

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CURSO DE PEDAGOGIA**

**THAINÁ DA SILVA CANDIDO NEIMERCK**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: AS TRANSFORMAÇÕES  
CONCEITUAIS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS**

**MARINGÁ  
NOVEMBRO/2017**

THAINÁ DA SILVA CANDIDO NEIMERCK

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: AS TRANSFORMAÇÕES  
CONCEITUAIS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para aprovação do curso de  
Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá.

Orientação: Profa. Dra. Gizeli Aparecida Ribeiro  
de Alencar.

MARINGÁ  
NOVEMBRO/2017

THAINÁ DA SILVA CANDIDO NEIMERCK

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: AS TRANSFORMAÇÕES  
CONCEITUAIS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC,  
apresentado ao Curso de Pedagogia da  
Universidade Estadual de Maringá, como requisito  
parcial para obtenção do grau de licenciado em  
pedagogia.

Orientação: Profa. Dra. Gizeli Aparecida Ribeiro  
de Alencar.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar  
Departamento de Teoria e Prática - DTP  
Universidade Estadual de Maringá

---

Profa. Dra. Elsa Midori Shimazaki  
Departamento de Teoria e Prática - DTP  
Universidade Estadual de Maringá

---

Profa. Me. Viviane Gislaiane Caetano Auada  
Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Educação -PPE  
Universidade Estadual de Maringá

MARINGÁ

NOVEMBRO/2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me oportunizado a formação acadêmica. Sou grata pelo amparo e sabedoria durante todos os dias, no decorrer da graduação.

Aos meus pais, José Carlos e Maria Cristina, pelo esforço e dedicação em torno de minha formação, tanto acadêmica quanto humana.

Meus sogros, Reinaldo e Solange, pela compreensão e disponibilidade em cuidar, todas as noites, do meu pequeno Reinaldo José, para que eu pudesse alcançar esse objetivo.

Minha querida irmã Thaianne, que pôde me auxiliar nos momentos que tanto precisava de um ombro amigo.

Às minhas queridas amigas de graduação: Bruna, Larissa, Natalí, Patrícia e Tainara. Elas foram minhas grandes companheiras e, no decorrer dos quatro anos, me proporcionaram grandes experiências, na sala de aula e na minha vida pessoal. Vocês sempre serão parte da minha vida.

Aos grandes amores da minha vida, meu esposo Renan e meu filho Reinaldo José, que tanto me apoiaram e estiveram comigo todos os dias, desde os mais felizes até os mais angustiantes. Em especial, a meu filho, que mesmo pequeno, já pôde compreender meus momentos de ausência. Você me fez olhar o mundo de uma maneira mais doce e humana. Por você, estou aqui lutando até o último instante.

Agradeço à minha querida orientadora, Profa. Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar, por toda dedicação, atenção, conselhos, paciência e carinho que tem me proporcionado no decorrer dessa trajetória. Você é peça essencial dessa conquista.

Aos queridos membros da banca, Profa. Elsa Midori Shimazaki e Profa. Viviane Gislaíne Caetano Auada, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições concernentes à minha monografia.

A todos os professores que, no decorrer do curso, me oportunizaram momentos de aprendizagem e reflexão, mediante a educação do nosso país.

Meu muito obrigada a todos de coração!

## RESUMO

As pesquisas científicas sobre o autismo têm crescido muito nas últimas décadas e sua disseminação vem sendo feita por meio de artigos, livros e trabalhos apresentados em congressos e esses estudos refletem não apenas interesse sobre o tema, mas, sobretudo nosso desconhecimento de vários aspectos que ainda permanecem herméticos. Acreditamos que conhecer a realidade das instituições que acolhem e educam as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) é fundamental. Assim sendo, essa pesquisa tem por objetivo conceituar o termo Transtorno do Espectro Autista e as suas transformações nas últimas décadas e contextualizar historicamente o percurso do atendimento às pessoas TEA a partir de uma escola de educação especial situada em uma cidade da região noroeste do Paraná. Para tanto, realizamos uma pesquisa de campo, por meio de estudos bibliográficos, entrevistas semiestruturadas e estudos de documentos, junto a duas profissionais que atuam na instituição. Os resultados evidenciaram que, ao longo da jornada, a instituição conquistou reconhecimento enquanto instituição de utilidade pública nas esferas Municipal, Estadual e Federal, e vem contribuindo de forma ímpar na disseminação de conhecimentos sobre o Transtorno do Espectro Autista, bem como nas possibilidades de tratamento em reabilitação e pedagógico. Esperamos, a partir deste estudo, contribuir para os demais interessados acerca do trabalho desenvolvido nessa instituição e, ao mesmo tempo, suscitar o interesse na temática e na forma de conceber o TEA.

**Palavras chave:** Intervenção Pedagógica. Critérios Diagnósticos. Transtorno do Espectro Autista.

## ABSTRACT

Scientific research on autism has grown a lot in the last decades and its dissemination has been made through articles, books and papers presented at congresses, and these studies reflect not only an interest in the subject, but, above all, our lack of knowledge about several aspects that still remain hermetic. We believe that knowing the reality of the institutions that welcome and educate people with ASD is fundamental. Therefore, this research aims to conceptualize the term Autism Spectrum Disorder and its transformations in the last decades and to contextualize historically the route of care to the TEA people from a special education school located in a city in the northwest region of Paraná. To do so, we conducted a field research, through bibliographical studies, semi-structured interviews and document studies, together with two professionals who work at the institution. The results showed that, throughout the day, the institution has gained recognition as a public utility in the Municipal, State and Federal spheres, and has contributed unequivocally in the dissemination of knowledge about Autism Spectrum Disorder, as well as in the possibilities of treatment in rehabilitation and pedagogy. We hope, from this study, to contribute to the other stakeholders about the work developed in this institution and, at the same time, to raise interest in the theme and the way of designing the TEA.

**Keywords:** Pedagogical Intervention. Diagnostic criteria. Autistic Spectrum Disorder.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABA** - Análise Aplicada do Comportamento.

**APA** - Associação de Psiquiatria Americana.

**CID** - Classificação Internacional de Doenças.

**DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

**LDB** - Lei de Diretrizes e Bases.

**LSD** - Dietilamida Do Ácido Lisérgico.

**OMS** - Organização Mundial da Saúde.

**PECCS** - Sistema de Comunicação através de trocas de figuras.

**TA** - Transtorno Autista.

**TEA** - Transtorno do Espectro Autista.

**TEACCHE** - Tratamento e Educação para Crianças com Autismo e Distúrbios Correlatos da Comunicação (*Treatment And Education Of Autistic And Related Comunication Handicapped Children*).

**TGD** - Transtorno Global do Desenvolvimento.

**TID** - Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. AUTISMO: CONTEXTO HISTÓRICO</b> .....	12
2.1 Tratamentos e principais formas de intervenção.....	19
2.2 Evolução do diagnóstico.....	22
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	28
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	29
<b>5. PESQUISA DE CAMPO: RESULTADOS</b> .....	30
5.1 Aspectos gerais.....	30
5.2 Aspectos pedagógicos.....	37
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	42
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44
<b>APÊNDICE</b> .....	47



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais constitui-se como pauta dos encaminhamentos das Políticas Públicas Educacionais. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN, n.º 9.394/96, no Cap. V, Da Educação Especial, são considerados alunos de inclusão os que possuem “[...] deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação” (BRASIL, 1996, Cap. V, Art. 58).

Outro documento oficial, as Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica, instituída pela Resolução CNE/CEB n.º 2, de 11 de setembro de 2001 (BRASIL, 2001), considera educandos com necessidades educacionais especiais, aqueles que, ao longo de seu percurso escolar, demonstram:

2.1 Dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento as atividades curriculares, compreendidas em dois grupos:

2.1.1 aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica;

2.1.2 aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências.

2.2 dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando adaptações de acesso ao currículo, com utilização de linguagens e códigos aplicáveis;

2.3 altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente os conceitos, os procedimentos e as atitudes e que, por terem condições de aprofundar e enriquecer esses conteúdos, devem receber desafios suplementares em classe comum, em sala de recurso ou em outros espaços definidos pelos sistemas de ensino, inclusive para concluir, em menor tempo, a série ou etapa (BRASIL, 2001, p. 39).

Dentre os educandos com necessidades educacionais especiais, o texto direciona-se para os que possuem autismo<sup>1</sup>. O interesse em estudar esse tema vem desde o curso de magistério, onde constatou-se que a formação voltada à educação especial era muito superficial. A partir de então, com o ingresso na universidade, deparamo-nos novamente com uma formação insuficiente para atuar junto a essa população.

---

<sup>1</sup> Atualmente o termo utilizado é Transtorno do Espectro autista- TEA.

A vivência de práticas pedagógicas, resultantes de nossa recente atuação profissional e dos estágios supervisionados, realizados durante o curso de pedagogia, despertaram-nos ainda mais o interesse pela área.

O autismo, de acordo com a literatura, como Cunha (2009) e Stelzer (2010), é definido como um distúrbio do desenvolvimento, o qual apresenta alterações nos indivíduos, desde os primeiros dias de vida. O diagnóstico é fundamentalmente clínico e baseia-se nos sinais e sintomas, em concordância com os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística da Sociedade Americana de Psiquiatria - DSM e pela Classificação Internacional de Doenças - CID 10, este último da Organização Mundial da Saúde - OMS.

Quanto à sua definição Cunha (2009) afirma que:

Autismo compreende a observação de um conjunto de comportamentos agrupados em uma tríade principal: comprometimentos na comunicação, dificuldades na interação social e atividades restrito-repetitivas (CUNHA, 2009, p. 20).

Para o autor, as crianças com autismo apresentam dificuldades em entender as regras de convívio social, a comunicação não verbal, a intencionalidade do outro e o que os outros esperam dela.

Diante dessas particularidades, Silva, Gaiato e Reveles (2012), apontam a necessidade de orientação aos professores. Segundo eles, a falta de conhecimento a respeito dos transtornos autísticos dificulta a identificação de forma adequada as necessidades de seus alunos. Nessa perspectiva, o autismo configura-se como um desafio para os profissionais da educação, reabilitação, medicina, dentre outros.

