se a pessoa com deficiência for tratada apenas pela via dos cuidados físicos, ela só terá lugar através de sua deficiência. Essencial, para mim, é como ela diz, que **o desejo que conta é sempre do outro**. Assim, se o outro reduz a criança deficiente e silenciosa a “objeto de cuidados” unicamente, ele decreta que ela “nada sabe” e que “nada pode”.

Encerro este capítulo com um enunciado de Gabriel Balbo, recolhida em Pereira (2010), proferido na abertura do Congresso Brasileiro sobre - O mal-estar na infância - promovido pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre: “a verdadeira pedagogia consiste em desejar o desejo de aprender do outro” (op. cit.: 15). Penso que ele condensa os desdobramentos de uma discussão e de minha posição nela.

## CAPÍTULO 3

### DIRETRIZES DE UMA CLÍNICA DE LINGUAGEM

Indiquei, no início deste trabalho, minha filiação a um campo teórico e clínico que foi nomeado como Clínica de Linguagem; campo, este, que articula interrogações nascidas no enfrentamento de falas ditas patológicas a uma reflexão linguística sobre elas. O ponto de partida deste projeto *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* foi o desejo de elevar ao estatuto de proposição problemática falas que ficam, tradicionalmente, à margem da Linguística (LIER-DeVITTO, 2000, 2006) e que, embora sejam protagonistas na clínica fonoaudiológica, não recebem ali tratamento teórico – elas ficam aderidas a explicações organicistas, que enfatizam uma causalidade orgânica ou a inferências sobre a condição psicológica (cognitiva ou emocional) do sujeito.

Nesse tempo (entre 1997 e 2000), as pesquisas realizaram uma vasta varredura em trabalhos voltados para quadros clínicos de crianças (retardo de linguagem, distúrbio articulatorio, ecolalia, crianças que não falavam e ausência de fala oralizada) e de adultos (gagueira, afasias). A partir do início do século XXI, o projeto ganhou maior peso clínico, uma vez que se reconheceu que os dados investigados eram materiais clínicos, quer dizer, recolhidos em atendimentos.

Arantes (2001) aborda a questão do Diagnóstico de Linguagem; Fonseca (2002), A Clínica de Linguagem com Afásicos; Andrade (2003), A relação entre ‘ouvir’ e ‘escutar’ na Clínica de Linguagem. Nasce, então, o campo teórico-clínico visado de início: a Clínica de Linguagem, com produção expressiva, que teve impacto nacional e internacional<sup>42</sup>.

Foi neste ambiente teórico-clínico que pude discutir, em 2009, questões relacionadas à institucionalização e a oposição normalidade e patologia quando estão em questão pessoas com sérias limitações físicas e com fala profundamente alterada ou ausente, mas desde a perspectiva do atendimento clínico dessas pessoas na instituição. Atendimento, este, que levantava, incessantemente, indagações sobre a linguagem e o sujeito. Pude sustentar que uma **fala que não se manifesta por efeito de impedimento orgânico** não tem como correlato necessário **ausência de linguagem** – essas pessoas não estão “fora da linguagem e de uma língua”, mesmo porque elas “ouvem/escutam” – foram banhadas por linguagem e capturadas em suas redes, “ainda que suas falas não se materializem” (VASCONCELLOS, 2010).

Pode-se afirmar, portanto, com bases clínica e teórica, que “há sujeito” no silêncio de uma fala. Para escutá-lo nesse silêncio, é preciso que **haja escuta** para um “corpo que fala” (op. cit), que pede interpretação. Este foi ponto fundamental, decisivo, que me deslocou da esfera da clínica para a reflexão sobre a inclusão escolar de pessoas que não falam. Ponto, este, que também me aproximou de autores que têm a Psicanálise como referência para pensar este problema.

---

<sup>42</sup> Um livro: *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* (LIER-DeVITTO E ARANTES (orgs.), 2006) foi traduzido para a língua espanhola pela Universidade de Rosário – Argentina (2014) e outro está em vias de publicação pela mesma Universidade.

### 3.1 Fontes teóricas: a relação com o Interacionismo em Aquisição da Linguagem

Destaco, neste item, as bases teóricas que dão sustentação ao Grupo de Pesquisa do CNPq, do Programa de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL-PUCSP): *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*<sup>43</sup>, que têm sua fonte nas elaborações sobre *Aquisição da Linguagem* realizadas por pesquisadores ligados ao Interacionismo<sup>44</sup>, conforme proposto por De Lemos (1982), quando deu início ao Projeto Aquisição de Linguagem do IEL-UNICAMP, no final dos anos de 1970, e que tem passado por elaborações teóricas cruciais desde então. Explica-se, assim, a presença de “aquisição da linguagem” no título do Grupo de Pesquisa do LAEL, na medida em que foi no Interacionismo que se teceu a formação de Maria Francisca Lier-DeVitto, quem inaugura e coordena as pesquisas do *Projeto Integrado Interacionismo e patologias da linguagem* desde então. Depois, em 2002, este projeto inicial transformou-se no Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. Desde 2000, tendo Lúcia Arantes, também como líder.

Começamos, então, pela *Aquisição da linguagem*. Em “O Interacionismo: uma teorização sobre a aquisição da linguagem” (LIER-DeVITTO e CARVALHO, 2008) enfatizam, na epígrafe, um enunciado de De Lemos (1998) em que a autora diz do “esforço de teorização que temos feito (...) no sentido de recuperar o que, nos estudos de aquisição da linguagem, tem sido ignorado ou obscurecido. A saber, as questões que a **ordem própria da língua** coloca para se **pensar na**

---

<sup>43</sup> Para outros trabalhos desenvolvidos no grupo ver mais em Lier-DeVitto & Arantes: “Aquisição, Patologias e Clínica e Linguagem”, da EDUC/FAPESP (2006).

<sup>44</sup> Mais particularmente, Rosa Attié Figueira, Maria Fausta Pereira de Castro, Maria Cecília Perroni (da UNICAMP) e Maria Francisca Lier-DeVitto (da PUCSP). Mais tarde, teremos as participações marcantes de Glória Maria Monteiro de Carvalho (UFPE, UNICAPE), Sônia Borges (UFG), Mariluci Novais (UFF).

**criança**, uma instância subjetiva que (...) nela e por ela se institui” (DE LEMOS, 1998: 11) (ênfase minha). O incômodo que rondava o nome “interacionismo” dizia respeito ao fato de que esse termo “interacionismo” pode levar ao equívoco de alinhar esse “esforço de teorização” aos interacionismos (solipcista e social) da Psicologia do Desenvolvimento – o que não é, em medida alguma, um fato. As proposições originais, do Interacionismo em Aquisição da Linguagem “decorreram do **compromisso com a fala da criança** e do **reconhecimento da ordem própria da língua**”, **como assinalaram** Lier-DeVitto e Carvalho (2008) – duas setas que promoveram o afastamento radical da Psicologia no que diz respeito a temas como desenvolvimento e sujeito<sup>45</sup>.

Se “interacionismos” podem ter em comum a presença do **outro** em suas considerações, o que disso decorre não os leva a fazer classe. No interacionismo de De Lemos, o **outro-socius** não está no centro (como no caso das psicologias em que as suposições sobre linguagem, sujeito e interação convergem) – trata-se, na verdade, de **outro-falante** e de sua incidência no processo de aquisição da linguagem e de estruturação do sujeito: “A oposição entre *outro-social* e *outro-falante* abre a fenda do **corte que separa este interacionismo dos demais**” (LIER-DEVITTO E CARVALHO, 2008: 118). Nos interacionismos sociais, a noção de **interação** não descola do peso de relação dual (nem da ideia de troca ou de negociação de pontos de vista) e a linguagem não desata da noção de instrumento de comunicação (veículo ou suporte de conteúdos internos):

Nesse cenário reina o **sujeito psicológico**: aquele que tem “pontos de vista”, que quer “informar/expressar” intenções e emoções e que pode “regular o outro”. Note-se: no Sociointeracionismo, os **efeitos significantes entre falas não são considerados**: não se procura explicitar seu papel na organização e concatenação do diálogo e, muito menos na constituição subjetiva. Fora do foco em tais abordagens fica, sem dúvida, o “*jogo da linguagem sobre a própria linguagem*” (LIER-DEVITTO E CARVALHO, 2008: 119).

---

<sup>45</sup> Ler, a esse respeito, Pereira de Castro e Figueira (2006) e, também, Teresa Lemos (2002).

