

UEM

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

YURIANNY NAILET GALVIS DE FLORES

**PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DO BRASIL E DA VENEZUELA**

YURIANNY NAILET GALVIS DE FLORES

MARINGÁ-PR

2019

2019

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DO BRASIL E DA VENEZUELA**

YURIANNY NAILET GALVIS DE FLORES

**MARINGÁ-PR
2019**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUMAS
EXPERIÊNCIAS DO BRASIL E DA VENEZUELA**

Dissertação apresentada por YURIANNY
NAILET GALVIS DE FLORES, ao Programa de
Pós-Graduação em Educação, da Universidade
Estadual de Maringá, como um dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre em
Educação.
Área de Concentração: EDUCAÇÃO.

Orientador(a):
Prof^a. Dr^a. ELSA MIDORI SHIMAZAKI

MARINGÁ-PR
2019

FICHA CATALOGRÁFICA:

YURIANNY NAILET GALVIS DE FLORES

**PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUMAS
EXPERIÊNCIAS DO BRASIL E DA VENEZUELA**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elsa Midori Shimazaki (Orientadora) – UEM

Prof^a. Dr^a. Sani Carvalho Silva –UTFPR

Prof^a. Dr^a. Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar– UEM

Prof^a. Dr^a. Nerli Nonato Ribeiro Mori– UEM

Dedico a presente pesquisa a meus Pais, meu amado Esposo e meus filhos, que são as razões da minha vida, especialmente a todas as pessoas que, com seu esforço, trabalho e dedicação, lutam para oferecer qualidade de vida aos milhões de crianças no mundo que apresentam algum tipo de deficiência.

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a. Elsa Midori Shimazaki, a minha orientadora, que, com sua sabedoria, me levou pelo caminho certo para a elaboração com sucesso desta importante pesquisa;

às professoras Dr^a. Nerli Nonato Ribeiro Mori, Dr^a. Gizeli Aparecida Ribeiro de Alencar e Dr^a. Sani Carvalho Rutz Silva, pela leitura da minha pesquisa e as contribuições no Exame de Qualificação;

ao programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá;

à minha família, especialmente ao meu esposo e meus filhos, pelo apoio incondicional na elaboração da pesquisa;

à família Silveira Martins, pelo grande apoio e pela receptividade à minha família;

ao Major-General Valentin Cruz Arteaga, comandante da Aviação Militar Bolivariana, por me dar a oportunidade de me especializar na Área de Educação Especial;

a Deus, pela vida, saúde e entusiasmo para cumprir com meus estudos.

“As Nações marcham para sua grandeza ao mesmo passo que avança sua educação...!”

Simón Bolívar

GALVIS DE FLORES, Yurianny Naillet. **PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DO BRASIL E DA VENEZUELA**. 160 f. Dissertação de Mestrado em Educação – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elsa Midori Shimazaki. Maringá-PR, 2019.

RESUMO

A inclusão de crianças com deficiência é um processo contínuo e progressivo, assumido pela maioria dos países do mundo e consiste na incorporação dessas pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) ao sistema regular de ensino e à comunidade. Dessa forma, a presente pesquisa, de caráter bibliográfica comparativa, tem como objeto o estudo do atendimento a crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA) na Educação Especial (EE). Por sua vez, tem como objetivo geral comparar as propostas do Brasil e da Venezuela para o atendimento educacional às crianças diagnosticadas com TEA. Para se ter uma compreensão do tema tratado, elaborou-se um estudo sobre a importância da EE e os aspectos históricos do processo de inclusão de crianças com NEE no sistema regular de ensino, as diretrizes e as normativas emanadas de convenções e conferências de organizações internacionais, os quais fundamentaram os documentos legais atuais, a servir, também, para que os países citados formulem leis e normas que contribuam para o atendimento de pessoas que buscam a igualdade de seus direitos humanos. Do mesmo modo, foram identificados os métodos de atendimento educacional mais utilizados no processo de ensino de crianças com TEA em ambos países. A presente pesquisa foi delimitada em três categorias de análise: o conceito geral do TEA; as legislações em que são consideradas as pessoas com TEA; as modalidades de atendimento no Brasil e da Venezuela. Os resultados demonstram avanços da EE no Brasil nos últimos anos, com aspectos que podem ser tomados como referências para melhorar o sistema de ensino venezuelano no atendimento a crianças com TEA. Dentre eles, o mais importante é aquele que considera a necessidade de ser aprovado o projeto de Lei “De Proteção a pessoas com Transtorno de Espectro Autista e Condições Similares”.

Palavras Chaves: Educação Especial e Inclusiva. Transtorno do Espectro Autista. Legislações. Atendimentos.

GALVIS DE FLORES, Yurianny Naillet. **PEOPLE WITH AUTISTIC SPECTRUM TRANSFER: SOME EXPERIENCES OF BRAZIL AND VENEZUELA.** 160 f. Dissertation Master in Education – State University of Maringá. Supervisor: Elsa Midori Shimazaki. Maringá, 2019

ABSTRACT

The inclusion of children with disabilities is a continuous and progressive process, undertaken by most countries in the world, and is the incorporation of these people with special educational needs (SEN) into the regular education system and the community. Thus, this research, with a comparative bibliographic character, has as its object the study of care for children with Autistic Spectrum Disorders (ASD) in Special Education (EE). And in turn, its general objective is to compare the proposals from Brazil and Venezuela for educational assistance to children diagnosed with ASD. To have an understanding of the topic addressed, a study was conducted on the importance of EE and the historical aspects of the process of inclusion of children with SEN in the regular education system, the guidelines and norms emanating from conventions and conferences of international organizations, which substantiated the current legal documents, also serving to make the countries mentioned formulate laws and norms that contribute to the care of people who seek the equality of their human rights. Likewise, the most used educational care methods in the teaching process of children with ASD were identified in both countries. This research was delimited in three categories of analysis: the general concept of TEA; the laws in which they are considered of people with ASD; the modalities of care in Brazil and Venezuela. The results show advances in EE in Brazil in recent years, with aspects that can be taken as references to improve the Venezuelan education system in the care of children with ASD. Among them, the most important is the one that considers the need for approval of the bill "Protection of People with Autistic Spectrum Disorder and Similar Conditions".

Keywords: Special and Inclusive Education. Autistic Spectrum Disorder. Legislation. Attendance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Normas e diretrizes internacionais mais relevantes relacionadas com a Educação Especial	35
Quadro 2	Resultados de prevalência dos casos de TEA publicado pela ADDM (consultada 21-3-2016)	75
Quadro 3	Critérios de diagnóstico para o TEA de acordo com o DSM-V (2013)	79
Quadro 4	Estudo de Lovaas sobre o tratamento de modificação comportamental em crianças diagnosticadas com TEA–1987....	89
Quadro 5	Operacionalização dos Objetivos.....	100
Quadro 6	Dados comparativos dos aspectos educacionais entre o Brasil e a Venezuela	101
Quadro 7	Comparação das principais legislações do Brasil e da Venezuela e as referências internacionais para pessoas com deficiências onde é considerado o TEA.....	112
Quadro 8	Classificação das instituições de atendimento do TEA no Brasil	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Aspectos históricos do TEA.....	62
Figura 2	O Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-IV.....	71
Figura 3	Níveis de severidade do TEA segundo o DSM-V.....	72
Figura 4	Forma gráfica do processo de coleta da informação.....	95

LISTA DE SIGLAS

ABA	Análise Aplicada do Comportamento
ADDM	Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APAE	Associação de Pais e a dos Amigos Excepcionais
AMA	Associação Amigos dos Autistas
ASA	Sociedade Americana de Autismo
CAIPA	Centro de Atenção Integral de Pessoas com Autismo
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CDI	Centro de Diagnóstico Integral
CID-10	Classificação Internacional de Doenças da OMS N. 10
CID-9	Classificação Internacional de Doenças da OMS N. 9
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRBV	Constituição Nacional da República Bolivariana de Venezuela
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais N. III
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais N. IV
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais N. V
EE	Educação Especial
LDB	Lei Diretrizes e bases da educação Nacional (Brasil)

LOE	Lei Orgânica da Educação (Venezuela)
MEC	Ministério da Educação e Cultura da República Federativa do Brasil
MS	Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil
MPPE	Ministério do Poder Popular para a Educação da República Bolivariana de Venezuela
MPPS	Ministério do Poder Popular Para a Saúde da República Bolivariana da Venezuela
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SOVENIA	Sociedade Venezuelana de Crianças Autista
SPNS	Sistema Público Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACCH	Tratamento em Educação para Autista e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TID	Transtorno Invasivo do Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBV	Universidade Bolivariana da Venezuela

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	18
2.	A EDUCAÇÃO ESPECIAL	23
2.1.	EDUCAÇÃO PARA TODOS.....	23
2.2.	TRANSFORMAÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....	26
2.3.	A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO PROCESSO DE INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM NEE	36
2.4.	O DESEMPENHO DO DOCENTE NA ETAPA INICIAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....	38
2.5.	MARCO HISTÓRICO E LEGAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL.....	40
2.5.1.	O Desenvolvimento Histórico da Educação Especial no Brasil.....	41
2.5.2.	Aspectos legais que fortalecem o processo de integração na Educação Especial no Brasil	47
2.6.	MARCO HISTÓRICO E LEGAL DA EDUCAÇÃO NA VENEZUELA....	50
2.6.1.	O Desenvolvimento Histórico da Educação Especial na Venezuela.....	50
2.6.2.	Aspectos legais que fortalecem o processo de integração na Educação Especial na Venezuela.....	54
3.	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	62
3.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO CAMINHO SOBRE AUTISMO.	62
3.2.	OS PRIMEIROS ESTUDOS DO AUTISMO	64
3.3.	A DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA.....	68
3.4.	A PREVALÊNCIA DO TEA, UM TRANSTORNO EM ASCENDÊNCIA.	73
4.	ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA.....	77

4.1.	SINTOMATOLOGIA ESPECÍFICA DOS CASOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	77
4.2.	O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ...	78
4.3	MÉTODOS PEDAGÓGICOS PARA O ENSINO EM CRIANÇAS COM TEA.....	83
4.3.1	Método de Ensino Estruturado TEACCH.....	84
4.3.2	Método de Ensino Estruturado ABA.....	87
4.3.3	Outros Método de Ensino Estruturado para o Atendimento do TEA	91
5.	DISENHO DA METODOLOGIA DA PESQUISA.....	94
5.1	ASPECTOS DA PESQUISA TIPO BIBLIOGRÁFICA.....	94
5.1.1	Técnicas de Coleta da Informação.....	94
5.1.2	Análise das Informações	95
5.2	FUNDAMENTOS DO MÉTODO COMPARATIVO DA PESQUISA.....	96
5.3	OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	98
5.4	CATEGORIAS DE ANÁLISE....	98
6.	ANÁLISE COMPARATIVA DAS CATEGORIAS	101
6.1	CONCEITOS GERAL DO TEA.....	102
6.1.1	Conceito do TEA da Comunidade Internacional.....	102
6.1.2	Conceito do TEA no Brasil.....	103
6.1.3	Conceito do TEA na Venezuela.....	104
6.1.4	Análise do conceito do TEA para o Brasil e Venezuela.....	105

6.2	LEGISLAÇÕES REFERENTES ÀS PESSOAS COM TEA NO BRASIL E NA VENEZUELA.....	105
6.2.1	Período anterior à promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)	107
6.2.2	Período após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) até a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, (UNESCO, 1994), Declaração de Salamanca.....	108
6.2.3	Período após a Declaração de Salamanca até o presente, em 2019.....	109
6.2.4	Conclusões das legislações referentes à Educação Especial a pessoas com TEA no Brasil e na Venezuela.....	114
6.3	MODALIDADE DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA NO BRASIL E NA VENEZUELA	114
6.3.1	Inclusão	115
6.3.2	Locais de Atendimento	120
6.3.3	Métodos de Ensino.....	125
6.3.4	Formação de Professores	131
7.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	135
8.	REFERÊNCIAS	143

1. INTRODUÇÃO

A história nos mostra a presença de pessoas diferentes na sociedade há muito tempo. Temos pessoas com características diferenciadas citadas na Bíblia, no Alcorão e em outros documentos religiosos. Dentre essas pessoas, temos as que possuem algum tipo de deficiência, o que os torna pessoas especiais, portanto merecem um tratamento diferente dos outros para serem inseridas na sociedade.