É notório que pesquisas científicas, de acordo com Baptista e Bosa (2002), têm crescido muito nas últimas décadas. Sua disseminação ocorre por meio de artigos, livros e trabalhos apresentados em congressos. Esses estudos refletem não apenas maior interesse sobre o tema, mas, sobretudo, nosso desconhecimento de vários aspectos que ainda permanecem herméticos.

Acredita-se que, trilhar caminhos que busquem elucidar possíveis direções para pessoas com espectro do autismo, institui-se como um desafio constante, tanto para as políticas públicas brasileiras, quanto para as práticas pedagógicas realizadas nas instituições de ensino.

Mediante às considerações tecidas, faz-se fundamental conhecer o percurso histórico do atendimento as pessoas com TEA, para então compreender a realidade das instituições, que acolhem e educam as pessoas com autismo e suas famílias. Desse modo, a sociedade e o governo podem propor e traçar linhas de ação na perspectiva de garantir direitos humanos a essas pessoas.

Com essas reflexões no que diz respeito ao atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais, mais especificamente o autismo, uma indagação se faz presente: Como procedeu, historicamente, as mudanças conceituais do Transtorno do Espectro Autista, nas últimas décadas. Com o intuito de buscar possíveis respostas à essa indagação, esta pesquisa teve por objetivo geral conceituar o termo Transtorno do Espectro Autista e as suas transformações nas últimas décadas. Para tanto, contextualizar historicamente o percurso do atendimento às pessoas com autismo em uma escola de educação especial, de um município da região noroeste do Paraná e investigar como se deu o início do atendimento às pessoas com autismo, em um município da região noroeste do Paraná.

Esse trabalho adotou como metodologia a pesquisa de campo, por meio de estudos bibliográficos, entrevistas semiestruturadas e estudos de documentos. Também realizou-se uma pesquisa de campo junto a profissionais que atuam nessa instituição de ensino. Foram entrevistados a coordenadora de projetos e a diretora. Os dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram transcritas na íntegra, para compor os resultados.

As informações aqui levantadas serão disponibilizadas à instituição pesquisada, para compor seu acervo. Assim sendo, mantivemos as iniciais dos nomes dos atores que participaram da pesquisa.

## 2 AUTISMO: CONTEXTO HISTÓRICO

Baptista e Bosa (2002) destacam que o termo autista deriva do “[...] grego (autos = si mesmo + ismo = disposição/orientação) e foi tomado emprestado de Bleuler (o qual, por sua vez, subtraiu o “eros” da expressão autoerotismus, cunhada por Ellis” (BAPTISTA; BOSA, 2002, p. 26, grifos dos autores).

No século XIX, conforme Durval (2011), Eugene Bleuler (1857-1939), em 1911, foi quem utilizou o termo autismo pela primeira vez. Objetivava designar pessoas que tinham dificuldade considerável para interagir com as demais e com muita tendência ao isolamento.

De acordo com Durval (2011), a academia integra a conceitualização da esquizofrenia à mnemônica dos quatro *As de Bleuler*, a qual tem sido benéfica, porém, imprecisa, a saber: Associações (perturbação das associações), Afeto embotado, Ambivalência e Autismo. O autor afirma que, Bleuler considerava a perturbação das “associações de ideias” como primárias e as demais manifestações da doença, secundárias. No que diz respeito ao “afeto embotado”, entendia-o como comprometimento afetivo típico da esquizofrenia, em que se observa um empobrecimento nos sintomas como a indiferença e superficialidades afetivas, desregulação dos afetos, dentre outros aspectos. O sintoma da “ambivalência” complementa a descrição da afetividade dos esquizofrênicos, acrescentando a presença simultânea de sentimentos adversos para os comportamentais volitivos<sup>2</sup>. A ambivalência é resultado, portanto, da desregulação dos afetos. Por fim, Bleuler chamou de autismo o “[...] desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior” (EUGEN BLEULER, 1911 *apud* DURVAL, 2011, p. 7).

Para os doentes o mundo autístico se fazia tão verdadeiro como o mundo real, ainda que por vezes uma outra realidade. Bleuler apreende o mundo irreal do doente com esquizofrenia como um mundo interno (autista) e sua atitude como uma retirada para esse seu mundo interno e relaciona este autismo com a perda do contato com a realidade exterior, com fuga e negação da realidade (DURVAL, 2011).

Mais tarde, segundo Orrú (2009), no ano de 1943, o psicólogo norte americano Leo Kanner descreveu o autismo clássico, por meio do artigo *Alterações*

---

<sup>2</sup> Que provém da volição, da vontade ou que a exprime.

*autistas do contato afetivo*. Nele detalhou seus estudos com onze crianças que apresentavam comportamentos estranhos e peculiares. A autora afirma que, as características apresentadas por esse grupo de crianças observadas por Kanner eram:

[...] incapacidade de estabelecer relações com as pessoas, um vasto conjunto de atrasos e alterações na aquisição e uso da linguagem e uma obsessão em manter o ambiente intacto, acompanhada da tendência a repetir uma sequência limitada de atividades ritualizadas (ORRÚ, 2009, p. 18).

As crianças, descritas por Kanner, eram fisicamente normais e, ao analisar os pais destas crianças, apontou que todos eram inteligentes, com interesses em medicina, literatura, ciências e artes e com formação em nível superior. Contudo, com pouco interesse em pessoas. Um dado salutar por ele, para a autora, diz respeito às oito mães, dentre as onze, que possuíam graduação, coisa incomum, na época. As crianças, estudadas por Kanner, tentavam manter o mundo externo distante, comportamento esse que se justificava por diferentes fatores, principalmente a observação de recusa alimentar nos primeiros meses de vida, evidenciando a comida como a primeira intrusa do mundo externo em suas vidas.

Outro estudioso do psicólogo Kanner, foi Stelzer (2010). Esse autor, destaca que Kanner, em sua descrição original, cunhou o termo “autismo infantil precoce”, bem como sugeria que o autismo tinha origem em alterações de interação entre a criança e seus pais, criando o termo “mãe geladeira”. Ao descrever os pais das crianças autistas, fê-lo afirmando que eram frios, ausentes e distantes (PEARCE, 2006 *apud* STELZER, 2010).

Em suas anotações pessoais, Kanner afirmou que as crianças autistas eram bem observadas pelos seus pais, ou seja, eram pais preocupados, capazes de relatarem com detalhes seus filhos, aspecto esse poucas vezes identificado em sua prática clínica (SILVERMAN et al., 2007 *apud* STELZER, 2010).

A partir dessas pesquisas, Leboyer (1995) infere que Kanner pôde estabelecer as diferenças entre o autismo e a esquizofrenia, discordando, assim, do que havia sido afirmado por Bleuler. Conforme a autora, ele descreveu, com pormenores, o que julgava ser uma condição neurológica única, que era aparentemente decorrente da incapacidade de estabelecer vínculos afetivos

próximos com outras pessoas e para tolerar modificações menores do ambiente e das rotinas diárias. Para a autora, essa confusão se deu por causa de certos apontamentos de Bleuler. Consideremos suas palavras:

Bleuler na realidade sugere, primeiramente, um “retraimento” fora das relações sociais enquanto Kanner descreve uma incapacidade de desenvolver o relacionamento social; em segundo lugar, ele implica uma vida imaginária rica, enquanto as observações de Kanner sugerem uma falta de imaginação; e em terceiro lugar, ele postula uma ligação com a esquizofrenia dos adultos (LEBOYER, 1995, p. 10).

A autora, nos lembra que Kanner, no decorrer de suas pesquisas, ainda, revisou diversas vezes o conceito de autismo. Anos mais tarde Kanner, com o advento dos avanços da ciência, reforma a afirmativa que fizera delegando aos pais a responsabilidade pelo autismo do filho.

Pode-se afirmar que as crianças com autismo, descritas por Kanner, apresentavam dificuldades em entender as regras de convívio social, de entender a comunicação não-verbal, a intencionalidade do outro e o que os outros esperavam dela.

O documento, Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015), nos revela que um ano após as primeiras descrições de Kanner, em 1944, Hans Asperger, um médico austríaco, escreveu um artigo intitulado “Psicopatologia Autística da Infância”, no qual descreve crianças muito parecidas com as descritas por Kanner. Conforme o documento, as características apresentadas por Asperger foram:

[...] as características autistas apareceriam a partir do segundo ano de vida e seriam persistentes. Haveria pobreza de expressões gestuais e faciais e, quando as crianças eram inquietas, sua movimentação era estereotipada e sem objetivo, podendo haver movimentos rítmicos repetitivos. Suas falas seriam artificiais, mas teriam atitude criativa em relação à linguagem, exemplificada pelo uso de palavras incomuns e neologismos. Outro ponto positivo seria sua capacidade de enxergar eventos a partir de um ponto de vista original, com campos de interesses diferentes dos apresentados pelas outras crianças de sua idade (especialmente ligados às ciências naturais), o que desvelaria sua surpreendente maturidade (BRASIL, 2015, p. 21-22).

Verifica-se, assim, diferentes características daqueles que possuem essa síndrome. Desse modo, seu diagnóstico se faz complexo, o que demanda estudos de áreas diversas.

Os trabalhos, realizados por Hans Asperger, destacam Marinho e Merkle (2009), permaneceram desconhecidos, e somente em meados de 1980 passou a ser divulgado por meio de Lorna Wing, que estabeleceu relações e semelhanças entre os dados produzidos por ele e os estudos que estavam sendo realizados nos Estados Unidos e Inglaterra. Wing juntamente com Gould em 1979, por meio de um estudo realizado, reconheceu que ambos (Kanner e Asperger) apresentavam pontos em comum e basicamente a mesma tríade sintomática.

Lorna Wing (1997), outra estudiosa desse transtorno, revela que as pessoas com autismo possuem três grandes grupos de perturbações. Essa tríade manifesta-se em três áreas de domínios, sendo eles a área social, a linguagem e comunicação e do comportamento e pensamento.