O passo original, radical, dado por De Lemos e pesquisadores que a ela se alinharam na construção da proposta foi mostrar que “a solução da intersubjetividade” encontra seu limite na linguagem, um funcionamento estrutural que é “carta forçada” ao sujeito, como diz Saussure (1916: 85) e que opera como um terceiro na “interação”. Assim nesse ambiente teórico a interação é triádica (BORGES, 2006: 149): envolve a relação criança-língua-outro. Passo não menos crucial, de corte, foi realizado em relação às abordagens da Aquisição da Linguagem, que se instrumentalizam de aparatos gramaticais para descrever as falas incertas, assistemáticas e cambiantes de crianças que, de modo algum podem ser referidas a um “saber sobre” a linguagem. Esse procedimento “higieniza” a fala da criança (DE LEMOS, 1982). Foi precisamente essa posição ética, esse compromisso com **falas de crianças** e o vácuo teórico da Psicologia e da Aquisição da linguagem frente a elas, que promoveu a necessidade de teorização e de uma reaproximação (teórica) à Linguística, além de uma aproximação à Psicanálise (consideração da hipótese do inconsciente).

O compromisso com a natureza de falas de crianças implicou a inclusão do “erro como dado de eleição” (FIGUEIRA, 1991), ou seja, movimento oposto ao de “higienização”, de eliminação das ocorrências irregulares, das análises e da teorização. Há ainda que considerar que há “**algo** que é ignorado ou obscurecido” nos estudos de Aquisição da Linguagem: “É verdade que eles introduziram uma **questão sobre a criança** ao darem lugar ao outro. É certo, porém, que essa questão permanece naturalizada - a área de Aquisição da Linguagem não a reconhece como proposição problemática” (LIER-DeVITTO e CARVALHO, 2008: 123)<sup>46</sup>. Pois, precisamente, falas de crianças têm sido a fonte de “impasses”, como disse De Lemos (2002), que impulsionam teorizações.

De Lemos (1982, 1986, 2002 entre outros) – reconhece “algo” nessa fala que escapa à Linguística – elas são indeterminadas do ponto de vista categorial; contudo, “fragmentos incorporados e erros mostram que aquilo que vem da fala do

---

<sup>46</sup> Ver, também Teresa Lemos, (2006), “O sujeito imprevisto”.

outro, vem diferente (...) **algo** escapa à *Linguística*, mas não à *linguagem*: há *relação significativa entre falas*” (LIER-DeVITTO e CARVALHO, 2008: 125). Nesse caso, o problema foi localizado nas aplicações de aparatos gramaticais e não na Linguística propriamente dita. Vemos que **a fala da criança interroga o saber do investigador** e, no Interacionismo, ela pode “**ser escutada na sua condição de resistência**” (LIER-DeVITTO E CARVALHO, 2008: 127).

De fato, De Lemos (1982), frente à resistência de falas de crianças às descrições gramaticais, cria uma zona de conflito com o campo de Aquisição da Linguagem que, de forma geral, projeta aparatos gramaticais (fonético-fonológicos, sintático-semânticos e mesmo pragmático-discursivos) sobre falas cambiantes e instáveis de crianças, sustentando, por aí, sua complementaridade com a Linguística e, contraditoriamente, com a Psicologia, já que os segmentos que puderam ser descritos, que não foram higienizados, deram o estatuto de “conhecimentos parciais sobre a linguagem”. De Lemos (1982) é implacável ao afirmar que “projeta-se o ponto de chegada ao ponto de partida” (op. cit.: 97) e enfatiza a inviabilidade dessa composição entre pensamento gramatical (francamente estrutural) e pensamento psicológico (francamente desenvolvimentista). Saem perdendo, nessa composição inconsistente, *o enigma* que se apresenta da “fala de crianças” (que não pode ser abarcado por aparatos gramaticais) e o investigador que **sustenta seu não saber no saber do instrumento** (LIER-DeVITTO, 2004). Ora, para escutar ao que resiste às descrições, o que é a diferença própria à fala de crianças, é preciso **sustentar o não saber** para que um saber possa ser construído.

De Lemos (1992) não se afasta do saber da Linguística, entretanto, e, sim, do vício de aplicação da gramática às produções de crianças, que é típico da área de Aquisição da Linguagem: nunca, assinala a autora, campo algum levantou tantas questões sobre a linguagem quanto a Linguística. Sendo assim, ela deve ser consultada. Foi, no estruturalismo europeu, mais positivamente, na “teoria do valor” de Saussure e na resignificação que Jakobson (1960) fez dos eixos do

funcionamento da linguagem (sintagmático e associativo, relidos como processos metonímico e metafórico), que se encontrou uma saída *linguística* para se aproximar da fala de crianças.

Aprofunda-se, nesse passo, o “esforço de teorização”, que faz incidir *le langage* e **faz incidir *la langue***, nas explicações sobre a enigmática fala de crianças:

É mesmo impossível conceber a linguagem como objeto de conhecimento a ser adquirido pela criança como sujeito epistêmico, cujas propriedades perceptuais e cognitivas precedem e determinam sua aproximação com a linguagem. É a linguagem, ou melhor, *le langage* – e nela está incluído o outro enquanto semelhante e, na sua diferença, enquanto “outro” – que precede e determina a transição da criança do estado de *infans* para o de falante. Em outras palavras, a criança é capturada por *le langage*, atravessada e significada como é pela parole do outro, matriz de sua identificação como semelhante – e membro da comunidade linguística e cultural – e como dessemelhante, referido a uma subjetividade figurada como individual. Sendo a *parole* do outro – em função materna – instanciação de *la langue* enquanto funcionamento sistêmico, isto é, que desfaz e refaz estruturas e sentidos, a trajetória da criança por *le langage* não é concebível como dirigida nem a um estado final de conhecimento linguístico, nem a uma posição subjetiva vista como mero produto dos processos de identificação associáveis à fala do outro (DE LEMOS, 2006: 27).

Passo, este, que está ligado à leitura que Lacan fez de Saussure. Assume-se, com ele, a anterioridade lógica de ***le langage*** em relação ao sujeito, que é, assim, **capturado** em suas redes significantes e de sentido (LIER-De VITTO, 1998). Para a autora, desde então, a proposta inédita surgiu a fim de definir a aquisição da linguagem definida como solidária ao processo de subjetivação, que se configura por **mudanças de posição da criança numa estrutura** em que **“*la langue*” e “*la parole*” do outro incidem num corpo que demanda interpretação** (corpo pulsional, segundo a Psicanálise). Ficam, assim, assentados os pilares teóricos do Interacionismo em Aquisição da Linguagem, cuja teorização foi fonte para a Clínica de Linguagem.

### 3. 2. A Clínica de Linguagem

Lier-DeVitto, pesquisadora que inaugura a discussão da Clínica de Linguagem, assinala que seu interesse por falas sintomáticas “nasceu de uma conjunção feliz” (LIER-DeVITTO, 2000, 2006): sua filiação teórica ao Interacionismo, sua atividade docente (por 10 anos) na Faculdade de Fonoaudiologia da PUCSP e sua função de assessora de pesquisa na Deric-PUCSP. Foi nesse entrecruzamento que ela diz ter sido convocada por manifestações linguísticas admitidas como patológicas e, também, instigada por perguntas de fonoaudiólogos e alunos. Convocação e impulso que tiveram, no campo teórico do Interacionismo, a possibilidade de “elevá-las [as falas sintomáticas] ao estatuto de problema, ou seja, a possibilidade de abrir uma porta para refletir sobre elas” (LIER-DeVITTO, 2005: 144). Vejamos como.

Para a autora, não se poderia pensar a face clínica da Fonoaudiologia sem que **interação** viesse à tona como problema, mas não seria qualquer teoria da linguística que poderia dar conta de questões que a clínica coloca. **Interação** e **outro** são questões teóricas incontornáveis, assim como **erro** é mais do que desvio ou sinal (Lier-DeVITTO, 2006). Esses ingredientes (interação, outro e erro) eram/são caros ao Interacionismo, como vimos. **Interação**, lembra Lier-DeVitto, não coincide, naquele campo, com a empiria da relação dual, com intersubjetividade. No Interacionismo, *la langue* é um terceiro nesse suposto encontro a dois. Para De Lemos (1992), “o outro é instância do funcionamento da língua”, ou seja, é outro determinado pelo Outro/Língua; *língua*, “que não só vem como condição de possibilidade da interação, mas que é condição mesma de haver falante” (LIER-DeVITTO, 2006: 185). Estamos frente, portanto, a uma interação, como já assinalamos, assumida como **triádica**, que imprime uma diferença radical na natureza da reflexão que se pode encaminhar sobre as patologias da linguagem e sobre a Clínica de Linguagem.