Para uma melhor compreensão dos objetivos da presente pesquisa, expomos alguns aspectos da trajetória como pesquisadora na área da Educação Especial (EE). Nos anos da minha infância e adolescência, morava numa comunidade rural, longe dos grandes centros urbanos, uma aldeia, ao Sul de estado Aragua, na Venezuela. Nesse lugar, convivia com meus pais e irmãos como uma família de agricultores na região. Na aldeia, havia várias pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência, seja autismo, deficiência intelectual, paralisia cerebral, surdez entre outras, os quais não tinham atendimento adequado, em virtude das carências de especialistas na região. Meu primo Javier padecia de surdez desde o nascimento. Para obter o atendimento primário, sua mãe se trasladava para a cidade de San Juan, onde existia uma escola especial para surdos. Havia outras crianças com necessidades especiais na região, era muito triste ver que a maioria dessas crianças padeciam com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) e não eram atendidas pela falta de profissionais e de escolas especializadas.

Com o início dos programas para o atendimento na EE, especialmente nos processos de integração e inclusão de crianças na escola, e a falta de profissionais nas áreas, o Governo Bolivariano da Venezuela criou a Universidade Bolivariana de Venezuela (UBV) no ano 2003, para formar profissionais da educação, especialmente na área de EE, porque eram insuficientes os professores especializados. Dessa forma, criou um núcleo no povoado de Barbacoa, um pequeno povoado perto da região em que morávamos, o qual me brindou a oportunidade de cursar a graduação na área de EE que, além de satisfação pessoal, contribuiu com a comunidade a ter a possibilidade de oferecer profissionalmente educação às pessoas com necessidades especiais.

No processo de formação da graduação, na Universidade Bolivariana de Venezuela (UBV), procuramos a especialidade de EE por ser a que mais nos atraía, devido ao número significativo de deficientes na comunidade em que vivíamos.

Uma vez terminado os estudos na faculdade e com alguma experiência profissional como docente, fiz concurso para ingressar no programa de formação para Oficiais Assimilado da Aeronáutica. Finalizada a formação, fui designada ao Departamento de Psicopedagogia do Centro de Educação Inicial (CEI) “Cap. Manuel Rios”, da Base Aérea Cap. Manuel Rios (BAMARI), em que atendemos crianças com NEE. Foi nesse ambiente de trabalho, em que perseverou a opção pela EE e a necessidade de formar e me especializar ainda mais nessa área de educação, que desenvolvi, como profissional, a oferecer melhorias ao ensino e ao atendimento aos alunos com NEE, bem como a orientação aos pais. Após três anos, fui transferida à cidade de Maracay, no CIE “Los Tacariguas”, na Base Logística Aragua, sendo nomeada Coordenadora do Departamento de Psicopedagogia. Com este novo desafio profissional, comecei a repensar os conceitos de inclusão de crianças com NEE na escola regular. Nessa função, constatei a existência do grande número de crianças com NEE, filhos do pessoal militar e civil que trabalha na Força Armada Nacional Bolivariana (FANB), carente do atendimento profissional pela falta de profissional especializado, situação que me motivou a solicitar, ao comando da Aeronáutica, a oportunidade de realizar estudos de pós-graduação, a me especializar na área de atendimento a crianças com NEE.

Na procura de uma Instituição Universitária de alto nível, selecionei a Universidade Estadual de Maringá (UEM) como uma alternativa para iniciar estudos especializados de pós-graduação na área da Educação. Assim, no mês de setembro do ano 2017, participei no processo de seleção de alunos estrangeiros, não residentes no Brasil, para ingresso no Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado. Fui selecionada para ingressar na Turma 2018, sob a orientação da Prof.^a. Dr.^a. Elsa Midori Shimazaki, profissional de alto nível na área da EE, a qual me propôs diversos temas da Educação Especial, a focar a minha pesquisa no estudo do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Acredito que foi uma opção acertada, já que muitas das crianças com NEE matriculadas nos institutos educacionais em que desempenho o papel de docente na área de EE, apresentavam os sintomas do TEA,

porém a maioria delas não tinha um diagnóstico médico. Embora seja um transtorno, o número de crianças com TEA vem aumentando com uma prevalência crescente de casos registrados no sistema educativo, dentro da Força Armada Nacional Bolivariana.

Assim, durante a trajetória pessoal, acadêmica e profissional, constatamos há a necessidade de realizar mais pesquisas nas áreas da EE e o atendimento a crianças com NEE, especialmente aquelas com TEA, a enfocar as pesquisas na preparação de professores, orientação aos pais à adaptação da escola, para criar melhores condições de trabalho possível num ambiente de educação inclusiva.

O atendimento no processo educativo de pessoas com NEE, ao longo da história, representa um problema, devido à complexidade das diferentes práticas educativas das escolas e centros de atendimentos, assim como também das políticas e da atenção dos governos nesse processo.

A presente pesquisa pretende demonstrar, mediante a revisão bibliográfica, a transformação da EE e o reconhecimento do TEA como um transtorno, o qual pode ser melhorado quanto aos sintomas iniciais por meio de Atendimento Educacional Especializado (AEE), uma vez que a pessoa seja diagnosticada e definidos os níveis de severidade do TEA e suas necessidades educacionais.

Na busca por ampliar o conhecimento científico e por informações sistemáticas sobre a inclusão de crianças com TEA na escola regular e seu atendimento em resposta às mudanças nas políticas públicas de educação da Venezuela para pessoas com deficiência, que visa a participação semelhante à Educação em outros países, esta pesquisa tem como objeto o estudo o atendimento a crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA) na Educação Especial (EE).

Para alcançar o objetivo, pretendemos determinar os elementos que favoreçam a integração educacional na região, considerando os aspectos práticos e favoráveis do atendimento e da educação de crianças com NEE, especificamente com TEA no Brasil, a preparar um estudo comparativo para o processo e sua experiência. Para a consecução desse objeto, colocamos a seguinte questão como o problema da pesquisa: Como é o atendimento das crianças diagnosticadas com TEA na

Venezuela, a considerar as experiências de atendimento no Brasil? Com a apresentação do problema, então temos como objetivo geral da pesquisa:

- Comparar as propostas do Brasil e da Venezuela para o atendimento educacional às crianças diagnosticadas com TEA.

Para responder ao objetivo geral, elaboramos os específicos:

- Elaborar um estudo das fases do desenvolvimento do processo de inclusão das crianças com Necessidades Educacionais Especiais;
- Descrever o desenvolvimento das pesquisas do Transtorno do Espectro Autista desde os primeiros estudos até a atualidade;
- Identificar os métodos de atendimento educacional mais utilizados no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista, e comparar estas propostas de atendimento entre os sistemas educativos do Brasil e da Venezuela.

Para tanto, a presente pesquisa está estruturada em sete seções:

A primeira seção traz aspectos teóricos-sociais, os quais foram a fonte da motivação para a autora na elaboração da presente pesquisa, assim como a apresentação do problema e os objetivos.

Na segunda seção, apresentamos a história da Educação Especial, desde sua criação, como foi a sua transformação no Brasil e na Venezuela, a considerar os princípios de inclusão e integração recomendados nos documentos internacionais, que fundamentam as legislações nos países para beneficiar as pessoas com NEE, especialmente com TEA, com a criação das políticas públicas adotadas para o atendimento.

Na terceira seção, encontram-se os aspectos históricos do tratamento de pessoas com TEA, como o conceito foi se transformando associado à sintomatologia do transtorno, conforme as diferentes versões dos Manuais de Diagnósticos Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), até a sua definição atual como TEA, com seus sintomas, a fazer referência ao incremento dos casos deste transtorno em específico.

Na quarta seção, fazemos uma abordagem sobre o diagnóstico e o atendimento pedagógico das pessoas com TEA, a delimitar ao estudo do atendimento a partir de técnicas de ensino estruturado, em que se fez menções dos métodos pedagógicos mais usados para o ensino de pessoas com TEA.

Na quinta seção, apresentamos a metodologia utilizada na pesquisa e seu delineamento, propondo as categorias para a análise na próxima seção.

Na sexta seção, contemplamos uma análise comparativa das formas de atendimento do TEA entre Brasil e Venezuela, a delimitar a pesquisas nas seguintes categorias de análise:

- Conceitos do TEA;
- Legislações referentes à Educação Especial, em que são consideradas pessoas com TEA de Brasil e Venezuela;
- Modalidade de atendimento no Brasil e na Venezuela.

A sétima seção apresenta as considerações finais, com as recomendações mais apropriadas para a melhoria do atendimento de crianças com TEA no Brasil e na Venezuela.

Salientamos que a pesquisa apresenta conhecimentos e experiências relevantes referente aos diferentes estudos, ensaios e trabalhos acerca das necessidades de melhorias às propostas de atendimento educacional no processo de ensinar aluno com TEA na escola e a sua participação no ensino regular, com a realização de uma pesquisa que contribuía no processo de aprendizagem e a inserção da criança com NEE na sociedade.

Quanto à viabilidade da pesquisa, mostra-se possível já que existe um universo de conceitos e estudos referente à temática, com autores como Vygotsky (1896-1934), Kanner (1894-1981), Asperger (1906-1980), entre outros a fundamentar outras pesquisas, em que se propõem a integração das crianças nas aulas regulares na escola, novas legislações e leis que demandam o direito que tem as crianças com NEE de ser incluídas nos processos educacionais.

2. A EDUCAÇÃO ESPECIAL

A Educação Especial (EE) é uma modalidade do sistema de ensino que se ocupa do atendimento das pessoas que apresentam algum tipo de necessidade especial seja física ou intelectual, transtornos ou altas habilidades e/ou superdotação, a exigir atendimento especializado para atender à Necessidade Educativa Especiais (NEE).

No Brasil, a EE, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei 9394/96, é uma das modalidades de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino para educandos que, por possuírem necessidades próprias e diferente dos demais alunos no domínio das aprendizagens curriculares correspondentes à sua idade, requer recursos pedagógicos e metodologias educacionais específicas e adaptadas para que possam apropriar-se dos conhecimentos oferecidos pela escola (SHIMAZAKI, 2015).

Na Venezuela, a EE é definida como uma modalidade do sistema educativo, que oferece atendimento educacional integral à população com NEE, por meio de uma perspectiva social da abordagem sócio-histórico-cultural para atender a inclusão educacional dessas crianças e adolescentes na sala de aula regular, como consta na Constituição Nacional (VENEZUELA, 2009).

Para um melhor entendimento da presente pesquisa, nesta seção, apresentamos uma abordagem histórica do processo de desenvolvimento da EE, a incluir as declarações e os relatórios de agências de cooperação internacionais que, com suas recomendações e diretrizes, impulsionaram a elaboração de legislações que apoiam os países no atendimento das pessoas com NEE, especialmente na Educação Infantil do Brasil e da Venezuela.

2.1 EDUCAÇÃO PARA TODOS

A aprendizagem do homem remonta-se ao seu aparecimento no planeta, porque o instinto e a capacidade de razão do ser humano colocou-o numa contínua busca pela sobrevivência, que se transformava em experiências, conhecimento e aprendizagem. O homem se preocupa em transferir o conhecimento de geração em geração e esse processo foi aperfeiçoando-se com o desenvolvimento e assim foram

surgindo os métodos educativos e as escolas para atender as demandas da sociedade.

A educação é, ao mesmo tempo, universal e específica, portanto, deve fornecer os fatores unificadores comuns a toda a humanidade, abordar ao mesmo tempo as questões particulares em diferentes situações. Atualmente, a sociedade, que se assenta em um sistema capitalista, se divide entre os poucos que detêm a forma de produção e aqueles que os servem, que, muitas vezes, são segregados, e esta cisão aparece também na educação. Verificamos conhecimentos de alto nível postos à disposição da maioria nos países industrializados, e de uma pequena minoria nos países não industrializados, que tenta preencher o “déficit de conhecimentos” que está intimamente ligado ao subdesenvolvimento. Os países que detêm a produção definem as competências cognitivas e afetivas a serem desenvolvidas, assim como o corpo de conhecimentos essenciais que devem ser transmitidos pela Educação Básica. Os especialistas em educação podem oferecer conhecimentos a fazer com que todas as crianças, tanto nos países em desenvolvimento, como nos países industrializados, adquiram um mínimo de competências sobre os principais domínios das aptidões cognitivas (UNESCO, 1990). Assim, a concepção adotada na Conferência de Jomtien em seu Art. 1 é de que

Cada pessoa - criança, jovem ou adulto - deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer suas necessidades básicas de aprendizagem. Essas necessidades compreendem tanto os instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão oral, o cálculo, a solução de problemas), quanto os conteúdos básicos da aprendizagem (como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes), necessários para que os seres humanos possam sobreviver, desenvolver plenamente suas potencialidades, viver e trabalhar com dignidade, participar plenamente do desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida, tomar decisões fundamentadas e continuar aprendendo (UNESCO, 1990, p. 1).