Na interação, Wing (1997) assinala que o desenvolvimento torna-se perturbado, apresentando dificuldades de relacionamento. A criança com autismo tende a isolar-se ou interagir de forma estranha, não respeitando regras sociais, bem como se comportando fora dos padrões sociais. Desta maneira, destaca-se diversas características relacionadas a essa área como: não estabelecer contato visual e expressões faciais, relação com os pares, primar pela rotina, podendo se isolar ou interagir de maneiras fora dos padrões habituais. Essas características, frequentemente, se manifestam nos primeiros anos de vida, sendo que nesse período a criança tende a gostar de colo e responder a contatos visuais. A criança autista responde a esses estímulos com rispidez e postura rígida, ao contrário do esperado.

Quanto à área da linguagem, constata-se que a criança apresenta padrões diferentes dos normais. Wing (1997) infere que ela possui linguagem repetitiva e estereotipada, não conseguindo iniciar e nem manter uma conversa, ou seja, uma linguagem ecolalia e reversão de pronomes. A ecolalia apresenta-se de duas formas: a ecolalia imediata e a tardia. Na ecolalia imediata, a criança com autismo repete quase que imediatamente o que acabou de escutar de outra pessoa. Já a ecolalia tardia, a criança demora algum tempo para repetir o que escutou. Desta

maneira, a ecolalia pode ser entendida como uma forma, do autista tentar estabelecer uma relação social, considerando que seu repertório será limitado.

A terceira área afetada é a do comportamento e memória caracterizada pela rigidez de pensamento e comportamento, anêmica imaginação social, comportamentos ritualistas e obsessivos e necessidade de seguir rotinas. Quanto à imaginação “[...] a criança autista apresenta peculiaridades de memória, parecendo lembrar de objetos e fatos exatamente como os vê” (WING, 1997, p. 105). Diante desses atributos, para autora, a educação deve partir do conhecimento sobre a síndrome e das habilidades que a criança possui para, então, ajudá-la a desenvolver-se ao máximo.

Schawartzman (1997) apresenta que Hans Asperger, em seu estudo, descreveu uma condição a qual denominou de psicopatía autística, em que os sujeitos apresentavam características e desvios nas áreas da comunicação, interação social e comportamento/jogos simbólicos. Características essas presente no que denomina-se espectro das desordens autísticas, pois envolve situações diferentes umas das outras. A respeito do conjunto desse espectro, de acordo com o autor, é aceitável que “[...] algumas condições são variantes quantitativas de um mesmo conjunto de sinais e sintomas” (SCHAWARTZMAN, 1997, p. 190). Assim, o autor ainda destaca que:

[...] aos que aceitam a existência deste Espectro, condições como tríade (descrita por Wing), a Síndrome de Asperger (SA) e o autismo Infantil (Kanner) representariam um *continuum* psicopatológico diferindo, principalmente, quanto à severidade dos sinais e sintomas presentes na área da:

- a) atenção;
- b) motricidade e
- c) percepção (SCHAWARTZMAN, 1997, p. 190, grifo do autor).

Entende-se, assim, que as condições presentes nas diferentes descrições sobre o autismo, levam ao mesmo conjunto de sinais e sintomas, o qual teve como definição a partir do DSM-V, Transtorno do Espectro Autista. Esse manual estabelece critérios para definição, desse transtorno, em grau leve, moderado ou severo.

Schawartzman (1997), destaca que o desenvolvimento motor dos indivíduos com Asperger é normal ou atrasado, sendo aparentemente desajeitados e apresentando dificuldades psicomotoras. Em relação aos elementos não verbais da



comunicação, mesmo utilizando do contato visual, apresentam dificuldades em comunica-se pelo olhar. Os indivíduos com Asperger apresentam ainda, interesse por assuntos peculiares, o que na maioria das vezes, era o motivo que incomodava os pais, e os direcionavam em busca do diagnóstico de uma provável superdotação. Sobre isso, Schawartmam (1991) sublinha que:

[...] na sua descrição original, Asperger afirma que esta condição se acompanhava por inteligência normal, boa criatividade e capacidade imaginativa. Sabemos, entretanto, hoje que em cerca de 20% dos casos identificados há retardo mental em graus variados” (SCHAWARTZMAN, 1997, p. 191).

Percebe-se uma taxa considerável de retardo mental. Muitas vezes, somos enganados ao superestimá-los diante de seu vocabulário expandido. O autor também destaca que “[...] na verdade, muitas dessas habilidades nada mais são do que a repetição de dados decorados e repetidos de forma quase que estereotipada” (SCHAWARTZMAN, 1997, p. 192).

Como o autismo clássico de Kanner, a Síndrome de Asperger pode ter suas características precocemente observadas, principalmente em idade pré escolar e adolescência, melhores definidas, por meio de um quadro psicopatológico. Ademais, os pacientes, ou seus pais, só procuram respaldo médico quando problemas escolares, de relacionamento ou até mesmo psiquiátricos surgem de maneira agravante e perturbadora.

Ao comparar os dois estudos, percebe-se que, nos casos estudados por Kanner, as crianças autistas demonstravam-se boas relações com os objetos, já os casos de Asperger teriam relações atípicas com as pessoas e objetos, ignorando certos objetos do ambiente e fixando em outros. Asperger atribuiu tais problemas a “[...] uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre aspectos psicodinâmicos” (ASPERGER, 1991 *apud* BRASIL, 2015, p. 22).

O campo psiquiátrico, no que diz respeito ao autismo, alterou-se ao longo dos anos, perpassando pelas influências das teses biológicas, dos depoimentos e biografias de autistas. Estes defendiam concepções voltadas para os aspectos orgânicos e intervenções comportamentais e pelas teses psicodinâmicas que passaram a contar com a explicação psicológica cognitivista (BRASIL, 2015).

Quanto às causas, Orrú (2009), conclui que os possíveis agentes geradores do Espectro Autista configuram-se ainda polêmicos. Averigua-se, desde motivos psicológicas, disfunções cerebrais, alterações de neurotransmissores e fatores ambientais como definidores da síndrome até os de natureza genética. Porém, com o passar do tempo, os critérios que se respaldavam em comportamentos anormais vagos deram lugar a critérios específicos, relacionados à alterações no desenvolvimento da interação social, comunicação e das atividades.

Constata-se que avanços nos estudos, a respeito do autismo, ocorreram a partir da década de 1970, tanto na literatura especializada para o diagnóstico quanto nos estudos referentes ao enfoque de suas possíveis causas. Vale frisar, de acordo com Orrú (2009), que foi nessa época que as pesquisas apontaram que: a epilepsia era 60 vezes mais frequente entre os autistas do que na população geral; e 75% dos casos de autismo apresentavam deficiência intelectual.

Esses dados eram justificados pela decorrência de possíveis danos neurológicos extensos, os quais, segundo os estudiosos da época, provocavam limitações em uma série de processos evolutivos. Esses elementos, evidenciavam que o autismo era decorrente de processos neurobiológicos e não mais os distúrbios psicológicos. Consideremos as palavras da autora nessa direção:

O que sabemos é que existem diversos aspectos atípicos do autismo, identificados em descrições que abrangem suas características clínicas e neurológicas, alterações eletroencefalográficas, neuroanatômicas, citogenéticas ou bioquímicas; tais pesquisas, porém, analisam esses assuntos de forma isolada ou associada apenas à parte deles (ORRÚ, 2009, p. 28).

Vale ressaltar que, comumente o diagnóstico de doenças é realizado com base em resultados concretos (por exemplo, exames laboratoriais) ou visíveis aos olhos (como é o caso da Síndrome Down). A ausência de indícios visuais dificultam o diagnóstico de autismo, os quais podem vir associados a outras condições clínicas. Portanto, há muito que se pesquisar para descobrir, de fato, a causa ou as causas do autismo.

Vejamos a seguir as diferentes possibilidades de tratamento e intervenção para amenizar os sintomas ou como deve-se lidar com os portadores do autismo.

## 2.1 TRATAMENTO E PRINCIPAIS FORMAS DE INTERVENÇÃO

O conceito de autismo vem sendo modificado, desde sua descrição inicial. Essas alterações sinalizaram diferentes questões relevantes quanto ao tratamento e intervenções desse transtorno.

Com base na teoria psicogênica, a psicoterapia para crianças e pais foi a primeira forma de tratamento indicado para os autistas. Stelzer (2010), nesse sentido, explicita que “[...] este tratamento apresentava taxas de sucesso extremamente baixas, de forma que foi gradualmente abandonado, juntamente com a teoria psicogênica, a partir dos anos 1970” (STELZER, 2010, p. 29-30).

A literatura aponta que, nos anos de 1960 e 1970, vários métodos terapêuticos, a partir de diferentes pressupostos teóricos foram direcionados aos autistas. Pode-se citar: orientação psicanalítica, com base no condicionamento operante; psicofarmacológica; educacional; psicoterapia com os pais, dentre outras. Contudo, não se obtinha melhoras sintomáticas na maioria deles (KANNER, 1971 *apud* STELZER, 2010).

Com o intuito de induzir respostas e comportamentos, na década de 1960 e 1970, foram empregadas terapias aversivas como, por exemplo, choque elétrico, contudo, estudos realizados naquele período constataram que a mesma era inútil, e geralmente as crianças desenvolviam medo do aparelho. Gradativamente essa terapia foi abandonada, tanto para o tratamento do autismo quanto para outras patologias (STELZER, 2010).

No que diz respeito a tratamentos farmacológicos, contata-se que foi utilizado o ácido D-lisérgico, conhecido como LSD, o qual é alucinógeno e altamente ilícito. Apesar de ter demonstrado melhoras sintomáticas no que diz respeito ao bem estar físico, contato com o ambiente e pessoas, alimentações e padrões de sono, por motivos óbvios foi abandonado.