Na Clínica de Linguagem, disse Lier-DeVitto, o **outro** deve ser pensado como **outro-terapeuta** e **mudança**, como **efeito de ato clínico**, ou seja, de **interpretação** que incida sobre o sintoma. Visto assim, mudança se articula a demanda, intervenção e sintoma. De fato, a Clínica de Linguagem é um espaço de interação instituída pela presença de um sujeito que sofre por efeito de desarranjos em sua fala (pela própria escuta e pela escuta do outro). Sofrimento, sublinha a autora, que decorre de uma condição peculiar de falante que leva, muitas vezes, a um abalo na identificação com outros falantes e a uma quebra do imaginário de controle sobre a própria fala. A demanda feita pelo paciente é dirigida ao outro terapeuta, quem se imagina poderá “resolver” a questão, trazendo mudança na fala ao incidir sobre o sintoma:

O sintoma diz de uma diferença profunda, de uma marca na fala que, como disse, implica o próprio falante e o isola dos outros falantes de uma língua (Lier-DeVitto, 1999, 2002). Quero dizer que se uma fala produz *efeito de patologia* na escuta do outro, essa escuta tem efeito bumerangue: afeta aquele que fala. Da noção de sintoma participam, portanto, o ouvinte, que não deixa passar uma diferença e o falante, que não pode passar a outra coisa. Assim, o sintoma na fala “faz sofrer” porque é expressão tanto de uma fratura na ilusão de semelhante (descostura o laço social), quanto na ficção de si mesmo, i.e., de sujeito em controle de si e de sua fala (LIER-DeVITTO, 2005: 145).

Na apresentação do livro *Aquisição, Clínica e Patologias de Linguagem*, Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes reconhecem sua relação com a teorização avançada no Interacionismo:

... [essa teorização] não só **proliferou** em pesquisas sobre “a fala da criança”, como ultrapassou esses limites. Por ter desenvolvido uma reflexão sobre a **linguagem** (língua e fala) e sobre o **sujeito**, novos materiais empíricos puderam ser explorados, uma vez que a relação estrutural **criança-língua-fala** (eixo central de sua proposta) pode ser lida como relação **sujeito-língua-fala** (...) tal arquitetura teórica, embora seja

aberta à possibilidade de envolvimento de heterogeneidades e de questões singulares, inviabiliza qualquer tentativa de aplicação (ARANTES e LIER-DeVITTO, 2006: 14-15) (ênfases minhas).

Enfim, no encontro com a clínica e com as falas sintomáticas, noções como **interação, mudança, erro, sujeito, outro, escuta e interpretação**, foram visitadas, como procurei mostrar: cada uma dessas noções foram ressignificadas à luz da diferença que a clínica lhes confere. Parece-me importante ressaltar que do **compromisso teórico com a especificidade do material** com que essa clínica se ocupa – o sintoma na fala: aquilo que “não passa a outra coisa” (ALLOUCH, 1995; LIER-DeVITTO e ARANTES, 1998)<sup>47</sup> e do **compromisso clínico com o sujeito que sofre por efeito de sua fala** (FONSECA, 1995 e outros) decorre a distinção marcante desta Clínica de Linguagem com a clínica fonoaudiológica tradicional.

Para Lier-DeVitto, na fonoaudiologia tradicional, as falas sintomáticas acabam reduzidas a déficits ou a *sinais* de problemas orgânicos, cognitivos ou emocionais ou então, são naturalizadas na qualidade de mero comportamento desviante. Perde-se, por isso, a riqueza do acontecimento, que **não é tratado como singular e interrogante**. Não é sem razão, portanto, que sintoma é homogeneizado na categoria inespecífica de “erro” (ANDRADE, 2001; LIER-DeVITTO, 2006). Há, ao lado disso e por isso, apagamento da questão sujeito porque a linguagem fica circunscrita à esfera da simples emissão-recepção, “boca-orelha” (BENINE, 1999, 2001): reduzido a problemas de discriminação auditiva e articulatória (por exemplo). Importante destacar, neste momento, que o sintoma na linguagem levanta inevitavelmente uma indagação sobre o sujeito. Se na Aquisição da Linguagem a criança é diluída sob sua fala, se essa fala pode ser higienizada, se essas hipóteses são construídas a partir de registros e transcrições, esse não é o caso das falas sintomáticas na Clínica de Linguagem: desarranjos, lacunas e silêncios a estruturam.

---

<sup>47</sup> Ver, a propósito, Lier-DeVitto, (1994, 1995, 1999, 2006).

O Projeto Integrado Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem teve cinco anos de duração, e quando esta modalidade de linha de fomento foi suspensa pelo CNPq (522002/97-8), foi realizado nesse período, um extenso levantamento de trabalhos na área da Fonoaudiologia e da Medicina no sentido de situar o modo como a linguagem era concebida nesses campos e como era “tratada” na esfera da clínica, assim como dissertações e teses foram defendidas. Nelas, num gesto de distinção, propôs-se uma abordagem teoricamente orientada de falas sintomáticas e se sustentou a autonomia do funcionamento da linguagem. Nasceu, deste primeiro empreendimento, o Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (LAEL-CNPq/2002).

Lier-DeVitto e Arantes (2006) explicam que o diálogo com o Interacionismo pôde imprimir uma direção de olhar (para materiais clínicos) e de escuta (para a fala na clínica), sem que esse diálogo se transformasse em aplicação: a alteridade do Interacionismo pôde ser mantida e a originalidade da Clínica de Linguagem sustentada. Ponto importante é que o modo problemático de relação do sujeito com sua fala (ou “não fala”), com a do outro e com a língua ganharam lugar na discussão clínica: o falante aparece.

Falas sintomáticas são acontecimentos enigmáticos, que se neutralizados na categoria de “erro”, assiste-se ao apagamento da questão em torno do sujeito e da dimensão de sofrimento. Motivada pelas reflexões do Interacionismo, Lier-DeVitto pôde frente às perturbações estranhas e cristalizadas de certas falas, inaugurar uma discussão original que resultou na possibilidade de escrever uma clínica.

Pois bem, este trabalho tem como solo teórico as considerações tecidas acima sobre a linguagem, a fala, o sujeito e o outro. Tenho pautado o encontro com pacientes e procurado refletir sobre minha prática a partir desse eixo teórico. A seguir, privilegio a reflexão tecida, neste âmbito, sobre “crianças que não falam” e que “não podem falar”.

### 3.3 Crianças que não falam

A fala pode faltar, o que não significa que crianças estejam “fora da linguagem”. Arantes (2005), ao discutir impasses nos encaminhamentos de crianças que não falam, sustenta a necessidade de uma avaliação de linguagem. Para ela, esse passo é crucial na Clínica de Linguagem, já que nela se decide sobre a presença (ou não) de patologia. É passo crucial, igualmente, quando se está frente a crianças que não falam. Além da dificuldade de avaliação desses casos em que há sempre o “risco”, segundo a autora, de que a ausência de fala faça da criança uma tela para a projeção do imaginário do terapeuta, que, desavisado, pode projetar nela conhecimentos e intenções comunicativas. De acordo com Arantes, a avaliação é determinante na condução do processo terapêutico. Importante lembrar que essas crianças **não falam, mas ouvem** e estão, inequivocamente, sob efeito da fala do outro. Ponto não menos essencial é considerar que há modos diferentes de não falar.

Em 1994, Arantes levanta a questão de que ouvir não é escutar a partir de Barthes (1986) que assinala que estas duas instâncias não são sinônimas: audição é um fenômeno puramente fisiológico e escuta é efeito de linguagem. Assim como não “há aparelho fonador” – ele é moldado por uma língua – também a escuta é instituída do mesmo modo. Fala e escuta são efeitos da linguagem sobre o ser, sobre um corpo capturado em suas redes, ele é significado e é significante (VASCONCELLOS, 1999). O corpo-falante é interpretado, interpreta e demanda interpretação - mesmo que não possa falar.

Andrade (2003 e outros) aprofunda esta discussão. Ela aborda modelos clínicos que tratam a percepção como suficiente e a cognição como seu efeito direto. Nessa visão, discursos sobre a linguagem não descolam do discurso organicista que, legitimamente, mantém o foco no “ouvir”. A autora esclarece que,

neste âmbito, no qual tem se acomodado a Fonoaudiologia, a meta clínica é “ensinar a falar”. Completa-se, desse modo, a complementaridade que perdura na Fonoaudiologia, aquela entre Medicina e Psicologia.