A educação é um processo de aprendizagem contínua para crianças, jovens e adultos para que desenvolvam as habilidades cognitivas e sociais, mas, quando as pessoas possuem algum tipo de dificuldade intelectual ou física, as suas necessidades educacionais podem não ser satisfeitas pelo sistema educativo tradicional, daí surge a NEE.

A educação de crianças com diferentes defeitos deve basear-se em que, simultaneamente com os defeitos também estão dadas as

tendências psicológicas de orientação opostas, estão dadas as possibilidades compensatórias para a superação do defeito e que precisamente são estas as que saem ao primeiro plano no desenvolvimento da criança, e devem ser incluídas no processo educativo com sua força motriz (VYGOTSKI, 1997, p. 47).

O conceito de NEE implica que qualquer criança que encontre dificuldades na apropriação do conhecimento escolar, por qualquer motivo, receba as ajudas e os recursos especiais de que precisa, temporária ou permanentemente, no contexto educacional mais normalizado, para superar suas dificuldades e promover o desenvolvimento de suas habilidades (ROMERO, 2009). Assim, nos objetivos dos planos de trabalho, a escola tem que assumir uma atitude inclusiva com os alunos com NEE:

As escolas regulares, tomando uma direção inclusiva, são capazes de ir contra as situações e atitudes discriminatórias, oferecendo a todas as crianças mesmas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento. Assim, constrói-se uma sociedade inclusiva com objetivo de uma educação para todos (UNESCO, 1994, p. 3).

Se fundamentam segundo a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), os princípios orientadores para a educação da criança, jovens e adultos com NEE, dentro do sistema regular de ensino nos direitos da criança. Os princípios orientadores de maior relevância são:

- toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem;
- toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas;
- sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades;
- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades;
- escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos (UNESCO, 1994).

Da mesma maneira, essa Declaração alerta para a necessidade de a população com NEE ser incluída na escola e, para isso, precisa de ações para assegurar a inclusão. O princípio essencial das escolas inclusivas baseia-se

Em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que seja possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, por meio de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola (UNESCO,1994. p. 11).

Desta forma, escola inclusiva é aquela que rejeita segregação e separação de alunos por apresentar diferenças intelectuais, físicas ou transtornos. São escolas que oferecem uma educação a todos e se preocupam com a aprendizagem e desenvolvimento de todos que a procuram.

Como afirma Romero (2009), a educação, como direito da humanidade, foi consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, sendo ratificada em 1990, na Declaração Mundial Sobre Educação Para Todos, mas foi com a Declaração de Salamanca, em 1994, que a EE foi impulsionada com vistas à procura de melhorias às condições educacionais as pessoas com NEE.

2.2. TRANSFORMAÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Os registros históricos da humanidade mostram, em várias culturas e civilizações, as pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência física ou intelectual, as quais eram, muitas vezes, separadas e abandonadas à própria sorte ou isoladas em instituições. Alguns povos sacrificavam essas pessoas porque não apresentavam características exigidas por aquela sociedade, que não possuía conhecimentos científicos para compreender as diferenças e acreditavam que eram pessoas que poderiam causar danos ao grupo, porque a deficiência poderia ser fruto de maldições divinas ou, até mesmo, de castigos.

Conforme Corcini e Casagrande (2016), a história da EE remonta a idade antiga em que eram comuns as práticas de exclusão de crianças que nasciam com alguma deficiência. Como exemplo, temos, na antiga Grécia, onde as crianças deficientes eram abandonadas em montanhas e desertos a sua própria sorte e, geralmente, morriam de fome ou eram devorados por animais. No antigo Império Romano, as crianças com algum defeito eram atiradas nos rios ou de penhascos para causar a

sua morte. Os egípcios matavam seus deficientes com marretadas na cabeça e os enterravam em sarcófagos, acreditando que, assim, a alma se purificaria e voltaria perfeita em beleza e inteligência. Esses registros comprovam que vem de longo tempo a resistência dos homens em relação a pessoas com algum tipo de deficiência e que suas vidas sempre foram ameaçadas. Demonstra-se o pensamento daquela época:

Nós matamos os cães danados e touros ferozes, degolamos ovelhas, asfixiamos recém nascidos mal constituídos; mesmo as crianças se forem débeis, ou anormais, nós as afogamos, não se trata de ódio, mas dá razão que nos convida a separar das partes são aquelas que podem corrompê-las (MISÉS, 1977, *apud.* CORCINI & CASAGRANDE, 2016, p. 4).

De Azevedo (2006) afirma que outras razões, não somente as econômicas, como a conveniência social e a ideologia, na sociedade antiga, as práticas de extermínio e o abandono eram difundidas e realizadas, com apoio legal, como em Esparta e Roma. O autor mostra que esses relatos aparecem nos escritos de Plutarco e Sêneca, ou ainda preconizadas, de forma velada ou não, como em passagens da utópica República de Platão e na Política de Aristóteles.

Ainda segundo De Azevedo (2006), a propagação do Cristianismo fez com que as práticas de extermínio e abandono fossem alteradas. Apoiados em valores morais e religiosos, afirmava-se que os homens passaram a ser vistos como iguais, independentemente de suas condições sociais, físicas ou intelectual e como portadores de alma, e, tendo alma, não poderia ser morto.

Na Idade Média, nos países europeus, os deficientes foram associados aos demônios e aos atos de feitiçaria. Por esse motivo, eram perseguidos e mortos. Faziam parte da categoria dos excluídos, devendo ser afastados do convívio social ou ser sacrificado. Havia posições ambíguas: uma seria a marca da punição divina, a expiação dos pecados; outra dizia respeito à expressão do poder sobrenatural, ou seja, o acesso as verdades inatingíveis para a maioria (CORCINI & CASAGRANDE, 2016).

Segundo Corcini & Casagrande (2016), a história do atendimento às pessoas com NEE, no mundo ocidental, começa em meados do século XVI, quando a questão da diferença ou a fuga ao padrão considerado normal vai além da influência da igreja

para se tornar objeto da medicina. No século XVII e meados do século XIX, inicia-se a chamada fase de institucionalização, em que as pessoas deficientes eram segregadas e protegidas em instituições residenciais. Logo no início do século XX, surgem as escolas e as classes especiais dentro das escolas públicas, a visar oferecer às pessoas com deficiência uma educação diferenciada.

Com o cristianismo estas pessoas ganharam alma e, eliminá-las ou abandoná-las significava atentar contra os desígnios da divindade. Assim, ao longo da idade média são consideradas “filhos de Deus” (anjos retratados em pinturas da época possuíam características de síndrome de Down). Todavia, a igualdade de status moral ou teológico não correspondia à igualdade civil e de direitos. A pessoa com deficiência mental passa a ser acolhida caritativamente em conventos ou igrejas, ou, quando a deficiência não era acentuada, sobrevivía na família, escapando à exposição (prática do abandono à inanição ou servindo como palhaços ou atrações em circos) (BRASIL, 2008, p. 8).

Na Idade Média as pessoas com NEE começaram, com a expansão do cristianismo, a terem direito à vida, mas ainda não havia a preocupação com sua educação (JIMENEZ,1997). Na Europa e depois nos Estados Unidos, no século XIX, iniciou-se o cuidado com as pessoas não videntes, surdo, deficiente intelectual ou que sofria de distúrbios emocionais. Jimenez (1997), afirma que:

No final do século XVIII e início do século XIX, inicia-se o período da institucionalização, surgindo assim os primeiros Institutos e Hospitais que tratavam a deficiência como uma doença. Havia uma preocupação generalizada em atenderem a deficiência sob uma visão médica. Já no final do século XIX e início do século XX, começou a ser expandida uma visão educacional (JIMENEZ,1997, p 127).

Jean Itard (1774-1838)¹, no início do século XIX, de acordo com Corcini & Casagrande (2016), passa a ser considerado o pai da EE, após tentativas de educar

¹ Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838) foi um médico francês pioneiro da Educação Especial, ficou famoso por seu trabalho com Victor, a criança selvagem de Aveyron. Trabalhou no Instituto de Jovens Surdos, onde legou a ser o primeiro médico residente da instituição, sendo determinante na introdução de uma concepção clínica da surdez. Em 1821, publicou um tratado sobre as doenças do ouvido e da audição (*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, Paris), o que o converteu-o no precursor da Otorrinolaringologia.

²O Método Montessori é o resultado de pesquisas científicas e empíricas desenvolvidos pela médica e pedagoga Maria Montessori. É caracterizado por uma ênfase na autonomia, liberdade com limites e respeito pelo desenvolvimento natural das habilidades físicas, sociais e psicológicas da criança. De acordo com sua criadora, o ponto mais importante do método é não tanto seu material ou sua prática, mas a possibilidade criada pela utilização destes, de se libertar a verdadeira natureza do indivíduo, para que esta possa ser observada, compreendida, e para que a educação se desenvolva com base na evolução da criança

uma criança de 12 anos, ao que chamou de Victor, o menino selvagem, que se criou longe do convívio humano porque fora abandonado na floresta e sobreviveu. Esse caso é conhecido como o caso do menino Selvagem de Aveyron. Itard foi reconhecido como o primeiro estudioso a usar um método sistematizado para ensinar deficientes. Ele acreditava que a inteligência de seu aluno “retardado”, como era conhecido, era educável. Até os dias atuais ele é referência para os estudiosos.

No século XX, têm início as primeiras aulas especiais paralelas às aulas de ensino regular e originando a pedagogia diferencial. Nesta primeira etapa, a EE caracterizou-se mais como cuidados institucionalizados, voltados à abordagem clínica, com ênfase na deficiência, sua cura era uma atitude segregacionista, tanto do ponto de vista familiar, quanto da sociedade em geral em relação às crianças com deficiência. Existia, também, grupos de pessoas que impulsionavam mudanças para o atendimento das pessoas com NEE, a promover a educação como uma das formas de superação e participação (JIMENEZ, 1997).

Maria Montessori (1870-1952)² foi uma das primeiras pessoas a iniciar o trabalho com crianças com deficiência intelectual. Ela acreditou que essas crianças tinham potenciais, que poderiam ser desenvolvidos. Elaborou o Método de Educação Montessori, que pode ser utilizado para todos os tipos de crianças no sistema educativo, sendo muito popular em muitas partes do mundo e foi implementado por Fröebel (1840)³, apesar das críticas, no início dos anos 1930 e 1940 do século XX (ROSA, 2017).

Como o explica Agustin (2012), historicamente considera-se o século XVIII como o período em que a medicina teve avanços e buscou a reabilitação e a melhoria de pessoas com deficiências. Feridos de guerras eram readaptados às funções militares de acordo com suas habilidades, a resultar num período de grandes êxitos

³Conhecido nos países de língua espanhola como Federico Fröebel (1782-1852), foi um pedagogo alemão, criador da educação infantil e do conceito de jardim de infância (kindergartent), Fröebel foi o primeiro educador a fazer ênfase no brincar e na atividade do jogo para aprender o significado da família nas relações humanas. Ele introduziu o conceito de “trabalho livre” (Freiarbeit) na pedagogia, a estabelecer o “jogo” como a forma típica que a vida tem sobre as crianças, então também vale a pena educar no jogo e através do jogo, pois as crianças fazem coisas brincando, as quais nunca fariam da forma imposta e autoritária.

médicos. A ciência mostrou que a deficiência não se originava de bruxarias e outras explicações místicas, a voltar-se, por consequência, para descobrir a cura das patologias existentes. Essa transformação foi um marco e permanece até os dias atuais como modelo médico de atendimento e de serviços para a pessoa com deficiência.

Agustin (2012) afirma que o modelo médico focaliza as pessoas, assim, isenta a sociedade de responsabilidades e compromissos para ajudar na construção de processos de discriminação contra pessoas com deficiências. À procura de um padrão de normalidade, Agustin afirma que

O modelo medico, percebe a pessoa com uma patologia. Em outras palavras, a deficiência é abordada em um primeiro plano e a pessoa é relegada a um papel passivo de paciente. É um modelo de deficiência que busca um “padrão de normalidade”, de funcionamento físico, intelectual e sensorial. Ele indica que a pessoa com deficiência será dependente enquanto se busca a cura, o que pode nunca acontecer. Esse modelo vê a deficiência como um estado trágico que ninguém gostaria de preservar, sem considerar as barreiras sociais, atitudinais e ambientais que envolvem essa condição (AGUSTIN, 2012).