Posteriormente, com a crença de que o autismo estivesse relacionado com à vacinação, ou seja, com intoxicação por mercúrio, foram propostos tratamentos com agentes quelantes, capazes de remover o metal no organismo. Torna-se válido ressaltar que não foi observado resultado algum com esses medicamentos, porém continuam à venda podendo ser encontrados inclusive em sites na internet. Stelzer (2010) afirma que um dos tratamentos indicados, posteriormente aos quelantes, foi o

tratamento comportamental. O tratamento comportamental se efetivava por meio de punições, na maioria dos casos, em que tanto terapeuta quanto os pais indicavam qual comportamento desejado gostariam que a criança apresentasse. Neste treinamento, fazia-se necessário um ambiente extremamente organizado, com horários agendados e controle de estímulos e comportamentos condicionados. O reforço positivo era dado por meio de alimentos. Quando as crianças apresentavam crise de perda de alto controle de agressividade, eram colocadas em quartos isolados com pouca mobília. Como terapia aversiva, eram indicados tanto choques elétricos quanto palmadas.

Com avanço da ciência, diversos tratamentos comportamentais foram sendo desenvolvidos, dentre eles, destacamos os métodos *Treatment And Education Of Autistic And Related Comumunication Handicapped Children* -TEACCH, Análise Aplicada do Comportamento - ABA e Sistema de Comunicação através de trocas de figuras - PECS.

O método de Tratamento e Educação, para Crianças com Autismo e Distúrbios Correlatos da Comunicação - TEACCH, de acordo com Mello (2007), foi desenvolvido nos anos de 1960 no departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Carolina do Norte, Estados Unidos, pelo Dr. Eric Eschopper. Atualmente é utilizado em diversas partes do mundo.

Mello (2007) assinala que o método TEACCH utiliza uma avaliação chamada Perfil Psicoeducacional Revisado - PEP-R, para avaliar a criança. Esse procedimento, leva em conta os pontos fortes e as maiores dificuldades da criança. Nesses termos, a autora afirma que:

O TEACCH se baseia na organização do ambiente físico através de rotinas organizadas em quadros, painéis ou agendas - e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela. Através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH visa desenvolver a independência da criança de modo que ela necessite do professor para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte de seu tempo ocupando-se de forma independente (MELLO, 2007, p. 36).

As experiências têm mostrado, de acordo com a autora, que o método quando bem utilizado pode oferecer resultados muito satisfatórios, ajudando de forma significativa essas pessoas. Ressalta que os resultados não acontecem de

maneira milagrosa, exige muito trabalho e persistência, por meio de um trabalho direcionado às características individuais de cada aluno.

Já a Análise Aplicada do Comportamento - ABA, visa ensinar a criança com autismo habilidades que ela ainda não possui, por meio da introdução dessas habilidades por etapas. Mello (2007), no que tange à essas habilidades, enfatiza que:

Cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução. Quando necessário, é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo seja possível, para não tornar a criança dependente dele. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é uma recompensa. Quando a recompensa é utilizada de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta (MELLO, 2007, p. 37).

Esse método privilegia duas características, consideradas de suma importância, o aprendizado agradável e o ensinar as crianças a identificar os diferentes estímulos.

Quanto ao Sistema de Comunicação através de trocas de figuras – PECS, foi “[...] desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação” (MELLO, 2007, p. 39). O PECS, geralmente, é utilizado com autistas que não se comunicam ou que possuem baixa eficiência na comunicação. Esse sistema visa ajudar a criança a perceber que, por meio da comunicação, ela pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a, então, a comunicar-se. Vale ressaltar que o PECS é relativamente fácil de aprender e pode ser aplicado em qualquer lugar.

De acordo com Mello (2007), atualmente, contamos com uma gama de tratamentos, tais como psicoterapêuticos, fonoaudiólogos, equoterapia, musicoterapia. Esses recursos, não são específicos para o tratamento do autismo, porém, muito utilizados a partir das características dos indivíduos com autismo, ou seja, adaptados às suas necessidades. O entanto, muitos estudos provocaram esclarecimentos relevantes sobre a síndrome, os quais são pertinentes para essa pesquisa.

## 2.2 A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, de acordo com Viana (2010), surgiu com o objetivo de classificar os transtornos mentais. As classificações variavam na fenomenologia, etiologia, curso e limites. Nos EUA, por volta de 1840, começou-se a anotar casos de “idiotia/insanidade”. Em 1880, com a realização de um censo em instituições psiquiátricas norte-americanas sete doenças foram catalogadas: mania, melancolia, epilepsia, monomania, demência, dipsomania, parestesia.

Já no século XX, mais precisamente em 1917, a *American Medico-Psychological Association* (antecessora da APA) e outros órgãos governamentais começaram a coletar dados nos Hospitais Psiquiátricos. Desde então, desenvolveram um sistema classificatório das desordens mentais mais consistentes, ainda que funcionasse mais como uma classificação estatística do que como um manual de diagnóstico.

Em 1921, a *American Medico-Psychological Association* mudou seu nome para Associação de Psiquiatria Americana - APA. Com o advento da Segunda Guerra, surgiu a necessidade de uma classificação mais precisa, que também descrevesse características de personalidade e outros critérios. Concomitantemente, estava sendo elaborada a sexta versão da Classificação Internacional de Doenças – CID. Esse documento, incluiu pela primeira vez uma sessão sobre doenças mentais: a saber: 10 categorias de psicoses e psiconeuroses e 7 categorias de transtornos de caráter, comportamento e inteligência. Com o desenvolvimento de nomenclaturas para desordens mentais, realizado pelo exército americano, para o tratamento dos veteranos da guerra associado à insatisfação da psiquiatria norte-americana com a primeira classificação de desordens mentais incluída no CID-6, foi publicada em 1952 a primeira versão do DSM. Nessa primeira versão, foram listadas 106 desordens mentais (VIANA, 2010).

Nesta primeira versão do DSM, ainda conforme Viana (2010), constata-se o uso constante do termo “reação”, que foi fortemente influenciado pelas teorias psicobiológicas de Adolf Meyer. Esta, propunha que os transtornos mentais eram reações da personalidade a fatores biológicos, psicológicos e ambientais. O modelo teórico adotado pelos psiquiatras dos Estados Unidos era influenciado por ideias da

psicanálise. Essas ideias estavam vinculadas ao entendimento da saúde e da doença mental como um estado transicional fluido, sendo que um indivíduo dito “normal” poderia adoecer se exposto a traumas severos.

Depois da publicação da primeira versão do DSM, a OMS reviu as classificações do CID6, porém não incorporou mudanças significativas na versão do CID7. Essa ação gerou novamente insatisfações pelos profissionais da psiquiatria, levando a OMS convocar um grupo de trabalho, dentre eles, membros da APA, para reavaliar a classificação do DSM-I.

No ano de 1968, foram publicadas novas versões das classificações, a CID-8, que absorveu novas categorias, e o DSM-II, que passou a conter 182 desordens mentais e retirou o termo “reação”. O DSM-III começou a ser elaborado em 1974 e foi publicado 4 anos mais tarde, em 1978. Este manual, conforme afirma Viana (2010), representou uma grande revolução nos termos e métodos para a avaliação e o diagnóstico dos transtornos mentais, com critérios específicos para o que é um transtorno e como ele se diferencia dos demais, o qual anteriormente era influenciado pelo modelo da psiquiatria social psicodinâmica. Vale ressaltar que, dentro da comunidade psiquiátrica, havia insatisfações com pesquisas produzidas dentro desse modelo anteriormente vigente.

Em 1977, Khoury et al. (2014) explicita que iniciam-se novamente grupos de estudos para revisar o manual. O processo revisional foi seguido por diversas críticas da comunidade psiquiátrica. Os críticos avaliavam que os revisionistas procuravam retirar da nova versão qualquer menção à etiologia das doenças, afastando-se, assim, da nomenclatura existente no CID-9, a versão da época da classificação da OMS. Questionaram a intenção dos revisores do DSM em retirar a categoria “neurose” como entidade nosológica.

A retirada da categoria foi considerada como “a pá de cal” no modelo psicodinâmico e psicossocial da psiquiatria. Mediante tal fato, para impedir que a nova versão fosse renegada pela classe psiquiátrica, fizeram algumas concessões, como a manutenção da categoria “transtorno neurótico”, com a devida explicação na introdução do manual sobre a diferença entre o transtorno (como conceito descritivo) e o processo neurótico (como um conceito etiológico). Com as devidas concessões e consensos, o DSM-III foi publicado em 1980, com 265 categorias diagnósticas.

Após três anos, o mesmo manual foi reformulado, passando a ser chamado de DSM-III-R, publicado no ano de 1987. Essa reformulação complementou as definições já existentes, incluindo também novas categorias. Em 1994, a APA publicou a quarta versão do DSM, a qual manteve a orientação descritiva das duas anteriores com poucas alterações na versão DSM-III-R.

A nomenclatura para o DMS-IV e o CID-10 foi padronizada, finalmente. A partir de 1999, a APA, por meio de pesquisas, passou a investigar as possíveis falhas e conceitualizações em alguns transtornos mentais, a qual passou por uma revisão em 2002. Assim, entre os anos de 2003 e 2008, um total de 13 conferências internacionais foram realizadas, com 400 participantes de 39 países, com intuito de inventar um profundo levantamento das produções acadêmicas e teóricas sobre os transtornos mentais. Essas conferências forneceram as bases para o início da elaboração do DSM-5 (VIANA, 2010).

Até o começo de 2013, o autismo era baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Estes utilizavam os termos Transtorno Global do Desenvolvimento - TGD e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento - TID (KHOURY et al., 2014). As classificações diagnósticas eram descritas da seguinte forma:

<b>CID-10</b>	<b>DSM-IV-TR</b>
<p>TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO (TGD):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autismo Infantil,</li> <li>2. Autismo Atípico,</li> <li>3. Síndrome de Rett,</li> <li>4. Transtorno Desintegrativo da Infância,</li> <li>5. Transtorno com Hipercinesia associada a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados,</li> <li>6. Síndrome de Asperger,</li> <li>7. Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e</li> <li>8. Transtornos Globais do Desenvolvimento Não Especificados<sup>3</sup></li> </ol>	<p>TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO (TID):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transtorno Autista,</li> <li>2. Transtorno de Rett,</li> <li>3. Transtorno Desintegrativo da Infância,</li> <li>4. Transtorno de Asperger e</li> <li>5. Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação<sup>4</sup></li> </ol>

Fonte: Desenvolvido por Alencar (2017)

<sup>3</sup> Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10.<sup>a</sup> Revisão (CID-10). OMS, 2000. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm> >.