Neste cenário, convivem na mesma posição fonoaudiólogo e educador, ainda que com metas diferentes a cumprir. No fundo, porém, trata-se sempre do par ensinar-aprender. Leite (2000) mostrou que a correção/treinamento, na Fonoaudiologia, é a base do método. Trata-se de estimular a percepção para reconduzir o paciente na direção do conhecimento da língua constituída. Para Andrade (2003), tal centralidade mantém a preocupação do fonoaudiólogo voltada para aspectos auditivos ou motores que, na avassaladora maioria dos casos são inexistentes:

Certas falas sintomáticas que ocorrem tão frequentemente na clínica fonoaudiológica: ‘a criança não fala’, ‘fala pouco’, ou ‘fala mal’, sem que qualquer alteração perceptual ou cognitiva possa ser detectada. Acontecimentos dessa natureza colocam em xeque esse ponto de vista sobre a percepção (ANDRADE, 2003: 26).

Neste tipo de raciocínio, a possibilidade de levantamento de questões sobre a linguagem e sobre o sujeito ficam perdidas - o discurso organicista é fator de inibição, para o fonoaudiólogo, de qualquer problematização a respeito da linguagem e do sujeito falante (FONSECA, 1995, 2002). Sob essa ótica, diz Andrade, o fonoaudiólogo, não escapa da permanente prática de **estimulação de um aparato perceptual**, assumido como “preparado para exercer funções de captação e processamento” (ANDRADE, 2003: 130).

Conforme Andrade, que implica Saussure (1916) e *la langue*:

...não há percepção pronta [...] há tanto deslocamento do objeto quanto da relação ao objeto. Saussure cria um problema: **afasta o sujeito psicológico** – da percepção e da cognição – do cerne de sua

reflexão. Esse gesto, embora não seja seguido por uma teorização sobre o sujeito falante, abre o caminho para uma escuta outra para a fala que é movimentada inicialmente por Jakobson. Na mesma trilha, a do reconhecimento de uma ordem própria da língua, e com diferenças em relação a Jakobson, temos a reflexão de De Lemos e sua repercussão, no campo das patologias e da Clínica de Linguagem [...] (ANDRADE, 2003: 27).

Quando alguém se dispõe a seguir essa trilha deve enfrentar consequências teóricas e clínicas, que são da maior importância. A introdução de *la langue*, diz a autora, remete a torções conceituais profundas. Se *la langue* é um funcionamento “perene e universal” (SAUSSURE, 1916:13), ela é anterior a cada sujeito, é *la langue* que **captura o sujeito**. Pois bem, falar em “captura” é abrir a porta para a hipótese do inconsciente. Esse passo implica o reconhecimento de que o falante não pode dispor de recursos cognitivos para mudar uma fala sintomática, mesmo que, como ocorre na maioria dos casos, ele escute a falha em sua fala ou a falta dela. Fica iluminada a derrocada da cognição: “como, diante do erro e do saber que se erra sem poder mudar essa condição, conceber o homem como uma máquina de processamento ou como um centro de captação, garantidos por faculdades biologicamente determinadas” (ANDRADE, 2003, 2006, *et. al.*).

Para Andrade, o erro e o sintoma na fala apontam para a disparidade entre organismo e sujeito, para a não coincidência entre *ouvir e escutar*; uma audição perfeita não garante a acessibilidade à fala, o que cria mistérios, diz ela, e a necessidade de teorizar sobre a relação sujeito-linguagem. A pesquisadora não ignora ou recusa que condições orgânicas (privação auditiva) sejam decisivas para que uma língua e uma fala possam sensibilizar a orelha, mas quando se admite que o essencial da linguagem é a articulação significante (que faz/desfaz a cadeia, que transporta sentidos e os dissolve) é preciso considerar que “o corpo fala” já que é lugar da incidência do significante. Assim, não apenas no caso de surdez, como de pessoas com limitação orgânica motora para a fala instauram

uma diferença na relação com o outro que pode exigir mais daquele que escuta (VASCONCELLOS, 1999). Enfim, *escutar* um corpo que fala é poder ir além de uma prisão no olhar guiado pela noção de privação, de incompetência e ausência de linguagem.

Arantes (2005), ao fazer menção sobre crianças com limitações motoras que não falam, traz Vasconcellos (1999) que sublinha o fato de que elas escutam e que, portanto, “há fala na escuta”. Para ela, mesmo na ausência de fala, é possível e necessária a avaliação clínica de linguagem. A queixa da família do “não falar” de seus filhos compreende casos muito diferentes entre si – esses quadros são heterogêneos e envolvem casos em que a criança até fala, mas sua fala não é escutada como tal. “Não falar”, assinala Arantes, diz muito pouco de uma criança! Importa, frente a tais pontuações da autora, implicar, nas avaliações, a relação da criança com a linguagem, ou seja, sua relação com a fala do outro e com a própria fala. Esse foco joga luz sobre posições subjetivas singulares. Tendo essas condições em vista, na avaliação pode-se decidir se aquela criança é caso para a Clínica de Linguagem ou se deve ser encaminhado para atendimento psicanalítico. Há ainda situações em que é recomendável tratamento simultâneo nas duas clínicas. Essencial é considerar, acrescenta a autora, o que justificaria um encaminhamento, já que se considera que o processo de estruturação de fala e do sujeito são solidários e, por isso, importa decidir sobre como a criança é afetada pelo simbólico (levando em conta, por exemplo, a distinção entre neurose e autismo ou psicose)<sup>48</sup>.

Vorcaro (2005), concordando com Arantes, afirma que a polêmica sobre quem deve atender a criança gira em torno dos casos em que a **posição**

---

<sup>48</sup> Meu foco neste trabalho não discute “atraso de linguagem”, mas entendo que a clínica deve responder por uma avaliação em todos os casos. Pessoas com limitações motoras são, como as tidas como “normais”, habitadas de modos diferentes pela linguagem - ainda que um fonoaudiólogo possa estar seguro sobre a necessidade do atendimento. Crianças que não falam por impedimento orgânico não são encaminhadas para psicanalistas. Pais são encaminhados quando se faz necessário implica-los no atendimento de seus filhos.

**subjetiva da criança não tem vigência.** Ela considera, contudo, que “ausência de fala” é um sintoma que é “avesso da linguagem” e, de certo modo, impedimento para a Psicanálise. Sendo assim, Vorcaro conclui dizendo que, por uma questão ética, esses casos deveriam ser atendidos por um clínico já que seu desejo é “fazer falar”. Nesse diálogo, para Arantes, porém, a “clínica de linguagem só se justificaria pela solidariedade entre o processo de subjetivação e o processo de estruturação de linguagem” (op.cit.: 103). Nesta clínica, diz ela, escuta é guiada tanto por um saber sobre a linguagem, quanto afetada pela hipótese do inconsciente. A questão, para ela, é decidir qual seria a “porta de entrada” da criança numa clínica.

Ora, se há modos diferentes de não falar, não se pode admitir uma homogeneização do tratamento – “se diferentes são os modos de relação do sujeito com a linguagem, diferentes e singulares devem ser então as direções e manejos de tratamento” (ARANTES, ANDRADE, LIER-DeVITTO, 2005: 148). O clínico de linguagem, que atua com crianças que não falam, deveria, segundo, Arantes, poder “criar espaço discursivo para se ancorar e este pode servir de âncora para a cena clínica” (op. cit.: 103). Em outras palavras: o clínico deve poder oferecer-se como “uma instância promotora de uma relação outra com o Outro (tesouro dos significantes)” – ele deve “emprestar seu imaginário e colocar em texto o que ainda não ganhou lugar na fala” (idem, ibidem). Passar à palavra, diz ela, favorece seu trânsito no laço social. Ora, aí se imprime uma diferença sensível entre a clínica com crianças que não falam e crianças que **não podem falar** – que não podem emitir fala oralizada. Muitas acedem à fala com o outro, mas sempre no jogo entrará um trabalho com os Sistemas Alternativos de Comunicação<sup>49</sup> seja na clínica, seja na escola. De saída, a “comunicação” fica na dependência da construção de um meio, de um canal de expressão entre o sujeito e o clínico. Este, não fica isento, nesse enquadre, de decidir sobre a

---

<sup>49</sup> Sugiro fortemente o trabalho de Vasconcellos (1999) para uma apresentação e discussão crítica sobre os modos de implementação do necessários SSAC. Ver, também, Tetzchner & Martinsen (1992); Chun (1991), Reily (2007) e Dudas (2010).

condição/posição na linguagem daquele “que não pode oralizar, mas fala”. Esse apontamento articula as discussões abaixo com esta que ora encerro.