Ressaltamos, fundamentados em Agustin (2012), que há intervenções médicas que minimizam ou reduzem os impactos com a deficiência. As cirurgias e as intervenções ajudam a pessoa com deficiência ou com limitações. O diagnóstico precoce diminui a incidência de deficiência, dessa forma entendemos que modelo médico, no que tange aos benefícios físicos e sensoriais, contribui no desenvolvimento da pessoa com deficiência. A crítica a esse modelo está no fato de os esforços serem voltados à cura, a prevalecer o diagnóstico e desconsiderar os aspectos de cunho social ou emocional (AGUSTIN, 2012).

Nos anos 1960 e 1970, o modelo social de deficiência se concretizou, pelos movimentos sociais de luta dos direitos humanos e respeito à diversidade. Iniciou-se na Grã-Bretanha em meio as críticas ao modelo médico e sob um ponto de vista sociológico. O modelo social possibilita à pessoa com deficiência escrever a sua própria história, a conviver nos meios sociais, a participar politicamente de sua comunidade. Essa abordagem compreende que o problema não está na pessoa ou na sua deficiência. Com uma perspectiva diferente sobre deficiência, o modelo social

apresenta paralelos entre as doutrinas de igualdade, a buscar oportunidades numa base equitativa de igualdade social para as pessoas com necessidades especiais. Levada à sua conclusão lógica, não haveria deficiência dentro de uma sociedade plenamente desenvolvida (AGUSTIN, 2012).

Após da II Guerra Mundial, foi fundada a Organização das Nações Unidas (ONU), onde se iniciou, em forma progressiva, a luta pelos direitos do homem e a sua integração na sociedade, qualquer que seja a sua condição.

Para que as pessoas com deficiências se integrem na sociedade, elaboraram-se declarações e relatórios de agências de cooperações internacionais que propõem valores e diretrizes que fundamentam e deliberam leis e decretos. Estas atividades internacionais são relevantes, cujas conclusões e resultados de relatórios incidem de forma direta no desenvolvimento da EE que, por sua vez, tem definido o caminho das políticas que a maioria dos países do mundo adotam, para a melhoria das práticas da integração das pessoas com NEE. Apresentam-se, a seguir, as iniciativas propostas pela sociedade sobre o tema.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), no dia 10 de dezembro de 1948, é um dos documentos mais importante, ao tratar de direitos humanos produzidos após a Segunda Guerra Mundial. Tonello (2001) afirma que, apesar de não constituir uma lei, esse documento norteia as decisões tomadas pela comunidade internacional. É um texto de referência ética, que estabelece os direitos naturais de todos os seres humanos, independentemente de nacionalidade, cor, sexo, orientação religiosa e política.

A Declaração surge, então, da união dos governos para a criação de mecanismos capazes de “[...] proteger o homem contra o homem, as nações contra as nações e sempre que homens e nações se arroguem o poder de violar direitos[...]” (BRASIL, 1990, p.7).

A Declaração possui 30 artigos que assegura aos povos das Nações Unidas reafirmarem nossos direitos humanos fundamentais de liberdade, de justiça e da paz no mundo, a reconhecer a dignidade e o valor da pessoa humana e a igualdade de

direitos dos homens, das mulheres, que o desrespeito aos direitos humanos resulta de atos bárbaros contra a humanidade. A Assembleia Geral proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações e cada indivíduo e órgãos da sociedade. A partir disso, a Declaração as nações se esforcem por meio do ensino e da educação para promover o respeito a esses direitos e liberdades (CORRÊA, 2001).

Convenção sobre os Direitos da Criança (1989)

A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de novembro de 1989, adotada pela Assembleia da Organização das Nações Unidas e ratificada pelo Brasil e pela Venezuela, em 1990 trata-se de um documento que enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais – direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais – de todas as crianças, assim como as respectivas disposições para que sejam aplicadas (CORRÊA, 2001).

Os princípios fundamentais da ONU e as disposições precisas em diferentes tratados de direitos humanos e outros textos pertinentes foram aceitos pelos países presentes. O documento reafirma a necessidade de proteção e de atenção especial da criança em função da sua vulnerabilidade.

A Conferência Mundial de Educação para Todos (1990)

Em Jomtien, Tailândia, os países participantes reunidos para a Conferência Mundial sobre Educação para Todos reafirmam que a educação contribui para a conquista do mundo seguro, sadio, mais próspero e ambientalmente mais puro e que é de importância fundamental para o progresso pessoal e social e, entre outras constatações, a satisfação das necessidades básicas de Aprendizagem (UNICEF, 2009).

Os 10 artigos da Declaração tratam de: satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem; expandir o enfoque no sentido das práticas correntes; universalizar o acesso à educação e promover a equidade; concentrar a atenção na aprendizagem; ampliar os meios e o raio de ação da educação básica; propiciar um ambiente adequado à aprendizagem; desenvolver uma política contextualizada de apoio; mobilizar recursos e fortalecer a solidariedade internacional (UNICEF, 2009).

Afirmamos que a Conferência Mundial sobre Educação para Todos (1990) ratifica o direito de toda criança à educação, direito proclamado desde a Declaração de Direitos Humanos em 1948 (ONU, 1948).

Conferência mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais: Declaração de Salamanca (1994)

Nessa conferência, os delegados representantes dos 92 governos e de 25 organizações internacionais reafirmaram, por meio de um documento denominado Declaração de Salamanca, o compromisso com a Educação para Todos, a reconhecer a necessidade e a urgência de o ensino ministrado, no sistema comum de educação, a todas as crianças, jovens e adultos com NEE e apoiaram a Linha de Ação para as NEE, cujo espírito refletido em suas disposições e recomendações deve orientar organizações e governos (CORREA, 2006).

Segundo Menezes (2001), a Declaração de Salamanca é considerada um dos principais documentos que visam a inclusão social, ao lado da Convenção de Direitos da Criança (1989) e da Declaração sobre Educação para Todos de 1990. Ela é o resultado de uma tendência mundial que consolidou a educação inclusiva, e cuja origem tem sido atribuída aos movimentos de direitos humanos e de desinstitucionalização manicomial que surgiram a partir das décadas de 1960 e 1970.

A Declaração de Salamanca é também considerada inovadora porque, conforme expõe seu próprio texto,

[...] proporcionou uma oportunidade única de colocação da EE dentro da estrutura de “educação para todos” firmada em 1990, promoveu uma plataforma que afirma o princípio e a discussão da prática de garantia da inclusão das crianças com NEE nestas iniciativas e a tomada de seus lugares de direito numa sociedade de aprendizagem (UNESCO, 1994, p.15).

A mesma declaração ampliou o conceito de NEE, a incluir todas as crianças que não estejam conseguindo se beneficiar com a escola, por diferentes motivos (MENEZES, 2001).

Tal documento apresenta, ainda, novas ideias sobre Necessidades Educativas Especiais e diretrizes de ação no Plano Nacional, que incluem:

- A política e as formas de organização;
- Os aspectos escolares;
- A formação do pessoal docente;
- Os serviços externos que servirão de apoio à EE;
- As áreas prioritárias (educação pré-escolar, preparação para a vida adulta, educação continuada de adultos e de meninos);
- A participação da comunidade e os recursos necessários.

A Convenção de Guatemala (1999)

A Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência⁴ aconteceu na Guatemala em maio de 1999, conhecida como Convenção de Guatemala (OEA, 1999). Na Convenção de Guatemala, os Estados partes reafirmaram que as pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que esses direitos, inclusive o direito de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano. Ainda os Estados partes de diferentes regiões e organizações, presentes na convenção, com base em vários documentos internacionais, do período entre os anos de 1975 a 1996, concordaram em uma série de ações e encaminhamentos traduzidos em quatorze artigos (OEA, 1999).

Carta do Terceiro Milênio (1999)

Os Estados Membros, determinados de que os direitos humanos de qualquer pessoa, em qualquer sociedade, devem ser reconhecidos e protegidos, aprovaram a Carta do Terceiro Milênio, em 9 de novembro de 1999, em Londres, Grã-Bretanha, pela Assembleia Governativa da *Rehabilitation International*. A referida carta afirma que os direitos humanos de cada pessoa, em qualquer sociedade, devem ser

⁴A partir dos anos 80, por influência do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1981) e da Década das Pessoas Deficientes (1983–1993), proclamados pela ONU, termos como Portadores de Necessidades Especiais e Portadores de Deficiência começaram a ser adotados pela sociedade. Nos anos 90, uma nova terminologia começa a ser utilizada, uma vez que se compreende que a pessoa não “porta” sua deficiência, mas, sim, que é uma condição desses indivíduos. Daí a alteração para a nomenclatura Pessoa com Deficiência, que põe em primeiro lugar a pessoa, não a sua deficiência.

reconhecidos e protegidos. Segundo o documento, denuncia que os direitos humanos básicos são rotineiramente negados a segmentos inteiros da população mundial, nos quais se encontram muitos dos 600 milhões de crianças, mulheres e homens que têm deficiência. O documento destaca:

Busca-se um mundo em que oportunidades iguais para pessoas com deficiência se tornem consequência natural de políticas e leis que apoiem o acesso à plena inclusão em todos os aspectos da sociedade. O progresso científico e social no século XX aumentou a compreensão sobre o valor único e inviolável de cada vida. Contudo, a ignorância, o preconceito, a superstição e o medo ainda dominam grande parte das respostas da sociedade à deficiência (ONU, 1999, p. 1).

É fato que os debates e orientações de cunho internacional impulsionaram desafios aos países consignatários para que traçassem políticas públicas com vistas a atender a todas as crianças sem distinção. O conjunto dessas orientações pode ser visualizado de forma sistematizada, no Quadro 1, apresentamos as principais atuações das organizações multilaterais internacionais consideradas relevantes para o desenvolvimento da EE:

Quadro 1: Normas e declarações internacionais mais relevantes que são relacionadas com a Educação Especial

ANO	RESOLUÇÃO	CARACTERÍSTICAS DA DISCUSSÃO
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU	É um texto de referência ética, que estabelece os direitos naturais de todos os seres humanos, independentemente de nacionalidade, cor, sexo, orientação religiosa e política.
1971	Declaração dos Direitos do Retrasado Mental, ONU	Aprovado pela Assembleia General das Nações Unidas, em 20 de dezembro de 1971, como Resolução Nº 2.856.
1990	Declaração de Jomtien, Tailândia	Realizada no Marco da Conferência de Educação para Todos. Destacou os altos índices de crianças e jovens sem escolarização e propôs transformações nos sistemas de ensino, seu objetivo é satisfazer as necessidades básicas da aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos.
1993	Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com NEE, ONU	Resolução Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de dezembro de 1993. O texto sinala que há pessoas com deficiências em todas as partes do mundo e em todas as camadas sociais.
1994	Declaração de Salamanca, UNESCO	Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade dentro do sistema regular de ensino, UNESCO 1994.

1999	Carta do Terceiro Milênio, ONU	Na Carta do Terceiro Milênio, tem-se a determinação de que os direitos humanos de cada pessoa, em qualquer sociedade, devem ser reconhecidos e protegidos.
1999	Convenção de Guatemala, OEA	Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com NEE.
2000	Foro Mundial de Educação, UNESCO, Dakar, Senegal	Educação para Todos: cumprir os nossos compromissos comuns adotados no Foro Mundial sobre a Educação.
2006	Convenção de Direitos de pessoas com deficiências, ONU	Aprovado pela ONU, asseguram que todas as pessoas com deficiências têm os mesmos direitos de qualquer outra pessoa, os estados assegurarão os sistemas educacionais inclusivo em todos os níveis ao longo da vida toda.
2013	Relatório da Situação Mundial da Infância, UNICEF	Produzido pela UNICEF, o documento apresenta informações qualitativas e quantitativas sobre a inclusão de crianças e adolescentes na educação.
2015	Objetivos de desenvolvimento sustentável, ONU.	Dão continuidade aos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) e valem de 2015 até 2030. No seu quarto objetivo, assegura-se a educação inclusiva e equitativa de qualidade a promover oportunidades de aprendizagem ao longo de toda a vida

Fonte: Organização da autora.

Essas normas internacionais não são obrigatórias, mas representam o compromisso dos Estados para cumprir e desenvolver internamente mediante a legislação, os princípios e diretrizes referidas nestes documentos.

2.3. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO PROCESSO DE INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM NEE

A modalidade da EE desempenha um papel muito importante na tarefa educativa, já que permite resgatar aqueles alunos que, por vários motivos, apresentam-se com dificuldades na sua aprendizagem, o qual leva, em muitos casos, à sua deserção do sistema educacional (VILLODRES, 2010). A EE tem como objetivo a identificação, a avaliação e o acompanhamento as pessoas que têm dificuldades para apropriar-se dos conhecimentos escolares. De acordo com Villodres (2010), se o aluno com dificuldade de aprendizagem for detectado em tempo, faz-se um estudo das dificuldades e implementam-se as ações necessárias para superá-las.