<sup>4</sup> American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais-4.<sup>a</sup> Edição Revisada (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.



De acordo com o DSM-IV-TR, o Transtorno Autista - TA, caracteriza-se por um quadro clínico, em que prevalecem “[...] prejuízos na interação social, nos comportamentos não verbais (como contato visual, postura e expressão facial) e na comunicação (verbal e não verbal), podendo existir atraso ou mesmo ausência da linguagem (KHOURY et al., 2014, p. 9).

Observa-se que, apesar dos manuais de classificação citados anteriormente, utilizam-se os termos TGD e TID, de acordo com Khoury et al. (2014). Há mais de 20 anos que o termo Transtorno do Espectro do Autismo - TEA é utilizado apenas para aludir três transtornos arrolados ao TGD ou ao TID, são eles: o transtorno autista, o transtorno de Asperger e o transtorno global ou invasivo do desenvolvimento sem outra especificação. Ou seja, nem todos os transtornos classificados por esses manuais são considerados na categoria diagnóstica dos Transtornos do Espectro Autista - TEA. Dessa forma, o transtorno de Rett e o transtorno desintegrativo da infância não fazem parte desse espectro.

Em 2013, a tríade de sintomas, no que diz respeito ao autismo, que modela déficits de comunicação separadamente de prejuízos sociais do DSM-IV, foi suprida, na nova edição do DSM por um modelo de dois domínios composto por: um domínio referente a déficit de *comunicação social* e um sobre *comportamentos/interesses* restritos e repetitivos.

O DSM-5 agrupou e incluiu quatro das cinco categorias dos TID do DSM-IV na condição de Transtorno do Espectro do Autismo - TEA. Foram elas: Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esses transtornos no DSM-V não terão mais validade em termos de condições diagnósticas distintas e passarão a ser considerados no mesmo espectro do autismo. Deste modo, o “[...] Transtorno de Rett não foi considerado como um dos TEA e, sim, uma doença distinta (KHOURY et al., 2014, p. 11).

Desta forma, para a realização do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, segundo o DMS-V, faz-se necessário o preenchimento dos critérios referentes aos Déficits constantes na comunicação e interação social. Estes são presentes em diferentes contextos, em manifestações atuais, ou histórias precedentes, a saber:

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2).

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento (ver Tabela 2).

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits

acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Especificar se:

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante.

Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante.

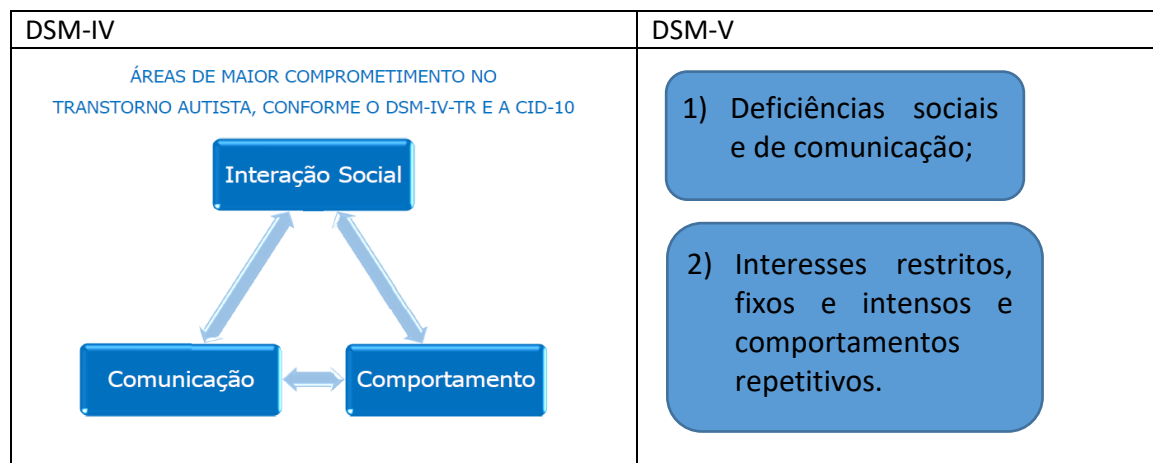
Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental.

(Nota para codificação: Usar código adicional para identificar a condição médica ou genética associada).

Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental (Nota para codificação: Usar código[s] adicional[is] para identificar o[s] transtorno[s] do neuro-desenvolvimento, mental ou comportamental associado[s].)

Com catatonia (consultar os critérios para definição de catatonia associados a outro transtorno mental, p. 119-120) (Nota para codificação: usar o código adicional 293.89 [F06.1] de catatonia associada a transtorno do espectro autista para indicar a presença de catatonia [...] (DSM 5, 2014, p. 50-51).

O autismo, por estar definido apenas por um conjunto de sintomas, admite-se que sua melhor representação aconteça por meio de uma única categoria diagnóstica, adaptável a qual permite incluir especificidades clínicas. Assim, os três domínios antes presentes no DSM-IV, passam a ser dois no DSM-V:



Fonte: KHOURY et al., 2014, p.12.

Fonte: ALENCAR, 2017

De acordo com essa nova versão do DSM, os déficits na comunicação e comportamentos sociais são inseparáveis e devem ser avaliados de forma mais cuidadosa quando identificados como um único conjunto de sintomas, ou seja, com especificidades contextuais e ambientais. No que diz respeito à linguagem, os atrasos não são características específicas dos TEAs e sim fatores que influenciam nos sintomas clínicos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Conceituar o termo Transtorno do Espectro Autista e as suas transformações nas últimas décadas.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Contextualizar historicamente o percurso do atendimento às pessoas com TEA, a partir de uma escola de educação especial.
- Investigar como se deu o início do atendimento às pessoas com TEA, em uma cidade da região noroeste do Paraná.

## 4 METODOLOGIA

Para responder aos objetivos do presente estudo, realizamos uma pesquisa de campo. Conforme Lakatos e Marconi (2003) entende-se, essa metodologia, como aquela utilizada com o “[...] objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 186).

O percurso metodológico deste estudo perpassou por levantamento bibliográfico sobre estudos referentes ao autismo como: Stelzer (2010), Cunha (2009), Orrú (2009) e Mello (2007), dentre outros, bem como por pesquisa de campo junto a profissionais que atuam na instituição de ensino que atendem as pessoas com TEA. A saber: uma coordenadora de projetos e uma diretora. Os dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas.

Lakatos e Marconi (2003) definem pesquisa semiestruturada como:

[...] aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano (LAKATOS, 2003, p.186).

As informações aqui levantadas serão disponibilizadas à instituição pesquisada, para compor seu acervo. Assim sendo, mantivemos apenas as iniciais dos nomes dos atores que participaram da pesquisa.

## 5 PESQUISA DE CAMPO: RESULTADOS

A pesquisa de campo realizou-se junto a profissionais que atuam na escola de educação especial. Os entrevistados foram a diretora, O.B, a qual respondeu o primeiro questionário (em anexo). O segundo questionário (em anexo), foi aplicado com a coordenadora de projetos M.H. Ambos questionários foram aplicados por meio da forma oral de entrevista.

Os dados foram levantados por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram transcritas na íntegra, para compor os resultados. Os resultados foram analisados e por meio, deles observou os aspectos físicos e pedagógicos da Instituição. Percebeu-se a pertinência social do trabalho desenvolvido por essa escola.

### 5.1 ASPECTOS GERAIS DA INSTITUIÇÃO

A escola de educação especial, foi fundada a partir da necessidade sentida por pais de crianças autistas. A esse respeito, a coordenadora de projetos, M.H descreve que:

Na realidade a ama nasceu da necessidade dos pais terem algum lugar para levar seus filhos pois aqui em Maringá não tinha, algumas crianças iam na APAE, mas os pais não estavam satisfeitos porque são autistas e a APAE trabalha com deficientes intelectuais, então eles se reunirão na casa de uma das mães e resolveram fundar a associação isso lá em 92, depois disso não satisfeitos, pois só eram os pais que se reuniam e trocavam experiências, eles resolveram abrir um espaço para atendimento dos filhos também (M H).

Esse dado é confirmado no Projeto Político Pedagógico - PPP, onde lê-se que, assim como em outros estados do Brasil, a iniciativa por fundar uma associação estava correlacionada com interesse em se estabelecer diagnósticos e a busca por atendimentos.

Segundo a coordenadora de projetos, no período em que a Associação foi fundada não houve muito impacto, pois “[...] o autismo era uma síndrome muito rara e as pessoas não tinham conhecimento” (M H).

Para que houvesse a criação da Associação, foi preciso diversos processos de trâmites legais.

Na realidade para se fundar uma associação a primeira coisa que se tem que fazer é constituir uma diretoria, a partir do momento que você constitui uma diretoria faz uma ata e registra aí você vai em busca das outras normativas, que a gente precisa de uma utilidade pública municipal que é a primeira coisa, precisa estar inscrita nos conselhos, hoje temos o conselho municipal da assistência social, tem o conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente, o conselho da pessoa com deficiência, então através do trabalho, através da organização administrativa da diretoria, após fazer o registro dessa diretoria com atas, você vai em busca das documentações que são necessárias para buscar recursos (M H).

A Associação foi fundada, assim, no dia 1º de setembro de 1992, pelo grupo de pais com a missão, de “[...] proporcionar à pessoa com autismo uma vida digna, oferecendo às famílias instrumentos para convivência no lar e em sociedade e difundindo o conhecimento acumulado” (PPP, 2016, p. 11).