### 3.4 Crianças que “não podem falar”, e falam

Minha atuação junto a pessoas com limitações orgânicas/motoras tanto em atendimentos clínicos, quanto em instituições de longa permanência, levou-me a constatar que a linguagem, enquanto questão teórica faz submergir o sujeito, as **limitações orgânicas** ocupam a cena. Na introdução deste trabalho, fiz menção a uma inquietação que, neste momento, eu traduzo como um “incômodo” frente a tal constatação. Entendo que o papel de um clínico de linguagem poderia ser decisivo e primordial nesse campo, caso tivesse compromisso com a linguagem, poderia ir além do apego ao orgânico e se indagar sobre “o que é um corpo”? Vasconcellos (1999, 2006 e outros), filiada ao pensamento traçado neste capítulo e que inspira de perto esta tese, toma precisamente esta direção. Ela afirma:

limitações motoras e ausência de fala oralmente articulada não são capazes de barrar, nesses sujeitos, ‘olhares’ e ‘gestos’ que, longe de serem movimentos reflexos, consistiam em gestos plenos de significação a convocar o outro a todo momento (...) para além de um corpo organicamente prejudicado, [há] um corpo falado e que fala (...) [há] um mínimo atravessado pela linguagem – ‘algo’ que o motor não [pode] impedir (VASCONCELLOS, 2006: 289).

Insisto, para que se possa reconhecer a importância de uma posição como esta e avançar discussões clínicas sobre pessoas com limitações orgânicas, **é preciso tomar posição frente à linguagem e ao sujeito**. É imprescindível, para isso, sustentar a distinção entre “ouvir” e “escutar”, como já discutido nesse

trabalho: escuta/interpretação são “fenômenos linguísticos”, possibilidades humanas abertas pela existência da linguagem. Na Fonoaudiologia tradicional, permanece obscura a questão da interpretação, que, por falta de compromisso teórico com a linguagem, fixa-se num fazer preso a uma apreensão intuitiva de significados. O fonoaudiólogo mergulha num imaginário que deixa de lado as manifestações subjetivas do corpo falante<sup>50</sup>. Nesse aspecto particular, interessa entender que “interpretar implica não somente dizer o que está dito, mas também, dizer o que não foi dito” (SOBRINHO, 1996: 23; SPINA-De-CARVAHO, 2002). “Dizer o que não foi dito” explicitamente, não é ato aleatório, já que implica redes significantes invocadas pelo acontecimento que, no caso desta tese, vem de **um corpo que participa do diálogo**. A relevância da Psicanálise aqui é notável – Freud mostrou de forma magistral que o corpo da histérica (corpo pulsional) não coincide com corpo anatômico: o braço paralisado da histérica não tem a extensão do braço anatômico (FREUD, 1916). Pois bem, o que define, então, esse “braço” que não é o anatômico: a linguagem (LACAN, SEMINÁRIO XI: 1973; CATRINI, 2005).

É certo não ser possível descartar os efeitos nefastos do impedimento motor de pessoas com limitações orgânicas; seus efeitos perturbadores sobre o outro e o sofrimento causado no sujeito. Contudo, grave é abordar essas pessoas que, pela impossibilidade de falar/oralizar, são expulsas para um espaço do “fora do sentido”, “fora da linguagem”. Como sustentaram Vasconcellos (1999, 2006, 2010) e Dudas (2009) “não poder falar” por algum impedimento neurológico não quer dizer estar fora dos efeitos da linguagem. Essas pessoas os recebem em seus corpos prejudicados. Além do mais, reitero, elas “ouvem” e “escutam”. A orelha, propôs Saussure (1916) – recolhe, passivamente, “o tesouro dos significantes”. Lá, na orelha de uma pessoa com impedimentos motores, uma língua se deposita, ainda que não ganhe expressão como fala.

---

<sup>50</sup> Sobre a questão do “corpo que fala”, ver também Catrini (2005) e Marcolino-Galli (2013).

Vasconcellos (1999, 2010 e outros) focaliza crianças com diagnóstico de paralisia cerebral. Seu trabalho como disse, é tributário da teorização realizada no âmbito do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Sua discussão afetou minha reflexão, prática clínica e as atividades que tenho desenvolvido junto a professores. A autora mostrou que a lesão cerebral e suas sequelas não são impeditivas da captura do ser pela linguagem. Partindo desse pressuposto central, ela sustenta que num mínimo de habilidade corporal motora, havia gesto simbólico: gestos e olhares “que dizem de uma presença significada, significativa e significante na linguagem” (VASCONCELLOS, 2010: 2).

Nessa visão, como procuro fazer aparecer, a posição do outro frente ao sujeito não é definida por um raciocínio centrado nas dificuldades motoras impostas pela patologia (como impera na área da Saúde e, também insiste na da Educação). Não é sem solo, portanto, que pude apreender em falas de professores (e entre eles) a insistência na necessidade de “diagnóstico”, que justificasse o “não falar” (ou mesmo para justificar um fracasso escolar: desatenção, hiperatividade, entre outros). A pergunta que fica é “justificar” que fracasso: da criança ou do educador? Busca-se um diagnóstico, mas não se diz em que medida ele favoreceria uma direção educativa. Espera-se, ao que parece, que o “rótulo” retiraria o professor como “alvo” do problema. Certamente clínicos e cuidadores não tem estado em posição diferente. Na base:

O imaginário do outro (pais, familiares, cuidadores, profissionais) diante do real desse organismo, representa-o de maneiras distintas: como um sujeito que pode/deve ser institucionalizado, marginalizado, infantilizado, doente e até como uma pessoa com uma vida a ser vivida (VASCONCELLOS, 2010: 7).

Importante destacar que o uso dos Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação (SSAC) é recente em âmbito mundial e que surgiu como um “facilitador” para pessoas impedidas de oralizar. São recursos que têm sido,

recentemente, aliados à tecnologia<sup>51</sup>. Eles estão bastante difundidos, no Brasil atualmente. Vasconcellos (2010) sustenta que eles podem ser indispensáveis na Clínica de Linguagem, já que, em muitos casos, representam um canal de abertura para o outro-terapeuta (viabiliza a construção de falas-escritas e a materialização do significante), que registra e lê via empréstimo de seu corpo ao sujeito. Ela diz que esse “empréstimo” abre, para essas pessoas, a possibilidade do encontro entre dizeres, retirando-as da condição de dependência extrema. Eu entendo que o risco contido na aplicação dos SSAC é a homogeneização de pacientes candidatos ao uso da comunicação alternativa: utilizados com “instrumentos de comunicação” pelo clínico, o “instrumento” pode ganhar a cena e obturar efeitos singulares da relação desses sujeitos com a linguagem – risco assinalado, acima, por Arantes (2005).

Fato é que a pessoa com limitação orgânica *“tem uma história que ela não pode contar, uma queixa que não pode enunciar e uma demanda que deve e precisa ser decifrada”* (DUDAS, 2009). Nesse caso, o corpo é protagonista e se dirige ao outro. A história do sujeito chega por familiares e cuidadores (ou funcionários, no caso das instituições); chega como “história de segunda mão”, que pode/deve ser firmada/infirmada pelo sujeito, o que é possível, como defendi em minha dissertação (DUDAS, 2009). Quero dizer, com isso, que numa Clínica de Linguagem, a “história” será recontada pelo sujeito, ao longo de anos de tratamento. O clínico de linguagem, além de interpretar os gestos corporais do paciente, aguarda sua anuência. O terapeuta empresta corpo e voz, mas aguarda o gesto de reconhecimento do sujeito.

Pois bem, história, queixa e demanda acabam ocorrendo num *outro tempo* em que a avaliação de linguagem imbrica-se na trajetória do tratamento: no tempo em que o sujeito aparece para o outro. Este tempo é o “momento inaugural” em

---

<sup>51</sup> Eles são constituídos por conjuntos de signos e agrupados em duas classes: sistemas em que o próprio corpo atua para significar e sistemas que dependem do auxílio de instrumentos (uso de fotos, desenhos, ilustrações, sistemas convencionizados ou pictográficos, entre outros).

que se pode decidir sobre a presença ou não de um sintoma de linguagem. Penso que o professor deva também “esperar o sujeito”, antes de fechar a porta para ele na escola – inclusão, como vimos, pode acontecer dentro dos muros escolares. Essas pessoas podem ser “chamadas a falar”, com as condições de fala que tem...” (FONSECA, 2002: 260) (ênfases minhas). É sempre possível esperar por uma abertura do sujeito: uma solicitação, um consentimento, que se manifesta num gesto mínimo ou num olhar. Sem isso, a pessoa só poderá aparecer como “incompetente” ou “deficiente”.