O termo NEE teve impacto no desenvolvimento da EE, que tem sua origem no Relatório Warnock (1978)⁵, e alterou a organização da EE, com mudanças de primazia do modelo médico para o paradigma educativo. Ele mostra a possibilidade a todos os tipos de alunos que, de maneira permanente ou transitória, exigem cuidados complementares à ação educacional habitual. Implicam uma importante mudança conceitual que centra sua atenção sobre o fato de que todas as pessoas precisam de ajudas educativas para o desenvolvimento do seu potencial. O que se torna uma necessidade educacional “especial” é o fato que exceda em maior ou menor grau a planificação educacional que tem sido feita pensando na maioria. Na sequência desta mudança, a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) adaptou a designação de NEE e passou a defender o direito de todos os alunos a uma educação na escola regular, passando a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiência ou dificuldade de aprendizagem (IZQUIERDO, 2006).

O relatório de Warnock (1978) disseminou ao longo das décadas a ideia de que

Esta nova definição supõe fazer ênfase na concepção da educação básica como um serviço prestado aos cidadãos, para que alcance o seu máximo potencial e, portanto, na obrigação do sistema de fornecer apoio e meios técnico e humanos para compensar o déficit dos alunos no acesso à aprendizagem básica essencial para enfrentar a vida adulta (RELATORIO DE WARNOCK, 1978).

Afirma Cruz (2012), é preciso que os professores se preocupem com a inclusão de todos os alunos na mesma sala de aula precisam repensar em sua atuação, pois as suas atitudes são fundamentais para a implementação da escola inclusiva. Contudo, sabemos apenas a força de vontade e as atitudes positivas não são suficientes. Precisa-se de formação específica do professor, apoio técnico, salas apetrechadas para receber todo o tipo de crianças e condições mais dignas para que todos aprendam o conteúdo da escola.

⁵O Relatório Warnock (1978) é um documento preparado pela Comissão Britânica de Educação no ano de 1978, que propõe seja abandonado o paradigma médico (classificação pela deficiência) e se adote o paradigma educativo (identificação, descrição e avaliação das NEE), de forma a garantir sucesso e uma plena integração em escolas regular, referindo-se às NEE.

As afirmações anteriores vão ao encontro da Declaração de Salamanca, ao afirmar que todas as crianças devem aprender juntas sempre que isso seja possível:

As escolas devem ajustar-se a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito, devem incluir-se crianças com deficiência ou superdotação, crianças da rua ou crianças que trabalham, crianças de populações imigradas ou nômades, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais (UNESCO, 1994, p.6).

A educação inclusiva é um direito de todas as crianças com algum tipo de deficiência. Elas têm o direito de frequentar a escola próxima a sua residência, ou seja, uma escola regular e têm o direito de viver com a família e de participar na sociedade. Izquierdo (2006) afirma que o relatório de Warnock (1978) denominou aluno com NEE todos aqueles que precisam de ajuda educativa em algum momento do seu percurso escolar, independentemente da sua duração ou gravidade e assume que a finalidade da educação tem que ser igual para todas as crianças, sejam elas deficientes ou não. A educação deve proporcionar o maior número de conhecimento científico, para a busca da autonomia, independência e habilidades às crianças, as quais serão necessárias na fase adulta das suas vidas no disfrute do pleno direito como pessoa, isto está implícito na Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948, p. 1).

A instituição educacional infantil assume a modalidade de ensino do processo inclusivo, ou seja, a EE, possui preocupações para com a equipe pedagógica e o seu corpo docente, pois exige a criação de espaços e ambientes que para que todos tenham acesso ao currículo (DA SILVA, 2015).

2.4. O DESEMPENHO DO DOCENTE NA ETAPA INICIAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

O relatório Warnock, produzido em 1978, já afirma a necessidade de uma educação que respeite as características de cada estudante, ofereça alternativas pedagógicas e atenda às necessidades educacionais de cada aluno, isto é, uma escola que ofereça tudo isso num ambiente inclusivo e acolhedor, em que todos possam conviver e aprender com as diferenças.

Rocha (2017) assinala que sendo a EE uma área de estudo relativamente nova no campo da Pedagogia, muitos professores encontram-se desestabilizados frente às concepções e estruturais sociais no que diz respeito às pessoas consideradas “diferentes”. Dessa forma, a partir do século XVI, a educação busca teorias e práticas focadas ao ensino de qualidade, com profissionais comprometidos em dar aos seus alunos um ensino de qualidade, independentemente de suas diferenças individuais.

Entendemos, corroborando com Rocha (2017), que uma escola que atenda adequadamente a alunos com características, potencialidades e ritmos diferentes de aprendizagem, necessita de profissionais e, especialmente, professores capacitados para exercer essa função, a atender a real necessidade de cada educando (ROCHA, 2017), isto é, pessoas com conhecimento sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento de pessoas com deficiência para fazer com que se apropriem do conhecimento necessário para a inclusão na sociedade.

A inclusão educativa exige escola e alterações nos currículos, nas metodologias de avaliação, na formação de gestores, na formação de professores e de funcionários para a implementação de uma política educativa onde todos tenham acesso ao conhecimento escolar (SAMPALO & MORGADO, 2014).

Do mesmo modo, no domínio das investigações que se debruçaram sobre o estudo das atitudes dos professores face à inclusão educativa, diversos autores, como Avramidis et al., 2000a; Avramidis & Kalyva, 2007; Hastings & Oakford, 2003; Leyser & Greenberger, 2008; Romi & Leyser, 2006; Van Reusen, Shoho & Barker, 2001, identificaram uma série de variáveis inerentes ao processo de formação das atitudes. Assim, a natureza da NEE, a presença de recursos humanos e materiais necessários, o suporte familiar, a formação profissional, o género, a idade cronológica, o tempo de experiência docente no ensino comum, o nível de escolaridade, a formação em Educação Especial e a experiência no ensino do aluno com NEE são apenas algumas das variáveis que se relacionam criticamente com as atitudes sociais dos professores em relação à inclusão e que têm sido alvo de estudo de diversos autores (SAMPALO & MORGADO, 2014).

Rocha (2017) afirma que o processo de inclusão dos alunos com NEE é um desafio aos professores, pois cabe-lhes construir novas propostas de ensino, atuar

com um olhar diferente em sala de aula, sendo o agente facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Muitas vezes, os professores apresentam resistência quando o assunto é mudança, causando certo desconforto. A resistência ao que desestabiliza, sem dúvida, as ideias inclusivas causaram muita desestabilidade e resistência. Portanto, é preciso capacitar os professores com habilidades que permitam problematizar, compreender e intervir nas diferentes situações que se deparam, além de auxiliarem na construção de uma proposta inclusiva, a fazer com que haja mudanças pautadas nas possibilidades e com uma visão positiva das pessoas com NEE. Da mesma forma, Rocha (2017) vê a formação continuada como uma possibilidade de construção da nova proposta inclusiva, pois instrumentaliza os profissionais a pensar o ato educativo e analisar a prática docente, com o intuito de criar espaços para reflexão coletiva e atender ao princípio de aceitação das diferenças, a valorizar o outro.

Além do professor, a família dos alunos com NEE pode participar do processo de ensino-aprendizagem dessas crianças, pois o tripé escola-família-comunidade é de suma importância a família pode fornecer elementos aos professores para conhecer melhor o seu educando e suas especificidades, a surgir a partir daí uma troca de informações que pode resultar no melhor aprendizado de todos (ROCHA, 2017).

2.5. MARCO HISTÓRICO E LEGAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL

Nesta seção, apresentamos aspectos marcantes da história e da evolução da EE no Brasil, e a influência que as diretrizes internacionais tiveram no país para a elaboração de leis e políticas públicas que beneficiem as pessoas com NEE, enquadrado nos princípios da integração, para que a EE se torne um dos componentes do sistema educacional.

De acordo com Shimazaki (2016) podemos, pois, afirmar que a história da EE no Brasil está dividida entre quatro grandes períodos:

- De 1854 a 1956 - marcado por iniciativas privadas e dos familiares;
- De 1957 a 1993 – caracterizado por ações Governamentais de âmbito nacional;
- De 1993 a 2008 - caracterizado pelos movimentos universal, em favor da inclusão das pessoas com NEE na escola, seguindo as normas e diretrizes emitidas por agências internacionais.

- A partir de 2008, a busca para que todas as pessoas estejam na escola, permaneçam e se apropriem do conhecimento escolar.

O conhecimento escolar ainda não é apropriado pelas pessoas que frequentam as escolas, dessa forma, deve-se realizar estudos para que isso se efetive (SHIMAZAKI, 2016).

2.5.1. O Desenvolvimento histórico da Educação Especial no Brasil

O Brasil, um jovem país e colonizado pelos europeus, recebeu influências de outros países da América do Sul e os Estados Unidos, por volta do século XIX, na formação de grupos para o cuidado de cegos, surdos, intelectuais e fisicamente deficientes. Estes grupos foram iniciados por instituições oficiais e privadas, graças a alguns educadores que, preocupados com a questão, se comprometeram a materialização de atividades inovadoras (ORRÚ, 2006).

Silva (2016) mostra que, em 1854, foi fundada por D. Pedro II a primeira instituição de educação especial, o Imperial Instituto de Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant, na cidade do Rio de Janeiro. Três anos mais tarde, foi criado o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, que hoje é denominado Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), que atendia meninos surdos que possuíam entre sete e quatorze anos de idade. Essas instituições objetivavam oferecer o que havia de melhor em termos de educação para cegos e surdos naquela época, e, em decorrência disso, em 1883, ocorreu o 1º Congresso de Instrução Pública que colocava em questão o currículo e a formação de professores para cegos e surdos (SILVA, 2016).

Orrú (2006) ensina que, até o ano de 1956, todas as iniciativas educacionais relacionadas com a EE tinham um caráter isolado, manifestadas por algumas instituições oficiais e por iniciativas privadas. Nesse período, foram estabelecidas várias instituições para o cuidado especializado de crianças com deficiência: visual, auditiva, intelectuais e físicas, a destacar-se o Instituto Educacional de São Paulo (1954), para deficientes auditivos; a Associação de Assistência à Criança Defeituosa - AACD (1959), para a reabilitação de deficientes físicos; o Instituto Pestalozzi de Canoas (1926), para o deficiente intelectual; e a Associação de país e a dois amigos Excepcionais - APAE, Rio de Janeiro (1954).

Com as resoluções de caráter internacionais em relação à proteção e inclusão das pessoas com NEE, o estado brasileiro começou a proporcionar um aspecto legal a essas disposições, assim como novas leis foram incluindo a obrigatoriedade do atendimento dessas pessoas. Assim como em 1971, foi aprovada a lei de nº. 5.692, que prevê em seu artigo 9º um tratamento especial aos “excepcionais” e, a partir daí, várias ações foram desenvolvidas com o intuito de implantar as novas diretrizes e fases para o ensino fundamental e médio. Em 1973, foi criado o Centro Nacional de EE (CENESP), com o objetivo de promover nacionalmente a expansão e a melhoria do atendimento aos alunos com necessidades educacionais específicas (SILVA,2016).

Com a criação desse centro, foram extintas a Campanha Nacional de Educação de Cegos e a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes intelectual, e todo o seu acervo foi repassado para a CENESP juntamente com o IBC e o INES. Em outubro de 1975, o Ministro da Educação e Cultura Ney Braga aprova o órgão CENESP, que já possui uma independência administrativa e financeira. Passados alguns anos, em 1986, este centro é transformado na Secretaria de EE (SESP), porém mantém as mesmas estrutura e competência do CENESP, com sua localização transferida do Rio de Janeiro para Brasília. Em 15 de março de 1990, a SESP é extinta e as atribuições da EE passam a ser da Secretaria Nacional de Educação Básica, (SENEB), passando o IBC e o INES a serem vinculados a esse novo órgão. De acordo com SILVA (2016).

A EE, após 1950, foi marcada por inúmeras estruturas administrativas. Se, em um primeiro momento, o serviço responsável pela EE era uma coordenação, logo a seguir passa a ser um centro e depois um departamento, até se tornar uma secretaria. Em cada mudança, há implicações funcionais, financeiras e de competências educacionais (CORRÊA, 2004 apud SILVA, 2016, p.48).