Essa missão seria a razão da existência da associação, delimitando e orientando suas ações dentro do espaço que desejaria ocupar na sociedade. Para agilizar o processo de organização e estruturação da entidade, foram feitas inúmeras reuniões para que se desse os encaminhamentos necessários à documentação para o seu reconhecimento legal, assim como para a elaboração de Estatuto próprio. Esse está registrado em Registro civil de pessoas jurídicas na cidade em que a escola encontra-se instalada, com o n.º 428746. Após esse encaminhamento, não tardou para que a instituição conseguisse reconhecimento a nível municipal, estadual e federal.

No ano de 1994, a escola, de acordo com o PPP, consegue reconhecimento como entidade de Utilidade Pública Municipal, n.º 3696/94, pela lei nº 2346/88. Esse reconhecimento deu à instituição o poder de reivindicar nos órgãos competentes a isenção de contribuição destinada à seguridade social, pagamento de taxas cobradas pelo cartório e imunidade fiscal. Além disso, a instituição passa a ter acesso a verbas destinadas à continuidade do trabalho social e educativo desenvolvido em prol do bem comum.

No dia 30/05/1996, por meio da lei n.º 11396, a associação é reconhecida como Entidade de Utilidade Pública Estadual. No ano seguinte, de Utilidade Pública Federal, pelo processo MJ 24220/95-20. Nesse mesmo ano, a instituição se registra no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, sob o n.º 44006.000960/97-46 e conseguiu o certificado de Entidade com Fins Filantrópicos, sob o processo n.º

4.400.6.000960/97-46. Por fim, em julho de 1998, filiou-se à Associação Brasileira de Autismo – ABRA, fazendo parte de sua diretoria.

Sobre as parcerias estabelecidas com a instituição, a coordenadora de projetos relatou que:

Uma das primeiras parcerias estabelecidas foi com a fundação que hoje é a Secretaria de Assistência Social, e Secretaria municipal de educação que mantiveram-se até 2004, quando a Associação obteve a autorização de funcionamento também como escola, assim vieram as demais parcerias com as faculdades e instituições de ensino superior, como a UEM, a UNICESUMAR e também a UNINGÁ. A partir de então foi buscando-se as parcerias que pudessem vir somar com a instituição para o desenvolvimento dos alunos (M H).

O atendimento feito por essa associação “[...] sempre foi para pessoas com autismo, no início já atendemos crianças a partir de 9 meses de idade, que já seria diagnosticado por uma neurologista” (M H). Os critérios utilizados para realização da matrícula era primeiramente ser diagnosticado, pois “[...] Além disso era feita uma avaliação, mas para passar por ela, era necessário o encaminhamento do médico com diagnóstico já fechado” (M H). Desta maneira, a escola de educação especial, iniciou seus trabalhos atendendo “[...] 12 crianças, e só foi aumentando” (M H).

Conforme a instituição foi se estruturando e a demanda, em termos de números de alunos foi aumentando, sentiu-se a necessidade de construir um espaço próprio. A ideia inicial era de suprir as necessidades durante uns 20 ou 30 anos. Assim a coordenadora relata que:

Quando foi feita a mudança não havia terminado toda a construção, só estava pronta a parte das salas de aula e o refeitório, o restante só estava levantado era aberto e não tinha grade, mas como a instituição estava pagando aluguel foi de decisão da maioria mudar e aos poucos terminar o restante, somente após dois anos é que foi possível terminar tudo (M H).

Ainda no ano de 2010, a associação passou a receber doações da Central Geral do Dízimo e da Fundação Albrecht, que ofereceu recursos para terminar a construção. Desta maneira, a escola de educação especial iniciou seus trabalhos atendendo 12 crianças. Esse número aumentou significativamente e sempre com critérios diagnósticos para respaldar o atendimento. Conforme a coordenadora:



Sempre foi para pessoas com autismo no início já estiveram atendendo crianças a partir de 9 meses de idade, que já seria diagnosticado por uma neurologista. Além disso era feito uma avaliação, mas para passar por ela, era necessário o encaminhamento do médico com diagnóstico já fechado (M H).

Os profissionais, que atendiam na escola a princípio, eram contratados por cedência, termos de convênio e também pelos voluntários. O atendimento a princípio, era de reabilitação, apenas mais tarde passou a oferecer atendimento pedagógico. Desse modo, a coordenadora destaca que: “[...] Atendia apenas com reabilitação, somente a partir de 2004 passamos a atender como escola, desta forma a educação veio a somar com o trabalho social e de reabilitação feito pela Associação” (M H).

Essa mudança começou a ser refletida no ano de 2003. Em uma Assembleia Geral Extraordinária, contando com a participação de todos os envolvidos, foi decidida uma nova denominação para a instituição.

A escola de educação especial foi autorizada a funcionar a partir de 22 de setembro de 2004, sob a resolução n.º 3139/04. No Projeto Político Pedagógico consta que:

Em 20 de dezembro de 2005 foi celebrado o Convênio de Cooperação Técnica e Financeira com a Secretaria de Estado da Educação, publicado no Diário Oficial do Paraná em 27 de dezembro de 2005, garantindo assim a aprendizagem, o respeito, a ética e o direito social do Autista e de sua família a participarem de experiências e vivências pessoais e coletivas como cidadão ( PPP, 2016, p. 13).

Constata-se, assim, um movimento necessário para respaldar com qualidade o desenvolvimento das crianças atendidas pela associação.

A entidade reconhece e endossa a importância não apenas do atendimento em reabilitação, mas o pedagógico, por meio da parceria estabelecida com a Secretária do Estado. Nesse sentido, M. H. explicita que:

A parte pedagógica que antes não era legalizada, passou a ser, ou seja, assim como já se tem outras parcerias o Estado também passou a ser um parceiro da Associação, fornecendo a escola autorização de funcionamento, que acontece por meio de um processo que é montado para que se efetue a legalização (M H).

A partir dessa mudança, a rotina da Associação também foi radicalmente alterada, dando oportunidade de expressão, tanto para os alunos que conseguiam utilizar a linguagem oral, quanto para os que não possuíam linguagem oral. Consideremos o que a coordenadora afirmou a respeito:

Por exemplo, a grande maioria dos alunos não consegue verbalizar e com a mudança aqueles que conseguiram ser alfabetizados foi muito bom, pois o que não conseguiam expressar por meio da fala, escreviam. Desta maneira pode-se dizer que o comportamento deles muda. A educação é essencial para qualquer ser humano e para eles não é diferente, a educação faz a diferença (M H).

Vale frisar que, apesar dessas mudanças, a associação manteve autonomia na deliberação quanto à administração da parte pedagógica da Escola De Educação Especial, pois, “[...] ela tem toda a parte administrativa para manter a escola [...] todos os recursos são via associação, que daí vai direcionar de acordo com as necessidades, a Escola administra apenas a parte pedagógica” (M H).

As referidas deliberações são realizadas pela diretoria da associação, compreendendo os seguintes cargos:

<b>Cargos</b>
Presidente
Vice-presidente
1º secretário
2º secretário
1º tesoureiro
2.º tesoureiro
Diretor patrimônio
Diretora jurídica
Diretor relações públicas
Diretor extraordinário

Fonte: ATA 136/2016.

Sobre o quadro de funcionários a coordenadora esclarece que:

A atual diretoria se reúne no mínimo uma vez por semana, eles foram escolhidos por eleição que acontecem a cada dois anos, os pais se organizam em grupos para poder concorrer. Tivemos um presidente que ficou por um bom tempo porque ninguém queria assumir que é o José Antonio Moscardi que é um dos fundadores, depois nós tivemos o Rassam que ficou por um mandato, e agora a Iraci, no total foram três presidentes (M H).

Atualmente, a escola atende às modalidades de: educação infantil; ensino fundamental; educação de jovens e adultos, conforme descrição do quadro a seguir:

<b>ETAPAS</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>MODALIDADE</b>
Educação Infantil	Estimulação Essencial	De 0 a 3 anos
Educação Infantil	Educação Pré-Escolar (cronogramas)	De 4 a 5 anos
Ensino Fundamental, anos iniciais	Escolaridade	De 6 a 15 anos
Educação de Jovens e Adulto/Educação Profissional	EJA e Educação Profissional	A partir dos 16 anos

Fonte: PPP, 2016, p. 13.

A escola de educação especial pesquisada, ocupa no total uma área de 1.500 m<sup>2</sup>, sendo 554,29 m<sup>2</sup> de área construída. Apresenta um bloco administrativo, onde, no térreo, localizam-se salas para atendimentos dos técnicos, direção, secretaria, sala dos professores, dois banheiros masculino e feminino e um para visitantes numa sala de espera, recepção e almoxarifado. No pavimento superior, há dois banheiros, salão para reuniões e 2 salas reservadas à mantenedora da escola.

Apresenta dois blocos, com oito salas, que são utilizadas da seguinte forma: uma sala de Coordenação Pedagógica e materiais didáticos, uma sala para Assistente Social e Psicóloga, seis salas de aula. Este pavimento conta com banheiros: um masculino e um feminino com três sanitários cada um, sendo um com acessibilidade e dois chuveiros e um lavabo com três pias, sendo uma infantil em cada bloco de banheiro. Uma outra ala conta com cozinha, um refeitório, uma despensa, lavanderia e um banheiro. Ao fundo, tem uma área coberta e outra descoberta com gramado para recreação e lazer. Neste espaço, ao fundo, há um depósito onde são guardados materiais utilizados em eventos e promoções.

Anexa à cozinha, há uma construção com dois pavimentos, sendo o de cima com acesso através de escada. Embaixo, há um espaço coberto e uma sala. Em cima, são três salas e um banheiro.