Se é fato, no caso da Clínica de Linguagem, que não é qualquer teorização que pode sinalizar o caminho da escuta do clínico, que não apague a heterogeneidade e anule singularidades (LIER-DeVITTO, 1994), proponho que o mesmo se aplica na Educação, no enfrentamento do processo de inclusão escolar de crianças que não falam. Entende-se, assim, a força da expressão “dar vez e voz” ao paciente. Fato é que “dar vez e voz” à pessoa com limitação motora severa não é questão simples nem na clínica e nem, tampouco, na Escola. Não se pode desprezar a importância da “construção de uma *zona de contato*” (VASCONCELLOS, 2010) – que possa barrar a exclusão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei refletir nessa pesquisa sobre questões que me inquietaram ao longo de minha prática clínica e que ainda me interrogam seja na esfera da clínica, seja na da Educação. A adesão ao discurso médico/organicista ganha contornos diferentes nesses campos, mas é insistente e predominante na maioria das vezes. A questão da inclusão escolar frente a crianças organicamente prejudicadas, que não podem compartilhar de uma **língua falada** que é a delas, que não podem se enlaçar com o outro na língua que as habita, tem, de fato, me ocupado na vida prática e intelectual. Esses quadros que calam pessoas certamente trazem impasses para a rotina escolar, conforme reconheço e procuro problematizar. Se há dificuldade no laço com o outro pela ausência da fala, as questões da aprendizagem e da inclusão emergem como *loci* afetados e comprometidos, como discuti. O enigma que essas pessoas introduzem sobre sua condição de sujeito (para o outro) representa o problema crucial que desafia escolas e professores. Prova disso é que o “não falar” de alunos tem se transformado em demanda de saber: daí a oferta de tantos cursos sobre o assunto, como aqueles de que participei.

Procurei dar valor de “evidência” para meus argumentos aos segmentos de discurso de professores, que esperam por “diagnósticos” para uma ação educativa que não pode ser instruída por eles e que nessa espera, deixam alunos que não falam como observadores passivos na sala de aula. Procurei nas três situações apresentadas, bem como nos depoimentos de professores, jogar luz sobre os embaraços das escolas com a questão da inclusão. Meu argumento foi de uma

ausência de posição de escuta para essas crianças, que, por não falarem, são “observadas” ou “notadas” por seu corpo prejudicado. A consequência é um veredito de incapacidade cognitiva para aprender. Fato é que essas crianças **interrogam o saber do outro** frente ao silêncio que impõem. A limitação orgânica coloca outro problema: o da dificuldade de identificação. A falta de semelhança em relação ao corpo do outro parece assombrar e favorecer a atribuição de fragilidade geral para essas pessoas. A fragilidade motora se expande para o domínio cognitivo e para a esfera do sujeito, conforme abordei.

Percorri brevemente a literatura que ensina sobre como se construiu, ao logo do tempo, a articulação entre deficiência(s) e instituição, que se deu sob o peso da forte marginalização, da exclusão do diferente, que é assumido como fonte de ameaças, de perigo e, também, de medo – exclusão de que participam muitas instituições escolares. A resposta à institucionalização e ao isolamento é, usualmente, caridosa, assistencialista, que deixa aparecer um sentimento de culpa, que é a de muitos professores em sala de aula. De fato, o uso de terminologias médicas (hiperatividade, distúrbio de atenção, etc.) para falar de alunos e da pessoa com deficiência é grande; bem como a busca por diagnósticos.

Procurei destacar, no percurso que tracei nesta tese, o mecanismo mais poderoso da exclusão, que é a ausência de fala oralizada. Esse problema é, certamente, um dos motores mais fortes da exclusão tanto em sala de aula, quanto fora dela. Conforme mostrou Vasconcellos (1999, 2010), **há angústia na impossibilidade de dizer aquilo que se quer dizer**, o que resulta em impasses ao diálogo e sofrimento ao sujeito. É, sem dúvida, uma experiência mortífera **ser habitado pela língua materna sem nela poder comparecer como falante**. Tal situação representa uma forma de marginalização bastante particular, que envolve o sentimento de estar excluído da (na) própria casa, de ser “estrangeiro” (sem de fato ser) na língua materna (LIER-DeVITTO, 1994). Entendo que pessoas que não

podem falar sofrem uma dupla exclusão na escola: por efeito de um corpo prejudicado e do silêncio, que as marginaliza.

É esse “enigma” de sujeito que surge frente ao silêncio que tem sido desconsiderado. Proponho como saída que ele seja enfrentado. Fundamental, parece-me, é deixar cair o discurso organicista (e a questão diagnóstica) para que o sujeito se imponha ao outro, para que o diferente não seja reduzido à doença e à deficiência. Professores tendem a ignorar manifestações vocais ou gestuais de crianças com limitações físicas, que não falam. Não se supõe a elas um endereçamento. Há, assim, exclusão frente ao singular de uma classe (não falar). Seria do maior valor que o professor pudesse ser tocado pelo que o aluno que não fala, diz - mesmo que através do corpo; corpo atravessado pela linguagem, como afirmei. O *não falar* gera desconforto, mas não supor a alunos que não falam uma condição de sujeito é atroz e o cerne do problema. Problema do apagamento do fato de que se está frente a um *corpo falado, que fala* – aí está a fonte da *exclusão* a que são confinadas pessoas que *não podem emitir fala oralizada* (Vasconcellos, 1999, 2010).

Para a Escola, o benefício de se libertar do aprisionamento num modelo ideal de educação seria a possibilidade em apreender efeitos singulares e encaminhar uma inclusão mais consistente e efetiva. A escola poderia caminhar em sentido contrário, no processo de inclusão, embora não seja fácil e nem simples: o deslocamento parece enorme, já que implica uma mudança conceitual aprofundada, mas esta é a proposta. Mais do que construir recursos e definir estratégias de ensino com pessoas com limitações orgânicas e que não falam, é preciso lembrar que cada caso terá um caminho individual, há uma pluralidade de casos. É preciso ir além e a escola deverá ser a instância promotora de uma relação outra com o Outro, colocando em texto o que ainda não ganhou lugar na fala, conforme trouxe Arantes (2005). O fundamental é passar da condição de serem falados à condição de sujeito. O real do corpo afeta: a aposta é que o professor e a escola (enquanto Outro) viabilizem um canal de abertura. Nesse

enquadre, o uso bem conduzido de recursos de comunicação (SSAC) poderia favorecer a materialização de uma fala presa no corpo (VASCONCELLOS, 1999, 2010).

Cursos de formação de professores são importantes, bem como a discussão de casos clínicos numa parceria entre escola, clínica e família, mas, além disso, é decisivo ter escuta para essas pessoas. – suportar o não-saber torna-se importantíssimo. Como disse Voltolini (2011), a escola coloca o professor numa posição de detentor de conhecimentos e métodos de ensino, já o aluno, na posição de quem nada sabe. Para o autor (e para mim), aí pode incidir a Psicanálise, pois pode mostrar que a aprendizagem **não** está atrelada ao ensino: processos inconscientes se interpõem e perturbam essa composição aparentemente “estável” entre ensino-aprendizagem.

Devo destacar, ainda, que quanto mais se dilata a suposição de **conhecimento sobre** a criança, menos o professor fica livre para escutar o que ela diz, ou mesmo o que **ela não pode anunciar oralmente**. Convocar a Psicanálise não é aplicar a Psicanálise à Escola. A Psicanálise incide sobre uma posição - sob seu efeito, há benefício para o professor e para o aluno. A Psicanálise pode mudar a escuta para a criança, muitas vezes apagada em prol de metodologias, recursos e técnicas. Ora, se a questão do desejo puder incidir na Escola, como sugere Voltolini, pode-se também retirar o educar da condição de um governar autoritário e fatalmente fadado ao fracasso.

No caso de crianças com graves comprometimentos físicos e que não falam, essa “posição de escuta” desejada no outro é, sem sombra de dúvidas, primordial para o professor chegar a supor naquele corpo prejudicado e silente, um sujeito desejante. Sem isso, ele, sem saber, decreta o fracasso da inclusão escolar - reduz a criança à sua deficiência, ao que ela não pode fazer. Como procurei discutir, não é a deficiência, em si, que determina quem é a pessoa – esse ponto é essencial quando se fala em inclusão. Conforme tratou Mannoni

(1988), se a pessoa com deficiência for tratada apenas pela via dos cuidados físicos, ela só terá lugar através de sua deficiência. Não haverá espaço para mais nada. Se admitimos, com Lacan, que **o desejo que conta é sempre o do outro**, quando o outro reduz a criança a “objeto de cuidados” unicamente, ele assina que ela “nada sabe” e que “nada pode”: a inclusão estará distante de acontecer.