A Política Nacional de EE também tem como objetivo criar condições que contribuam para o desenvolvimento das potencialidades das pessoas com necessidades educacionais específicas. O Brasil, desde 1961, garante educação de alunos deficientes na rede regular de ensino e, em 1996, reforçado pela Declaração de Salamanca (UNESCO,1994), também preconiza atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades educacionais específicas,

preferencialmente a iniciar os processos de inclusão das crianças com NEE (SILVA, 2016).

2.5.2. Aspectos legais que fortalecem o processo de integração na Educação Especial no Brasil

As leis brasileiras que amparam a EE estão inspiradas nas diretrizes e resoluções emitidas por organizações internacionais que promovem o atendimento das pessoas com deficiência, a assegurar seus direitos básicos como cidadão. A EE no Brasil tem como fundamento legal a Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Dentre eles, estão os artigos 205 e 206, que tratam do direito à educação gratuita e de boa qualidade para todos os cidadãos, a deixar evidente a participação e a colaboração da sociedade, a visar o desenvolvimento pleno e integral no exercício da cidadania e na capacitação para o trabalho.

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

- I. Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II. Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;
- III. Pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- IV. Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais (BRASIL, 1988).

A partir do estabelecido na constituição nacional da República Federativa do Brasil, assim como, também, dando seguimento aos tratados internacionais assinados pelas organizações, o Brasil é participante, a seguir os delineamentos e tais normativas, novas legislações têm sido publicadas em benefício da EE, sendo as mais relevantes aqui apresentadas, na sequência:

A Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961 (LDB de 1961)

Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu Art. 1º, “A educação nacional, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana...”. Definindo a educação para as pessoas com deficiência em seu Art. 88, “A

educação de excepcionais, deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade” (BRASIL, 1961).

A Lei nº. 5.692/71, que altera a LDB de 1961

Em seu Art. 9º, define ‘tratamento especial’ para os alunos com “deficiências físicas, intelectuais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados”, não promove a organização de um sistema de ensino capaz de atender as NEE e acaba reforçando o encaminhamento dos alunos para as classes e escolas especiais. O Art. 9º trata de “Os alunos que apresentem deficiências físicas ou intelectuais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação” (BRASIL, 1971).

A Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989

Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência. Esta lei estabelece normas gerais para assegurar os direitos das pessoas com deficiência, e sua efetiva integração social. As normas desta Lei visam garantir as ações governamentais necessárias e o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade (BRASIL, 1989).

A Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e ao Adolescente, classifica como criança, para efeito desta Lei, a todo cidadão em idade do nascimento até os 12 anos, e adolescente, entre 12 e 18 anos de idade. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade. Nela se estabelece que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, intelectual, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Política Nacional de Educação Especial, 1994

No ano de 1994, é publicada pelo Ministério de Educação a Política Nacional de EE, orientando o processo de “integração instrucional” que condiciona o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que “[...] possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os estudantes ditos normais” (BRASIL, 1994, p.19). Ao reafirmar os pressupostos construídos a partir de padrões homogêneos de participação e aprendizagem, a Política de 1994 não provoca uma reformulação das práticas educacionais de maneira que sejam valorizados os diferentes potenciais de aprendizagem no ensino regular, mas mantém a responsabilidade da educação desses estudantes exclusivamente no âmbito da EE. O fundamento destas políticas baseia-se nas diretrizes em EE adotada pela conferência mundial em EE, organizada pelo governo da Espanha em cooperação com a UNESCO, realizada em Salamanca entre 7 e 10 de junho de 1994 (BRASIL, 1989).

A Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no capítulo V, artigos 58 e 59, assegura-se EE na rede regular de ensino para os estudantes com necessidades especiais, a oferecer apoio especializado na escola regular, além de professores capacitados para a integração desses estudantes em classes comuns, a possibilitar-lhes um currículo que atenda suas necessidades, ou seja, que trabalhem de maneira a integrar esse indivíduo socialmente, a prepara-lo também para o mercado de trabalho (BRASIL, 1996).

A Lei nº. 10.048 de 8 de novembro de 2000

Assegura prioridade de atendimento às pessoas com deficiência, aos idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo. Esta lei garante atendimento obrigatório de pessoas com deficiência nos locais públicos (BRASIL, 1989).

A Lei nº. 10.098, de 19 de dezembro de 2000

Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 1989).

A Resolução nº. 2 de 11 de setembro de 2001 do Conselho Nacional de Educação, (CNE) e Câmara de Educação Básica (CEB)

Institui as Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem NEE, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades. O atendimento escolar desses alunos, segundo a resolução, terá início na Educação Infantil, nas creches e nas pré-escolas, a oferecer-lhes serviços de EE sempre que por ventura houver a necessidade de AEE, essa decisão será tomada mediante avaliação e interação da família e da comunidade.

O decreto nº. 3.956 da Convenção da Guatemala de 08 de outubro de 2001

Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém (BRASIL, 2001).

O Decreto nº. 6.094/2007

Estabelece dentre as diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, a garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento às NEE dos alunos, a fortalecer a inclusão educacional nas escolas públicas.

Política Nacional de Educação Especial de 2008

A EE, de acordo com a Política Nacional de EE (2008), é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto à sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular.

De acordo com essa determinação, o AEE tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, a considerar suas necessidades específicas.

Garante ainda o acesso à educação desde a Educação Infantil, a promover, assim, um AEE. Já que, nessa etapa, o lúdico, o acesso às formas diferenciadas de comunicação, a riqueza de estímulos nos aspectos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais e a convivência com as diferenças favorecem as relações interpessoais, o respeito e a valorização da criança. Desde o nascimento até os três anos, a criança participa de programas de estimulação precoce que tem por objetivo estimular o processo de aprendizagem.

Os sistemas de ensino devem organizar as condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e à comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as NEE de todos os alunos. A acessibilidade deve ser assegurada mediante a eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas, na edificação – a incluir instalações, equipamentos e mobiliários – e nos transportes escolares, bem como as barreiras nas comunicações e informações (BRASIL, 2008).

O Decreto nº. 6.571 de 17 de setembro de 2008

O decreto garante que a união prestará apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma deste Decreto, com a finalidade de ampliar a oferta do AEE aos alunos com deficiência, TGD e altas habilidades e/ou superdotação, matriculados na rede pública de ensino regular (BRASIL, 2008).

A Resolução nº. 4 do Conselho Nacional de Educação de 2009

Afirma que os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, TGD e altas habilidades e/ou superdotação nas classes comuns do ensino regular de AEE ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de AEE da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos. O AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do

aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem (BRASIL, 2009).

A Lei nº. 12.764 de 2012, Lei de Proteção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista

Esta Lei considera que toda Pessoa com TEA seja considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e dita diretrizes de Política Nacional de proteção dos direitos das pessoas com o transtorno, a estabelecer as diretrizes para sua consecução (BRASIL, 2012).

Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela que apresenta síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

Como podemos observar, o Art. 1º. da lei apoia-se no (DSM-V), no que se refere aos critérios de diagnóstico para o TEA.

Embora no âmbito nacional se afirme que a iniciativa do governo na promulgação de uma lei que proteja as pessoas com TEA foi tardia em comparação com outros países, foi considerada pelas organizações e associações para atender as pessoas com TEA como sendo um sucesso, já que a promulgação adquiriu a força legal e a responsabilidade do Estado na atenção desse grupo específico de pessoas com NEE.

A sanção de uma Lei que institui a política nacional de proteção dos direitos das pessoas com TEA significa o compromisso do país na execução de um conjunto de ações, nos três níveis de governo, necessário à integralidade das atenções a essas

peessoas. A Lei, ao mesmo tempo em que protege, coíbe toda e qualquer forma de discriminação, reafirmando todos os direitos de cidadania deste público alvo. O mencionado marco legal é importante para viabilizar direitos a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamentos; acesso à educação; à proteção social (benefícios, cuidados e moradia); ao trabalho e às provisões adequadas de serviços que lhes propiciem a igualdade de oportunidades. Logo, existem diversas leis que amparam as pessoas com NEE e estas devem ser cumpridas. Portanto, a pessoa com TEA, assim como a família, devem estar atentos e conhecer tais leis, pois servirão como um respaldo para muitas ocasiões que poderão ocorrer, uma delas é a inclusão de crianças com NEE no sistema regular de ensino (BRASIL, 2012).

No Art. 2º, são apresentadas as diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista de acordo com lei citada:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País. Parágrafo único (BRASIL, 2012, p.1)

Para cumprimento das diretrizes de que trata o Art. 2º, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado (BRASIL, 2012).

2.6 MARCO HISTÓRICO E LEGAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA VENEZUELA

Apresentamos aspectos marcantes da história e da transformação da EE na Venezuela e as influências que as diretrizes internacionais tiveram no Estado para a elaboração de leis e políticas públicas que beneficiem as pessoas com NEE, enquadrado nos princípios da integração, para que a EE se torne um dos componentes do sistema educacional.

Segundo Romero (2009), a EE na Venezuela é sustentada por princípios, tais como: princípio Modernização, Princípio da Prevenção e Intervenção Precoce, princípio Normalização, princípio da Integração. O estudo dos processos de desenvolvimento histórico na educação e no particular a evolução histórica de cuidados para com as pessoas com deficiência permitem entender as influências que têm determinado as perspectivas metodológicas atualmente e como são tratadas nesta área.

Portanto, em seguida, realizamos uma descrição do processo histórico e de como é feito o cuidado das pessoas com alguma deficiência, a considerar os aspectos legais que desenvolvem o estado venezuelano, a ter em conta as conclusões e as recomendações das instituições e agências internacionais, que canalizaram em um único pensamento as referências para o atendimento às pessoas com NEE, que merecem ser tratadas como iguais ante a sociedade.

2.6.1. O Desenvolvimento histórico da Educação Especial na Venezuela

Na Venezuela, a atividade educativa começou desde os tempos da colônia, em que, por quatro séculos, se desenvolve em diferentes processos e projetos educacionais, de acordo com o tempo e a atenção dos governos e do setor privado. O surgimento de instituições educacionais especiais se remonta a meados do século XIX (1850). As primeiras ações estavam a cargo de parentes e amigos de pessoas com necessidades especiais, mas seu avanço foi a partir da publicação do Código de

Instrução Pública, de 1912, o que gerou que a atenção fosse oficializada e obrigatória no país (BECERRA, 2011).

Podemos afirmar que a evolução da EE na Venezuela não foi diferente daquela que caracterizou a atenção de pessoas com NEE em diferentes países. Desde o início do século XX, houve interesse pela sociedade venezuelana na prestação de atendimento para essa população, prova disso é o Código de Instrução Pública de 1912, no qual se reconhece aos "surdo mudo"⁶ o direito de receber atenção educacional adequada, mesmo quando eles são tipificados como "anormal". Não obstante, em 1935, quando a primeira ação é tomada em favor desta população com a criação da "Associação dos Amigos do cego e do surdo-mudo", instituição privada, que com a ajuda do Ministério da Educação da época, começa a dar atenção às crianças cegas e surdas (BECERRA, 2011).

Durante as primeiras décadas do século XX, foram criadas algumas instituições de atendimento para pessoas com deficiência, que foram a base para a criação de muitos centros em todo o país:

- 1935: Associação Venezuelana da População Cega do país, localizada em Los Teques, Estado Miranda.
- 1939: Hospital Psiquiátrico Municipal, para crianças com deficiência intelectual, localizado na Cidade de Caracas.
- 1941: Primeiro escritório de Higiene Mental, para crianças com deficiência intelectual, localizado na cidade de Caracas.
- 1945: Clínica Nossa Senhora de Guadalupe, para crianças com deficiência física, localizada na cidade de Caracas (BECERRA, 2011).

No ano 1976, ocorreram três acontecimentos para a EE na Venezuela: a) a criação do Departamento de EE, no Instituto Pedagógico de Caracas; b) a criação da Direção de Educação Especial (DEE) do Ministério da Educação; c) a publicação do documento oficial da Conceituação e Política de EE, em que são contemplados os objetivos, as metas e os princípios que orientam a atenção de pessoas com necessidades especiais (ROMERO, 2009).

De acordo com Romero (2009), em 1980, foi promulgada a segunda Lei Orgânica da Educação, fato transcendente, porque, com ela, a EE é reconhecida

⁶ Surdo mudo é nomenclatura utilizada na época do princípio de século XX para aquelas pessoas que padecem de deficiência auditiva.

como uma modalidade do Sistema Educacional Venezuelano, a legalizar, assim, o atendimento a esse setor da população.