Sobre o quadro dos profissionais, que prestam serviço à instituição, apresenta-se da seguinte forma:

<b>Função</b>	<b>Vínculo</b>	<b>/H</b>	<b>º</b>	<b>Graduação/Habilitação</b>
Direção	Estadual	0	1	Pedagogia/Ed. Especial
Secretário	Instituição	0	1	Organização/3º setor
Assistente Administrativo	Instituição	0	1	Ensino Médio
Nutricionista	Instituição		1	Nutricionista
Coordenadora/Projetos	Instituição	0	1	Pedagogia/Ed. Especial
Coordenadoras	Estadual	0	2	Pedagogia/Ed. Especial
Agente Operacional II	Instituição	0	1	Ensino Médio
Professores regentes	Estadual	0	0	Pedagogia/Ed. Especial
Professores regentes	Instituição	0	0	Pedagogia/Ed. Especial
Professores regentes	Instituição	0	1	Geografia/Ed. Especial
Profs. de Ed. Física	Estadual	0	3	Ed. Física
Profs. de Ed. Física	Instituição	0	1	Ed. Física
Profs. de Arte	Estadual	0	4	Arte/Ed. Especial
Profs. de Música	Instituição	0	1	
Instrutor de Informática	Instituição	0	1	Ensino Médio
Assistente Social	Instituição	0	1	Serviço Social
Psicóloga	Instituição	0	1	Psicologia
Psicopedagoga	Instituição	0	1	Psicopedagogia
Educador Social	Instituição	0	1	Pedagogia
Atendente	Instituição	0	3	Ensino Médio

Atendente	Instituição	0	2	Educação Fundamental
Serviços Gerais	Instituição	0	1	Educação Fundamental
Motorista	Instituição	0	1	Ensino Médio

Fonte: PPP, 2016, p. 15.

Na sequência, faz-se relevante destacar os aspectos pedagógicos da instituição quanto ao atendimento das crianças autistas.

## 5.2 ASPECTOS PEDAGÓGICOS

Em 2010, a associação foi transformada em Escola de Educação Básica na Modalidade de Educação Especial, e passou a compreender a estimulação essencial (0-3), educação infantil (4-6), ensino fundamental e Educação de Jovens e Adultos - EJA, pela resolução n.º 5280/11.

A partir dessa resolução, as atividades desenvolvidas pela escola passaram a ter como princípio o Projeto Político Pedagógico; as Diretrizes Curriculares do Estado do Paraná, com supervisão da Secretaria do Estado da Educação; Departamento de Educação Especial e Inclusão e Núcleo Regional de Educação de Maringá. Iniciou-se atendendo às áreas do conhecimento nas modalidades: Educação Infantil 0-3/ Educação Infantil 4-6/ Escolaridade nível I e II de 6-16/ EJA 16 sem limite de idade e Educação Profissional Fase Inicial ( PPP, 2016).

A Escola de Educação Especial, além dos programas de educação básica, de acordo com a diretora O. B., promove oficinas com trabalhos manuais, tais como produção de xuxinhas, tapetes em tear, cestarias com jornais e pinturas em geral.

O quadro de profissionais, que atuam na instituição, de acordo com O B" é multidisciplinar:

Professores, psicóloga, assistente social, pedagogas, além da fonoaudióloga que faz parte de um convenio com a UNINGÁ. Todos possuem formação superior e especialização em educação especial. E diariamente estão na instituição.

Contratados pelo Estado são 11 professores, do município não temos e os demais são contratados com recursos da própria AMA.

Apenas uma psicóloga escolar, que trabalha 40hrs semanais, contratada pela AMA, atende os alunos e pais com atendimento de orientação.

Uma assistente social, que trabalha 30hrs semanais, atende todos os alunos e pais, contratada pela AMA.

Duas pedagogas, uma contratada pelo Estado e outra pela AMA, cada uma 20hrs semanais.

Fonoaudiólogas não têm contratadas efetivas, apenas estagiários da UNINGÁ que acompanhados de seus professores atendem alguns alunos. Estão na AMA duas vezes por semana (O B).

De acordo com a diretora, a instituição possui 90 matrículas, mas comporta 96. Os alunos estão distribuídos nos períodos matutino e vespertino. São 18 turmas, no total nove no período matutino e nove no período da tarde. Cada turma tem no máximo 6 alunos, variando de acordo com a especificidade de cada aluno que compõe as turmas.

Nessas turmas, atuam um professor regente, o professor de educação física, artes e demais professores de projetos, que atendem em horários pré determinados, de acordo com a hora atividade do professor regente.

A referida escola atende os alunos nos períodos matutinos, das 7h30 às 11h40, e no período vespertino, das 13h às 17h40.

Para efetuar a matrícula nessa Escola de Educação Especial, é preciso de laudo médico, e, dependendo da idade, é encaminhado para os “cronogramas”, nome dado às formas de atendimento. A diretora, quanto ao atendimento, destaca que:

Um Atendimento Educacional Especializado, em que o aluno vem a AMA duas vezes por semana, tem uma professora que atende esses alunos que são os alunos de 4 a 5 anos. É uma parceria com os CMEIS, sendo que no restante dos dias e no outro período eles frequentam os CMEIS. Não é obrigatório que também frequentem os CMEIS. Mas a partir da educação infantil os pais devem optar por frequentar a escola de educação especial ou o CMEI (O B).

A diretora relata, ainda, que “[...] os pais e equipe pedagógica devem optar pela permanência na escola de educação especial, ou encaminhamento para escola regular” (O B). Mediante a lei, os alunos não podem possuir duas matrículas, ou seja, estarem matriculados em duas instituições ao mesmo tempo. Assim, explica a diretora:

Quando encaminhados para escolas regulares juntamente seguem os relatórios semestrais de desenvolvimento do aluno, e sua transferência. Nos meses de adaptação desses alunos, a psicóloga

da escola, faz acompanhamento junto com o CMEI, ou a escola onde o aluno foi direcionado, para saber como está ocorrendo o desenvolvimento e adaptação desse aluno (O B).

O acompanhamento e os relatórios efetivados, com intuito de evidenciar o processo de avaliação e desenvolvimento dos alunos, são feitos por meio de anamnese com a família do aluno, aplicando o *M-chat*, que é uma avaliação de cunho psicopedagógico, e provas piagetianas, dependendo da idade e faixa etária. Também é utilizado um *Checklist*, que se configura em uma avaliação de observação.

A coordenadora destaca que “[...] Além desses também são utilizados testes de QI como o Colúmbia, Wisch, Raven, esses não são feitos no ingresso, é preciso ter mais tempo para conhecer a criança e criar vínculo. Depois eles são aplicados a cada seis meses (M H)”.

A Escola de Educação Especial tem suas ações norteadas pelo Currículo Básico Comum (PARANÁ, 1990), com adaptações ao atendimento especializado de pessoas autistas, pois essas adaptações são necessárias, pois na escola “[...] não existe sala homogenia, o professor tem que adaptar o conteúdo para o aluno, de acordo com sua especificidade e o Projeto Político Pedagógico da instituição” (O B). Suas práticas pedagógicas, de acordo com a diretora, são voltadas “[...] a psicomotricidade, educação física, arte, passeios para museus, gincanas, festas, feiras culturais, etc.” (O B).

No que diz respeito aos métodos de ensino utilizados, a diretora pontua que:

[...] cada aluno é diferente então o método utilizado não é único e específico, atualmente o método quase fônico é o que está dando certo com os alunos da instituição, a AMA também busca utilizar de aulas experimentais e de campo, pois percebemos ao longo do tempo que esses alunos se adaptam e apresentam maior aprendizagem quando estão em contato direto com o assunto trabalhado. A perspectiva teórica adotada assim como a das escolas regulares também é o socioconstrutivismo.

Utilizamos o método quase fônico que é um método de alfabetização que eles utilizam com os autistas, e está presente no PPP. As aulas experimentais seriam tentativas, pois cada autista tem uma especificidade tudo que vem de sugestões seria experimental. Utiliza o quadro de rotina como sistema de comunicação alternativa.

Os métodos são todos misturados e também o currículo comum. Na verdade quando nosso aluno vai para ensino regular, não há muita diferença (O B).

No que se refere à materiais didáticos utilizados, relata que “[...] utiliza estratégias como Datashow, passeios, pois eles precisam aprender com experiências concretas” (O B).

Ao ser indagada sobre a presença de alunos com alto desempenho ou alta funcionalidade nos informou que: “[...] temos alguns, mas como são pequenos ainda permanecem na instituição por um tempo até poderem frequentar o ensino regular. Não temos Asperger, na escola de educação especial ficam apenas os casos mais graves” (O B).

Atualmente, uma das grandes questões que a escola enfrenta é a terminalidade específica dos alunos na Associação desde que,

[...] hoje em dia possui um aluno com 38 anos de idade que ainda é atendido, no entanto, estamos buscando políticas sociais que possam atender essas pessoas após determinada idade, pois a instituição não comporta em manter o atendimento permanente a eles (O B).

De acordo com os relatos de O B, a demanda é grande e a instituição atualmente, pois:

[...] atende alunos de várias cidades, com as quais estabelece uma parceria, a qual é direcionada ao pagamento dos professores e alimentação dos alunos. Quem define os valores são as próprias prefeituras, sendo um determinado valor por aluno (O B).

Por fim, a diretora informa que existe uma fila de espera com um número expressivo e que urge políticas públicas claras quanto à terminalidade para assim, abrir vagas para os que estão nessa lista de espera.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história dessa escola, teve início em 1º de setembro, de 1992, momento em que famílias não tinham conhecimento sobre o assunto nem sobre as possibilidades de intervenção junto às crianças.

Até aquele momento, apesar do autismo ter sido estudado desde o início do século XX, não havia qualquer pesquisa ou tratamento na cidade, que pudesse de alguma forma auxiliar os pais dessas crianças.

Observa-se que, a partir de então, começa todo um processo de estudos, esclarecimentos para criarem uma associação que pudesse atender a essas especificidades. Com o avanço da ciência, hoje o autismo não se configura mais aquele mistério, porém há muito a se conquistar.

De acordo com o PPP e os relatos da coordenadora de projetos e da diretora, ao longo da jornada, a instituição conquistou reconhecimento enquanto instituição de utilidade pública: Municipal, n.º 3696/94, pela lei 2346/88; Estadual, lei 113996, do dia 30/05/1994, e Federal, processo MJ 24220/95-20, do ano de 1997.

Atualmente, além das crianças com Transtorno do Espectro Autista desta cidade da região noroeste do Paraná, a instituição atende a outros municípios e, ao se tornar Escola de Educação Especial, foi possível primar, também, por práticas pedagógicas junto a esse alunado, além de dar reabilitação.