A **posição frente ao outro** é decisiva, seja esse outro o clínico, a família ou a escola. Abrir espaço para escuta é o ponto primordial nesses casos. Acompanho Voltolini (2015) quando diz que “a inclusão é não toda”, mas é salutar sustentar esta utopia. Sem dúvida a heterogeneidade de casos e de manifestações imprevisíveis são fatos que um padrão escolar não abrange. Mesmo, assim, a questão do desejo não perde relevância. Se na Clínica de Linguagem a ausência de fala é um enigma, não seria diferente na escola.

Espero ter podido mostrar, neste trabalho, apontar para outra leitura sobre a inclusão escolar dessas crianças. Por efeito da Clínica de Linguagem, busquei problematizar a questão do sofrimento causado pela ausência de fala, que marginaliza e limita ainda mais a inclusão escolar. Encerro esse trabalho com a certeza de que as questões, nele colocadas, não se esgotam neste espaço. Elas devem impulsionar novos trabalhos que, eu gostaria, pudessem promover mudanças e que trouxessem benefícios para crianças e professores no enfrentamento do difícil processo de inclusão escolar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHA (1991) *AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION*. Oxfordshire. Disponível em: <http://www.asha.org>

ALLOUCH, J. (1995) *Letra a letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

AMARO, K. P. (2007) *O tratamento do deficiente mental em instituições: uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana*. Dissertação de Mestrado: PUCMG.

ANDRADE, L. (2001) *Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica*. Letras de Hoje, v. 36, n. 3, pp. 261-5).

\_\_\_\_\_ (2003) *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP.

\_\_\_\_\_ (2006) “Captação” ou “captura” – considerações sobre a relação do sujeito à fala. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. Pp. 201 – 218. São Paulo: EDUC/FAPESP.

ARANTES, L. (1994) O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: LIER-DeVITTO, M. F. (org.) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. Pp.: 23 – 27. São Paulo: Cortez.

\_\_\_\_\_ (2001) *Diagnóstico e clínica de linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP.

\_\_\_\_\_ (2005) Impasses relativos ao encaminhamento de crianças que não falam. In.: PAVONE, S., RAFAELI, Y. M. *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. Pp. 100 – 108. São Paulo: Cortez.

ARANTES, L.; ANDRADE, L.; LIER-DeVITTO, M. F. (2005) A clínica de linguagem com crianças que não falam: diagnóstico e direção do tratamento. In.: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. M. *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. Pp. 141 - 150, São Paulo: Editora Cortez.

ASSALI, A. M.; AMÂNCIO, V. (2005). O saber e o não saber – do crer ao criar. In.: COLLI, F. A. G., KUPFER, M. C. M. *Travessias. Inclusão escolar: a experiência do grupo ponte pré-escola Terapêutica Lugar de Vida – USP*. Pp. 73 – 86. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ASSOCIAÇÃO SÍNDROME DE ANGELMAN: <http://angelman.org.br/o-que-e-2/>

BARTHES, R. (1986) *O óbvio e o obtuso*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

BENINE, R. (1999) *Distúrbios articulatorios: algumas reflexões*. Intercâmbio, São Paulo: LAEL-PUCSP, v. 8, pp. 49 – 54.

\_\_\_\_\_ (2001) “Ómideio”, o que é isto? – questões e reflexões sobre dislalias, distúrbios articulatorios funcionais e desvios fonológicos. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP.

BENVENISTE, E. (1966) *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard.

BERNARDINO, L. M. F. (2007) *A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial*. V. 12 – número 22. Pp. 48 – 67. Revista Estilos da Clínica.

BORGES, S. X. de A. (2006) A aquisição da escrita como processo linguístico. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP.

BOSSA, N. A. (2002) *Fracasso escolar – um olhar psicopedagógico*. São Paulo: Artmed.

\_\_\_\_\_ (2011) *Fracasso escolar é o fracasso do sistema educacional*. Entrevista para o Portal eletrônico G1. <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2011/05/fracasso-escolar-e-o-fracasso-do-sistema-educacional-diz-especialista.html>

BRASIL (1961) *Ministério da educação*. LDB da Educação Nacional. LDB 4.024/61.

\_\_\_\_\_ (1971) *Ministério da educação*. LDB da Educação Nacional. LDB 5692/71.

BUENO, J. G. S., MELETTI, S. M. F. (2011) O impacto das políticas públicas de escolarização de alunos com deficiência: uma análise dos indicadores sociais no Brasil. In.: KASSAR, M. C. (org). *Diálogos com a diversidade sentidos da inclusão*. Pp. 109 - 135. Campinas: Mercado de Letras.

CALLIGARIS, C. (2010) Três conselhos para a educação das crianças. In.: JERUSALINSKY, A.; MELMAN, C.; CALLIGARIS, C; et al. *Educa-se uma criança?* Pp. 25 – 30. Porto Alegre: Artes e ofícios.

CANGUILHEM, G. (1966/2007) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CASTRO, C. de M. (2014) *Escola ideal para alunos não ideais*. Matéria publicada na Revista Veja em Fevereiro.

CHUN, R. Y. S. (1991) *Sistema bliss de comunicação: um meio suplementar e/ou alternativo para o desenvolvimento da comunicação em indivíduos não falantes portadores de paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP.

\_\_\_\_\_ (2009) *Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangências e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil*. Pró-fono: Revista de Atualização Científica. pp. 63-76, V. 21, 22.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (2004) Lisboa: OMS. Disponível em [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

CATRINI, M. (2005) *A marca do caso: singularidade e clínica de linguagem*. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP.

CHEMAMA, R. (2000) *Elementos lacanianos para uma psicanálise do cotidiano*. Porto Alegre: CMC.

CLAVREUL, J. (1978) *A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.

CONCEIÇÃO, L. N. (2004) *Crianças e jovens portadores de necessidades educativas especiais institucionalizados: um estudo sobre suas interpretações em relação às práticas socioeducativas para a reinserção social*. Dissertação de Mestrado: BA.

CORDIÉ, A. (1996) *Os atrasados não existem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CORIAT, E. (1997) *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

CORTELLA, M. S., FERRAZ, J. L. (2012) *Escola e preconceito*. São Paulo: Ática.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948) Ass. G. Nações Unidas.

DE LEMOS, C. T. G. (1982) *Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original*. Boletim da Abralín, Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco, v. 3, pp. 97 – 126.

\_\_\_\_\_ (1986) Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. In.: MEISEL, J. (ed.) *Aquisição da linguagem*. Frankfurt: Vervuert.

\_\_\_\_\_ (1992) *Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio*. Substratum, v.1, pp. 121-1336. Barcelona: Meldar.

\_\_\_\_\_ (1998) Prefácio In.: LIER-DeVITTO, M. F. *Os monólogos da criança: delírios da língua*. São Paulo: Educ/FAPESP.

\_\_\_\_\_ (2002) *As vicissitudes da fala da criança e de sua investigação*. Cadernos de Estudos Linguísticos, v. 42. Campinas: Editora da Unicamp.

\_\_\_\_\_ (2003) Corpo & corpus. In.: LEITE, N. V. de A. L. *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Pp. 21-30. Campinas: Mercado de letras.

\_\_\_\_\_ (2006) Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.)

*Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. Pp. 21 – 32. São Paulo: EDUC/FAPESP.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS [www.dicio.com.br/inclusao/](http://www.dicio.com.br/inclusao/)

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS <http://www.dicio.com.br/albinismo/>

DINIZ, M. H. (1998) *Dicionário jurídico*. Volume II. São Paulo: Saraiva.

DUDAS, T. L.. (2009) *Paralisia cerebral e institucionalização: efeitos subjetivos e clínica de linguagem*. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP.

\_\_\_\_\_ (2015) CSA e institucionalização: desafios e possibilidades da clínica. In.: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. L. (orgs) *Comunicação alternativa: ocupando territórios*. Pp.145 – 156. São Carlos: ABPEE.

FELMAN, S. (1980) *Le scandal du corps parlant: don Juan avec Austin ou la séduction em deux Langues*. Paris: Éditions de Seuil.

FERREIRA, A. B. de H. (1999) *Novo Aurélio século XXI – O dicionário da língua portuguesa*. 3ª edição. Rio de Janeiro: editora Nova Fronteira.

FIGUEIRA, E. (2008) *Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil*. São Paulo: Giz Editorial.

FIGUEIRA, R. A. (1991) *Algumas considerações sobre o erro como dado de eleição nos estudos de aquisição da linguagem pela criança normal*. II ENAL. Anais, PUCRS.

\_\_\_\_\_ (2006) As adivinhas das crianças: o que revelam sobre a mudança na aquisição da linguagem? LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.)

*Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, pp. 109 – 134.

FONSECA, S. C. (1995) *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP.