Romero (2009) ensina que, dentro do marco legal, não podemos ignorar a Resolução 2005, que foi estabelecida por decreto presidencial datado de 2 de dezembro de 1996. Sua missão é promover e fortalecer as normas para a Integração Escolar de Pessoas com NEE. Nela é descrito que as escolas públicas e privadas, em diferentes níveis e modalidades do sistema de ensino, devem garantir a admissão, a continuação escolar e conclusão do estudo de alunos com necessidades especiais, sujeito ao cumprimento dos requisitos demandados para a integração (ROMERO, 2009).

Com a aplicação destas leis no tempo atual, as entidades governamentais têm apoiado e investido em EE, e muitas crianças, jovens e adultos estão sendo beneficiados com tais políticas educacionais, que dia a dia contribuem para melhorar o nível e a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

A abordagem médica, de acordo com Méndez (2008), foi observada particularmente no setor público, a considerar que os médicos foram os chamados num primeiro momento para diagnosticar a população destacada. Na década de 1940, por exemplo, o Serviço de Higiene Mental das Crianças foi criado sob a direção do Ministério da Saúde. Por sua vez na década de 1950, foi criado o Serviço de Higiene Mental do Instituto Nacional de Puericultura que teve, entre seus objetivos, o atendimento de pessoas com Deficiência Intelectual. Nessa mesma década, foi estabelecido um serviço psicopedagógico, anexo ao Hospital Psiquiátrico de Bárbula (MÉNDEZ, 2008).

Méndez (2008) afirma que esse modelo ainda estava em vigor na década de 1960, quando o Ministério da Educação começou a desempenhar um papel importante no atendimento da população com NEE. Assim, a partir do início desta década e sob os auspícios deste ministério, foram criados centros especializados para a atenção específica de determinadas categorias. Neste sentido, foram criadas instituições de ensino destinadas a atender pessoas com problemas de audição, e à medida que a década progrediu, foram criadas instituições de ensino para atendimento à área de deficiência intelectual. É necessário notar que, no ano de 1967,

o Ministério da Educação oficializou sua participação nesta educação específica, com a criação do Departamento de Educação de Crianças Excepcionais.

A persistência do modelo médico na década de 1960 contribuiu, no ano 1965, para a criação do Instituto Nacional de Psiquiatria infantil (INAPSI) pelo Ministério de Saúde, para cumprir as tarefas de ensino, pesquisa e assistência a crianças com necessidades especiais (MÉNDEZ, 2008).

Quanto ao modelo social, a EE na Venezuela também apresentou uma mudança na sua conceituação na década de 1970. Assim, um documento fundamental publicado pelo Ministério da Educação em 1976 Conceituação e Política da EE Venezuela estabelecia:

A experiência indicou uma programação educacional que verdadeiramente seja individualizada e adaptada às necessidades específicas da criança, se precisa ter informações suficientes, tanto as suas habilidades e dificuldades educacionais como outras áreas seu funcionamento, tais como a área biológica, cognitiva, emocional e social, o que é alcançado apenas com a atualização da equipe multiprofissional⁷ (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 1976 *apud*. MENDEZ, 2008, p. 96).

Assim, nos anos 1970, já não era o setor privado e o Ministério da Saúde que tinham o peso principal na atenção dessa população, mas se tornou o Ministério da Educação o organismo que assume a sua liderança. As mudanças foram, além disso, não apenas no nível da nomenclatura - em 1970, o Serviço para Crianças Excepcional subiu para o nível do Departamento de EE e, em 1975, tornou-se Diretoria de Educação Especial, sendo uma das suas tarefas prioritárias estabelecer as bases jurídico-legais em que se sustentaram as ações relacionadas à EE. Isso culminou com a presença de vários artigos sobre a EE na Lei da Educação 1980, em que afirmava, nomeadamente, que EE é uma modalidade do sistema educacional venezuelano,

⁷ La experiencia ha señalado que para realizar una programación educativa que realmente sea individualizada y se adapte a las necesidades específicas del niño, es necesario tener información suficiente, tanto de sus capacidades y dificultades educativas como de otras áreas de su funcionamiento, tales como el área biológica, cognoscitiva, emocional y social, lo cual se logra solamente con la actuación del equipo multidisciplinario (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 1976 *apud*. MÉNDEZ, 2008, p. 96).

como tal não foi concebido como um apêndice no sistema de educação formal, mas, sim, como uma opção (MÉNDEZ, 2008).

Na Venezuela, a abordagem social também estabeleceu o princípio da integração, e como um dos princípios filosóficos políticos que formam a base, juntamente com os princípios de democratização, modernização e padronização da EE na década de 1970 até a década dos anos 1980 (MÉNDEZ, 2008).

Romero (2009) assegura que esse modelo significou mudanças concretas, na Venezuela, contudo, na prática mostra-se que, com esse modelo social de ensino pedagógico, as categorias continuam as mesmas nos anos 1980, sob a nova legislação, que permaneceram e, em alguns casos, o que foi produzido foi uma mudança de nomenclatura. Da mesma forma, os institutos especiais para a atenção das áreas de Deficiência Visual e Deficiência Motora mostraram um certo aumento em número. Eles também eram considerados como áreas de EE, altas habilidades e/ou superdotação e impedimentos múltiplos, um dos últimos a serem adicionados foi o TEA.

Nos anos 1990, a organização da EE na Venezuela não apresentou mudanças significativas em relação aos anos 1980. As áreas e os serviços de atenção eram similares em terminologia e organização há décadas. Já com as diretrizes e recomendações feitas por organizações multilaterais, a EE consolida-se como uma parte integral do sistema regular de ensino, o que se reflete na Lei Orgânica de Educação (2009) e na Lei para Pessoas com Deficiência (2007).

2.6.2 Aspectos legais que fortalecem o processo de integração na Educação Especial na Venezuela

A EE na Venezuela é sustentada nas bases legais que são as plataformas em que o sistema nacional de educação é desenvolvido. Pode-se afirmar que as bases legais da EE orientam e conscientizam os cidadãos que têm alguma deficiência ou NEE, para que saibam sobre os seus direitos como cidadãos da República, uma vez que tais leis buscam integrar, fortalecer e capacitar, a depender do grau de dificuldade ou de acordo com sua capacidade cognitiva, também dando aos familiares a

importância que têm na formação, recuperação, socialização e inclusão com o ambiente no todo (MÉNDEZ, 2008).

As Leis da República buscam, em amplos sentidos, proporcionar oportunidade para todas as pessoas que, por algum motivo, têm uma deficiência, congênita ou adquirida, que não seja isolada de seu ambiente social, mas que ofereça a oportunidade de se adaptar à sociedade num processo educacional ao longo da vida (ROMERO, 2009).

Constituição Nacional da República Bolivariana da Venezuela (1999)

A Constituição Nacional da República Bolivariana da Venezuela (CNRBV, 1999) trata, em seu capítulo V, Artigos 81 e 86, sobre os direitos sociais e familiares. Trata também do tema no Capítulo VI dos direitos culturais e educacionais, os Artigos 101, 102 e 103. Além desses documentos, há também a Carta Social das Américas, a Carta dos Direitos Humanos, entre outros.

O Capítulo VI, dos Direitos Culturais e Educacionais estabelece:

Artigo 101: O Estado garantirá a emissão, recepção e circulação de informação cultural. Os meios de comunicação têm o dever de contribuir para a difusão dos valores de tradições populares e do trabalho de artista, escritores, compositores, cineastas, cientistas, criadores culturais e outros no país. Os meios da televisiva deve incorporar legendas e tradução na linguagem de sinais, para pessoas com deficiência auditiva. A lei estabelecerá os termos e modalidades dessas obrigações.

Artigo 102: A educação é um direito humano e um dever social fundamental, é democrática, livre e obrigatória. O Estado assumirá como uma função irrevogável de máximo interesse em todos os seus níveis e modalidades e como instrumento de conhecimento científico, humanístico e tecnológico a serviço da sociedade. A educação é um serviço público e baseia-se no respeito por todas as correntes de pensamento.

Artigo 103: Todas as pessoas têm direito a uma educação integral, de qualidade e permanente, em igualdade de condições e oportunidades, sem outras limitações que não as derivadas de suas aptidões, vocações e aspirações. A educação é obrigatória em todos os níveis, desde o nível materno até o nível médio e diversificado. O que é ensinado nas instituições do Estado é gratuito até a graduação na universidade. Para tanto, o Estado realizara um investimento prioritário, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (VENEZUELA, 1999).

1ª Lei Orgânica da Educação (1980)

É reconhecida como a primeira lei orgânica que beneficia pessoas com NEE. Nos artigos 32, 33 e 35, faz referência à EE, a ter como objetivo abordar o ensino de maneira diferente, a partir de métodos e recursos especializados, junto àquelas pessoas cujas características os testes físicos, intelectuais ou emocionais demonstram ter necessidades à orientação da EE para a realização do desenvolvimento máximo do indivíduo, a confiar mais em suas possibilidades do que em suas limitações e proporcionar a aquisição de habilidades e destrezas que o qualificam, sendo o estado venezuelano responsável por sua execução e supervisão (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 1980).

Regulamento Geral da Lei da Educação (1986)

Este regulamento em seu Art. 3 e 32, no que dita as normas e diretrizes para o cuidado de todas as pessoas que apresentam distúrbios do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, deficiências sensoriais, distúrbios emocionais e de comunicação, paralisia cerebral, deficiências motoras, deficiência intelectual ou deficiências múltiplas. Ele também irá atender aqueles com habilidades superiores e capacidade de destacar-se em uma ou mais áreas do desenvolvimento humano. O Ministério da Educação estabelecerá as medidas necessárias para assegurar que este tipo de educação seja conduzido por pessoal qualificado, de acordo com as características e necessidades da população atendida (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 1986).

Resolução nº. 2005 do ano 1996

Resolução nº. 2005 da República da Venezuela, emitida pelo Ministério da Educação, em dezembro de 1996, respaldada pelas disposições dos Artigos 55 e 78 da Constituição da República da Venezuela, em conformidade com os Artigos 34, da Lei Orgânica da Educação e Artigo 31 do Regulamento Geral da Lei Orgânica da Educação, a considerar que a EE é uma modalidade do sistema educacional nacional, em que se afirmam que a pessoas com necessidades especiais têm direito a uma educação integral de crianças, jovens e adultos, para alcançar autorrealização e independência pessoal. Estabelece que é uma prioridade para o Estado fornecer

todos os mecanismos para a realização da integração escolar de alunos com NEE, assim como, estabelece as normas para a integração escolar dessa população (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 1996).

Lei Orgânica para a Proteção de Crianças e Adolescentes (LOPNA)

A Lei Orgânica para a Proteção de Crianças e Adolescentes (LOPNA), que entrou em vigor em 1^o. de abril de 2001, surge graças a um movimento social em que vários membros da sociedade participam e em que crianças e adolescentes são protagonistas. Este instrumento legal está em conformidade com o paradigma de proteção integral na convenção internacional sobre os direitos da criança. Em seus Artigos 60 e 61, trata diretamente do que se refere à Educação de Crianças e Adolescentes com NEE. O Estado deve garantir modalidades, regimes, planos e programas educativos específicos para crianças e adolescentes com necessidades especiais. Da mesma forma, deve assegurar, com a participação da sociedade, o gozo efetivo e pleno do direito à educação e o acesso aos serviços de educação dessas crianças e adolescentes. O Estado deve assegurar recursos financeiros suficientes para atender a essa obrigação, bem como o gozo efetivo e pleno do direito à educação, bem como programas específicos de educação, de acordo com suas necessidades (VENEZUELA, 2000).

Gaceta oficial nº. 5637 de 1 novembro 2005 que aprova a Convenção da Guatemala de 08 de outubro de 2001

Lei que aprova e reconhece as diretrizes fixadas na "Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência". Decreto da Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, publicado na Gaceta Oficial N. 5.637 de 1^o. de novembro de 2005 (VENEZUELA, 2005).

Lei para Pessoas com Deficiência (2006)

Entra em vigor, no ano 2006, a Lei para Pessoas com Deficiência, cujas regras são pontuais e precisas, em termos de todo um sistema que desenvolve os direitos e as condições nas quais deverá garantir o desenvolvimento integral de uma pessoa deficiente, a ratificar que são cidadãos com plenos direitos. O objetivo da lei é

regulamentar os meios e os mecanismos que garantam o desenvolvimento integral das pessoas com deficiência de maneira plena e autônoma, de acordo com suas habilidades, o gozo dos direitos humanos e a integração na vida familiar e comunitária mediante a sua participação direta como cidadãos plenos de direitos e da participação solidária da sociedade e da família. Estas disposições são de ordem pública e garantem as facilidades de atendimento que devem ser fornecidas às pessoas com deficiências, em que as pessoas com TEA são considerados como deficientes (VENEZUELA, 2000).