Apesar de não ter sido citado nos relatos da coordenadora de projetos e da diretora, práticas pedagógicas, utilizando recursos tais como método TEACHCH, ABA, PECS. A literatura pontua que são instrumentos importantíssimos, pois dentre outras possibilidades esses programas visam organizar o ambiente físico, as rotinas, de forma a torná-lo mais compreensível aos olhos da pessoa com autismo.

No que diz respeito às mudanças no diagnóstico, constatamos que, até o DSM-IV, o autismo fazia parte do grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. No DSM-V, essa classificação foi substituída pelo termo Transtorno do Espectro Autista - TEA, o qual pode ser classificado em graus do autismo.

De acordo com relatos da diretora, os alunos atendidos pela Associação são os de graus ou nível 3. Isso nos leva a crer que, os casos menos graves, estão sendo encaminhados para as escolas regulares.

Mediante o exposto, é possível verificar uma mudança significativa junto a essa população. Desde sua criação, essa associação vem contribuindo de forma ímpar na disseminação sobre o autismo, tratamento de reabilitação e mais recentemente pedagógico. Atualmente fomenta ambientes de pesquisa, formação acadêmica e técnica, por meio de parcerias com instituições de ensino superior.

Esse olhar possibilitou-nos, enquanto acadêmica, conhecer a instituição, sua história e estudar questões afetas ao TEA. No limite estipulado para realização deste trabalho, restou-nos o desejo de ampliar nossos conhecimentos e desenvolver futuras pesquisas sobre possibilidades de intervenção.

Por meio dessas considerações, devemos refletir sobre as adequações que se fazem imprescindíveis na formação de um pedagogo, visto as diferentes áreas que o mesmo pode atuar. É importante salientar que, entre as principais formas de alcançar um bom trabalho com um aluno autista, primeiramente, é conhecer sobre a síndrome. Torna-se, então, possível estabelecer estratégias de intervenção, adequando às especificidades de cada aluno, promovendo, assim, novas perspectivas de aprendizagem, que estimulam os diferentes sentidos e proporcionem diferentes formas de acesso ao conhecimento.

Faz-se preciso, portanto, que o olhar do professor, em especial, seja abrangente. Ao referirmos ao autismo, não estamos nos reportando apenas ao que o diagnóstico apresenta, mas, para além disso, diz respeito também à pessoas com habilidades absolutamente reveladoras que nos fazem refletir sobre a prática docente.

Por meio dos estudos e levantamento de dados, percebe-se, de maneira satisfatória, que muitos esforços de pesquisadores e, principalmente, a coragem das famílias de pessoas com TEA, obteve-se resultados relevantes. A busca por melhorias e por desbravamento de barreiras na luta pelo tratamento e educação, tem se concretizado. Houve o alcance do cumprimento das leis, o respeito e a quebra de velhos preconceitos e paradigmas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. Disponível em: < <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf> >. 17 out. 2017.

BAPTISTA Claudio Roberto; BOSA, Cleonice (Orgs.). **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

BRASIL. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: MEC, 1996. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm) >. Acesso em: 17 ag. 2017.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica**. Resolução CNE/CEB, n.º 2, de 11 de setembro de 2001. Ministério da Educação e Cultura. Brasília, DF: MEC, 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> >. Acesso em: 17 ag. 2017.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtor no.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtor no.pdf) >. Acesso em: 10 set. 2017.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro, RJ: Wak Ed., 2009.

DURVAL, Rui. As esquizofrenias segundo Eugen Bleuler e algumas concepções do século XXI. **Revista de Psiquiatria** - Volume XXV - Número Especial 2011. Disponível em: < <http://www.revpsiqix.org/Upload/artigo/files/5faf987b-45c8-4ffc-b42e-925d9341d533.pdf> >. Acesso em: 10 ag. 2017.

KHOURY, Laís Pereira et al. **Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores**. São Paulo, SP: Memnon, 2014. Disponível em: <

<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/1616/1/Lais%20Pereira%20Khoury.pdf>  
>. Acesso em: 24 ag. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.<sup>a</sup> ed. São Paulo, SP: Atlas 2003.

LEBOYER, Marion. **Autismo infantil – fatos e modelos**. Tradução de Rosana Guimarães Dalgalarro. 2.<sup>a</sup> ed. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

MARINGÁ. **PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO**. Escola Léo Kanner. 2016.

MARINHO, Eliane Araújo R.; MERKLE, Vânia Lúcia B. Um olhar sobre o autismo e sua especificação. In. **Congresso Nacional de Educação - EDUCERE**, 9, 2009, Curitiba, PR. Disponível em: < <http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/07/UM-OLHAR-SOBRE-O-AUTISMO-E-SUAS-ESPECIFICA%C3%87%C3%95ES.pdf> >. Acesso em: 24 jul. 2017.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. **Autismo: guia prático**. 6.<sup>a</sup> ed. São Paulo, AMA. Brasília, DF: CORDE, 2007. Disponível em: < <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/livros/pdf/AutismoGuiaPratico.pdf> >. Acesso em: 24 ag. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID – 10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos Relacionados à Saúde**. Genebra. Porto Alegre, RS: Editora Artes Médicas, 2000.

ORRÚ, Sílvia Ester. **Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar**. Rio de Janeiro, RJ: Wak Ed.2009.

PARANÁ. **Currículo Básico para a Escola Pública do Estado do Paraná**. Secretaria de Estado da Educação. Curitiba, PR: SEED, 1990. Disponível em: < [https://fasul.edu.br/portal/files/biblioteca\\_virtual/7/curraculobasicoparaaescolapublica.doestadodoparana.pdf](https://fasul.edu.br/portal/files/biblioteca_virtual/7/curraculobasicoparaaescolapublica.doestadodoparana.pdf) >. Acesso em: 30 set. 2017.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Síndrome de Asperger. In: GAUDERER, Christian. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento** - guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1997. p. 190-193.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa; GAIATO, Mayra Bonifácio; REVELES, Leandro Thadeu. **Mundo 218 singular**: Entenda o autismo. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva, 2012.

STELZER, Fernando Gustavo. Uma pequena história do autismo. **Cadernos Pandorga de Autismo**, Vol.1. São Leopoldo. 2010. Disponível em: < <http://www.pandorgaautismo.org/includes/downloads/publicacoes/Pandorga-Caderno1.pdf> >. Acesso em: 30 ag. 2017.

VIANA, Milena de Barros. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX**: Da neurose de angústia ao DSM-IV. São Carlos, SP: UFSCar, 2010.

WING, Lorna. A abordagem educacional para crianças autistas: teoria, prática e avaliação. In. GAUDERER, Christian. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento** - guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1997. p.104-110.

## APÊNDICE

### QUESTIONÁRIO 1

1. Quais profissionais atuam na instituição? Qual a formação?
2. Quantos funcionários a instituição possuem atualmente? E quais cargos ocupam?
3. Quando ocorre a reestruturação no que diz respeito ao atendimento educacional especializado? Quais?
4. Qual público e idade que atende atualmente?
5. Quantos alunos a AMA possuem matriculados? Em quais períodos? Distribuídos em quantas turmas? Qual a quantidade de alunos por turma?
6. Os alunos que frequentam a associação também estão matriculados em escolas regulares? Como acontece a interação da AMA com essas escolas?
7. Quais métodos de ensino a instituição utiliza? Qual a perspectiva teórica da associação?
8. Quais as formas de avaliação?
9. Como é a participação da família e da comunidade em geral?
10. Como é a rotina dos alunos?
11. Qual a estrutura física?
12. Como os alunos são distribuídos? Ex: 1º ano
13. Quantidade de alunos e profissionais por turma?
14. Até que idade o aluno pode estudar na instituição? Quando ele se “forma”?
15. Existe fila de espera? A escola só atende a cidade de Maringá?
16. Quais são as práticas pedagógicas utilizadas?
17. Como é o currículo da associação? Quais os documentos que norteiam a AMA?
18. Utiliza-se algum material didático? Quais?
19. O DSM-V passou a classificar o autismo como transtorno do espectro autista em graus leve, moderado e profundo. Quais desses graus a AMA atende?
20. Vocês possuem alunos com autismo de alto desempenho ou alta funcionalidade?
21. Como você se tornou diretora?
22. Como é constituída a equipe pedagógica?

## QUESTIONÁRIO 2

1. Quando surgiu a associação? Quem teve a ideia inicial? o que o motivou para isso? Como a cidade de Maringá reagiu a criação da AMA?
2. Como foi o tramite legal para a criação da AMA? Quais documentos foram necessários?
3. Quais parcerias foram estabelecidas para que houvesse a criação da associação?
4. Quais foram os órgãos mantenedores da associação inicialmente?
5. Os governos estaduais e federais contribuíam de alguma forma? Qual?
6. Onde esteve localizada a primeira sede da AMA? Era um prédio próprio? Estava adaptado para atender as necessidades?
7. Qual a necessidade inicial de atendimento? Qual público alvo? E idade?
8. Quais critérios eram utilizados para matricular-se na instituição?
9. No início quantas pessoas eram atendidas?
10. Qual era o nível de escolarização necessário aos profissionais? E quantos profissionais atendiam na associação?
11. Quais eram os critérios para contratação desses profissionais? Quem arcava com o salário dos profissionais?
12. Atendia apenas no pedagógico ou também reabilitação?
13. Qual método de ensino era utilizado? E de que maneira era a avaliação?
14. Recentemente a associação passou por mudanças em sua nomenclatura? Qual o nome atual? Por que ocorreu essa mudança?
15. Junto com essa mudança o que mais mudou?
16. Em relação aos recursos financeiros de onde eles? Em quais percentuais?
17. Os critérios para contratação de profissionais também sofreram modificações?
18. Qual sua formação? Desde quando está aqui? Hoje em dia você exerce que cargo?
19. Quem é o atual presidente da associação? Quantos presidentes a AMA já teve?
20. Quem é responsável pela parte administrativa?
21. O que mudou com a parceria com a secretaria do estado?
22. Documento que norteia a escola e a associação?
23. Atualmente como a associação sobrevive?