\_\_\_\_\_ (2002) *O afásico na Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP.

FOUCAULT, M. (1926-1984) *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_ (1980-2006) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FRAZÃO, Y. S.. (1996) *Paralisia Cerebral na clínica fonoaudiológica: primeiras questões sobre linguagem*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP.

FREUD, S. (1916 - 1917) Conferências introdutórias à psicanálise. São Paulo: Companhia das letras.

\_\_\_\_\_ (1925) *Prefácio à juventude desorientada*. ESB, v. XIX, p. 307.

JAKOBSON, (1960) *Closing statement: linguistics and poetics*. Em Thomas Sebeok, *Style in language*, Cambridge: The MIT Press.

KASSAR (2006) Integração/inclusão: desafios e contradições. In.: BAPTISTA, C. R. (org.). *Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas*. Porto Alegre: Mediação.

KUPFER, M. C. M. (2005) Inclusão social: a igualdade e a diferença vistas pela psicanálise. In.: COLLI, F. A. G., KUPFER, M. C. M. *Travessias. Inclusão escolar*:

*a experiência do grupo ponte pré-escola Terapêutica Lugar de Vida – USP*. Pp. 17 – 28. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LACAN, J. (1973 - 1990) *Seminário XI*. Rio de Janeiro: Zahar.

\_\_\_\_\_ (1998) *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

LAJONQUIÈRE, L. (2009) *Infância e ilusão (psico) pedagógica – escritos de psicanálise e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.

LALANDE, A. (1867-1963) *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. Edição de 1999.

LEITE, L. (2000) *Sobre o efeito sintomático e as produções escritas de crianças*. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP.

LEMOS, M. T. (2002) *(A) Língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição da linguagem*. Campinas: Mercado de Letras.

\_\_\_\_\_ (2006) O sujeito imprevisto. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, pp. 57 – 62.

LIER-DeVITTO, M. F. (1994) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez.

\_\_\_\_\_ (1995) *Contribuições da linguística à fonoaudiologia*. Revista dos Distúrbios da Comunicação, v. 7, n. 2, São Paulo: Educ.

\_\_\_\_\_ (1998) *Relatório científico de produtividade em pesquisa*. CNPq (inédito).

\_\_\_\_\_ (1999) "Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts". In.: VERSCHEREN, J. (ed) *Language and Ideology*. Antuérpia, IPRa & Authors.

\_\_\_\_\_ (2000) *Memorial de professor titular*. Programa de estudos pós-graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem – PUCSP.

\_\_\_\_\_ (2001) *Sobre o sintoma – déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda...?* v.36, n. 3, pp. 244 - 253, Porto Alegre: Letras de Hoje.

\_\_\_\_\_ (2003) Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In.: LEITE, N. (org.). *Corpo e Linguagem: gestos e afetos*. pp. 233 – 243, Campinas: Mercado das Letras/FAEP/Unicamp.

\_\_\_\_\_ (2004) *Sobre a posição do investigador e do clínico frente a falas sintomáticas*. V.39, n. 3. Letras de Hoje: Porto Alegre.

\_\_\_\_\_ (2005) *Falas sintomáticas: fora de tempo e fora de lugar*. Cadernos de Estudos Lingüísticos. N. 47, pp 143-150. Editora da UNICAMP: Campinas.

\_\_\_\_\_ (2006) Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, pp. 183 – 200.

LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) (1998) *Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos*. Letras Hoje, v. 33, n. 2, pp. 65 – 72.

\_\_\_\_\_ (2006) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP.

LIER-DeVITTO, M. F.; CARVALHO, G. (2008) Um esforço de teorização em aquisição da linguagem. In.: FINGER, I. & QUADROS, R. M. (org.) *Teorias de aquisição da linguagem*. Florianópolis: Editora UFSC, pp. 100 – 127.

LIER-DeVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. (2001) *Linguística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias*. Letras de hoje, v. 36, n. 3, pp. 433 – 441. Porto Alegre: EDIPUCRS.

LIER-DeVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R. (2007) *Veze e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática*. Junho, 10 (1), pp 19-34. Revista Kairós: São Paulo.

LIER-DeVITTO, M. F.; DUDAS, T. L. (2016) *Institucionalização de pessoas com paralisia cerebral: a difícil relação sujeito – outro – linguagem*. Revista Linguística ALFAL. Vol. 32 (1). Junho, pp. 9 – 23.

MANNONI, M. (1988) *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

MANTOAN, M. T. E. (2007) *Igualdade e diferenças na escola – como andar no fio da navalha*. Revista do Centro de Educação. Volume 32, número 2. Universidade Federal de Santa Maria.

\_\_\_\_\_ (2011) *O desafio das diferenças nas escolas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes.

MARCOLINO-GALLI, J. (2013) *A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora*. Tese de Doutorado. LAEL - PUCSP.

MEIRA, A. M. G.. (2001) Contribuições da psicanálise para a educação inclusiva. In. *Escritos da criança*. Pp 44-49. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.

MERISSE, A. (1997) Origens das instituições de atenção à criança: o caso das creches. In.: MERISSE, A.; JUSTO J. S., ROCHA, L. C. & VASCONCELOS, M. S. *Lugares da infância: reflexões sobre a criança na fábrica, creche e orfanato*. São Paulo: Arte & Ciência.

MILNER, J. (1987) *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_ (2002) *Periplo estructural*. Buenos Aires: Paidós.

PEREIRA, M. R. (2010) A transferência na relação ensinante. In.: JERUSALINSK, A.; CALLIGARIS, C.; TAVARES, E. et. al.. *Educa-se uma criança?* Pp 207- 216. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

PEREIRA DE CASTRO, M. F. (2006) Sobre o (im)possível esquecimento da língua materna. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, pp. 135 – 148.

PESSOTI, I. (1984) *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo T. A. Queiroz: Editora da USP.

PORTAL BRASIL – *Notas sobre acessibilidade* - <http://www.brasil.gov.br/menu-de-apoio/sobre-o-site/acessibilidade-1>

REILY, L. (2007) Sistemas de comunicação suplementar e alternativa. In.: REILY, L. *Escola inclusiva: linguagem e mediação*. Pp. 67 – 88. Campinas: Papirus.

SAUSSURE, F. (1916 – 1989) *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix.

SOBRINHO, A. (1996). *Dizer o dito – a questão da interpretação em Fonoaudiologia*. Revista Distúrbios da Comunicação, 8 (1), pp. 23-39.

SKLIAR, C. (1997) *Educação e exclusão: abordagens sócio antropológicas em educação especial*. Porto Alegre: Mediação.

SPINA-DE-CARVALHO, D. (2002) *Distúrbios articulatórios: da articulação de um sintoma à desarticulação de uma fala*. São Paulo: Intercâmbio, LAEL-PUCSP.

VASCONCELLOS, R. (1999) *Paralisia Cerebral: a fala na escrita*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC-SP.

\_\_\_\_\_ (2006) Fala, escuta, escrita: a relação sujeito-linguagem no caso de uma criança com paralisia cerebral que não oraliza. In.: LIER-DeVITTO, M. F. & ARANTES, L. (org.) *Aquisição, patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, pp. 289 – 312.

\_\_\_\_\_ (2010) *Organismo e sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais*. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP.

VOLTOLINI, R. (2004) *Psicanálise e inclusão escolar: direito ou sintoma?* Revista Estilos da Clínica. Volume IX, número 16.

\_\_\_\_\_ *Educação inclusiva: revolução ou reforma*. Programa Ética e Cidadania: construindo valores na escola e na sociedade. USP. Disponível na internet <http://docplayer.com.br/6439635-Educacao-inclusiva-revolucao-ou-reforma.html>

\_\_\_\_\_ (2005) A inclusão é não toda. In.: COLLI, F. A. G., KUPFER, M. C. M. *Travessias. Inclusão escolar: a experiência do grupo ponte pré-escola Terapêutica Lugar de Vida – USP*. Pp. 149 – 155. São Paulo: Casa do Psicólogo.

\_\_\_\_\_ (2011) *Educação e psicanálise*. Coleção passo a passo. Rio de Janeiro: Zahar.

VORCARO, A. (2000) *O estatuto do dado linguístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas*. n. 38, pp. 131 – 137, Caderno de Estudos Linguísticos, Campinas: UNICAMP.

\_\_\_\_\_ (2005) A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. In.: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. M. *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. pp. 80 – 99, São Paulo: Editora Cortez.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. (1988) *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

TETZCHNER, S. e MARTINSEN, H. (1992) *Introduction to sign teaching and the use of communication aids*. Norway/Londres: Whurr Publishers.