2ª. Lei Orgânica da Educação (2009)

Esta lei foi promulgada na Gaceta Oficial nº. 5.929, de 15 de agosto de 2009, derrubando a Lei Orgânica da Educação, publicada em Gaceta Oficial nº. 2.635, de 28 de julho de 1980. Esta lei tem como objetivo desenvolver os princípios orientadores e valores, direitos, garantias e deveres em educação, assumidos pelo Estado como uma função irrevogável do maior interesse, de acordo com os princípios constitucionais e guiados por valores éticos humanistas para a transformação social, bem como as bases organizacionais e operacionais do Sistema Educativo da República Bolivariana da Venezuela. O Estado, de acordo com a perspectiva da Constituição da República, garante a igualdade de condições e as oportunidades para que crianças, adolescentes, homens e mulheres exerçam o direito a uma educação inclusiva e de qualidade. As modalidades deste sistema de ensino são variantes da educação para o cuidado das pessoas que, por suas características específicas e seu desenvolvimento integral, requerem adaptações curriculares permanente ou temporariamente, a fim de satisfazer as exigências de condições dos diferentes níveis educacionais, sendo a EE uma das modalidades educativas com todos os benefícios da Lei (VENEZUELA, 2009).

Projeto de Lei de Atenção Integral e Proteção para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Condições Similares (2016)

Este projeto de lei foi aprovado em Primeira Discussão em 26 de maio de 2016 pela Assembleia Nacional. A lei tem como princípio fundamental a proteção de pessoas com TEA ou condições semelhantes, garantindo a integração dessas pessoas citadas à vida moral, bem como a integração dentro do sistema nacional de educação.

O TEA está atualmente sendo considerado uma pandemia global, devido ao aumento dramático em sua prevalência mundial nos últimos anos, superando os diagnósticos de câncer, diabetes e HIV. Segundo as estatísticas internacionais, 1 em cada 59 crianças é diagnosticada com TEA (BAIO, 2014, *apud* ALCANTUD et al., 2017), a Venezuela não foge a essa realidade, apesar de não ter registros oficiais de prevalência do TEA.

Na Venezuela, são usados dois sistemas para o diagnóstico do TEA: a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), encontramos a seguinte classificação para TEA:

- Autismo infantil
- Autismo atípico
- Síndrome de Rett
- Outro Transtorno Desintegrativo de Crianças
- Transtorno hipercinético com retardo mental e movimentos estereotipados
- Síndrome de Asperger
- Outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
- Transtornos Globais do Desenvolvimento Não Especificado (VENEZUELA, 2016)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), realiza uma classificação da patologia a localizar as várias condições dentro de uma única categoria: Transtornos do Espectro Autista, com três níveis de severidade: 1, 2 e 3.

De acordo com o DSM-V, os TEA estão na categoria de Transtornos Neurológicos, bem como as condições semelhantes que incluem:

- Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade
- Transtorno de Déficit de Atenção com 1 Hiperatividade Específica
- Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade não Específica
- Transtorno da Comunicação não Específica
- Distúrbios da Comunicação social
- Transtorno Específicos de Aprendizagem (VENEZUELA, 2016).

Atualmente, os milhões de Venezuelanos com TEA não têm a estrutura do Estado que garante sua atenção, proteção e inclusão na sociedade, o que torna essa

população vulnerável. O projeto de lei citado define que as pessoas com TEA, e condições semelhantes têm os seguintes direitos humanos fundamentais:

- I. Direito de acesso ao diagnóstico e uma avaliação justa, precisa e imparcial.
- II. Direito de acessar todas as terapias apropriadas para sua saúde mental e física, bem como aquelas que beneficiam o equilíbrio mental.
- III. Direito de acesso a tratamentos médicos e biomédicos de qualidade.
- IV. Direito a uma formação educacional levando em conta suas habilidades e interesses, o acesso à cultura para as distrações para o tempo livre para atividades esportivas e para poder aproveitá-las plenamente.
- V. Direito a um emprego adequado, ajustado à sua condição e a receber uma renda ou salário que lhe permita cobrir suas necessidades básicas, bem como alojar-se adequadamente para seu bem-estar pessoal.
- VI. Direito à assistência jurídica e a fazer valer seus direitos legais.
- VII. Direito a uma vida sexual saudável plena e segura, sem o risco de ser forçada ou vítimas de serem exploradas ou violadas. mesmo dentro da instituição do casamento (VENEZUELA, 2016).

Desde 1999, na Venezuela, os direitos das Pessoas com Deficiência têm status constitucional, razão pela qual as outras leis que os protegem são derivadas da CNRBV. Desta forma temos:

- Normas COVENIN, para garantir acessibilidade em edifícios públicos e urbanismo.
- Leis Estaduais para População com deficiência e NEE
- Ordenanças Municipais para População com deficiência e NEE.
- Outras leis que motivam a proteção da População com deficiência em NEE.

O desenvolvimento da EE gerou uma série de elementos que, de alguma forma, estão direcionados a essa modalidade de ensino, o que causou uma extensão massiva da escolaridade e que uma maior diversidade de alunos frequenta a escola que antes era caracterizada por ser seletiva e discriminatória, onde as crianças com NEE tiveram poucas chances de ingressar e permanecer no sistema de ensino regular.

Romero (2009) e Oliveira et al. (2017) afirmam que a inclusão é um processo contínuo e progressivo, cujo objetivo é incorporar o indivíduo com NEE à escola regular e à sua comunidade, sendo considerado como uns dos fenômenos mais

importantes da educação nos últimos anos, em que seu objetivo principal é unir dois sistemas paralelos de educação em um sistema unificado que responde às necessidades particulares de todos os alunos num ambiente de inclusão.

3. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

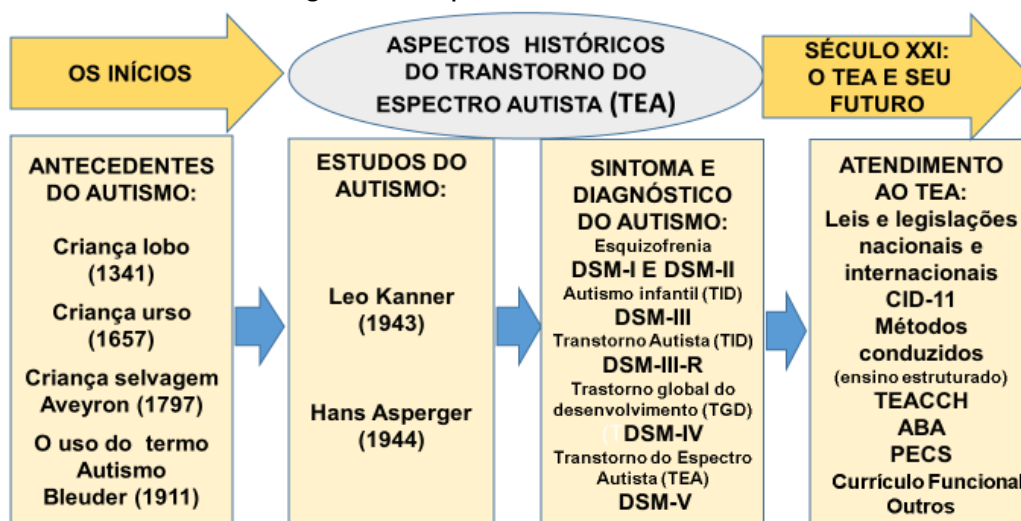
O autismo tem seu início no século XVIII relacionado a esquizofrenia infantil, não foi até 1980 onde seria reconhecido como autismo infantil, o TEA é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. A seguir mostramos como se foi desenvolvendo o TEA.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO CAMINHO SOBRE O AUTISMO

O caminho de estudo sobre o autismo tem seu início no século XVIII, quando o homem começou a prestar atenção aos transtornos do comportamento humano. Nessa época, não se havia ainda definido o autismo como um transtorno, porém já se abriam caminhos, pelas pesquisas dos psicólogos da época, sobre a existência de um transtorno com características muito particulares, diferentes das deficiências intelectuais reconhecidas até o momento. Bleuder (1911) o referiu, originalmente, como um transtorno básico da esquizofrenia (termo cunhado por Bleuler), que consiste na limitação das relações com as pessoas e com o mundo externo, uma limitação tão extrema que parece excluir tudo o que não se é próprio da pessoa (FRITH, 1991).

Na Figura 1, mostramos o que foi esse transtorno desde os primeiros dias em que foi identificado na história até a atualidade.

Figura 1: Aspectos históricos do TEA



Fonte: Elaborado pela autora

As primeiras características de crianças que possuem o TEA como a primeira evidência documentada e associado são relatadas em documentos que podem ser classificados como fantasiosos ou vagos, porque o período em que foram escritos não havia muitos estudos, no entanto, para a Psicologia são considerados os primeiros achados. Como afirma Ribeiro (2006), são consideradas assim as indicações de crianças que, depois de pouco tempo de vida, se isolam da população, vivem como animais, não falam e não andam como pessoas socializadas. Tais histórias se originaram de relatos relativamente comuns no século XVIII, que descreviam crianças encontradas no campo, apresentadas como sobreviventes por circunstâncias especiais, desde os primeiros anos de vida, criadas por animais, sem contato com humanos e assim se tornam selvagens (RIBEIRO, 2006).

O primeiro registro de uma criança selvagem data de 1344, um menino-lobo achado na região de Hesse, na Alemanha, citado pelo filósofo francês Jean-Jacques Rousseau, no “Discurso sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade entre os Homens”. O fenômeno tem, também, ocorrências recentes. Um exemplo é o russo Andrei Tolstyk, abandonado aos 3 meses e criado por cães, sendo descoberto numa parte remota da Sibéria em 2004, aos 7 anos, andando de quatro, latindo e cheirando tudo o que via (RIBEIRO, 2006).

Cada novo caso de criança selvagem proporciona aos investigadores novos materiais para o estudo da natureza humana, já que, por sua característica, o ser humano nasce sem nenhum tipo de conhecimento, que o adquire ao passar do tempo, aprendendo os costumes, os hábitos e a linguagem, tudo aquilo que é próprio da natureza humana que precisa apreender de seu entorno para sua sobrevivência. Segundo Leite & Galvão (2000), mesmo a postura bípede se desenvolve se alguém não der a mão antes. Nas histórias de vida dessas crianças, dois fatores saltam logo aos olhos: primeiro, sua impressionante capacidade de sobreviver nas condições mais adversas: enfrentando frio, calor e, muitas vezes, o ataque de animais; depois, o árduo caminho que percorrem ao serem educadas para que saiam da condição de selvagens e se tornem “civilizadas”. O isolamento, entretanto, costuma deixar marcas profundas em todas elas (LEITE & GALVÃO, 2000).

A mais célebre criança selvagem, que inspirou inúmeros livros, ficou conhecida primeiro como Selvagem de Aveyron e, mais tarde, chamado de Victor pelo médico e

educador francês Jean Itard (1774–1838), que se encarregou de sua criação. O menino foi encontrado por caçadores em 1799, com aproximadamente 12 anos, vagando por bosques na França. Estava nu, sujo, mordido e arranhado, alimentava-se de nozes e raízes (RIBEIRO, 2006). Tinha 23 cicatrizes causadas por mordidas de animais e outra, no colo, por uma provável facada. Andava trotando, farejava o que lhe davam, roía os alimentos, amava os campos e tinha aversão a usar roupas e a comer alimentos cozidos. Não falava, apenas emitia sons guturais, não demonstrava expressão (RIBEIRO, 2016).

Nunca se soube se Victor na realidade se perdeu ou foi abandonado por sua família no mato. Sabe-se apenas que viveu em completo isolamento. Foi levado a uma instituição nacional de surdos-mudos, em que Philippe Pinel (1745-1826)⁸, considerado o pai da psiquiatria moderna, em 1800, o diagnosticou como “acometido de idiotia” e, portanto, não suscetível à socialização e à instrução. Porém, Jean Itard (1801) discordou de seu mestre e resolveu educar ele mesmo o menino (RIBEIRO, 2016).

Itard escreveu dois relatórios sobre seus progressos: um em 1801, após um ano de trabalho com o menino; outro em 1806. No primeiro relatório, afirma que os hábitos de Victor mostravam os sinais de uma vida errante e solitária, também demonstravam que tinha passado pelo menos sete de seus doze anos no isolamento. Segundo os médicos, o menino dava aos cientistas a incrível oportunidade de determinar quais seriam os graus de inteligência e a natureza das ideias de um adolescente que, privado desde a infância de qualquer educação, tivesse vivido inteiramente separado dos indivíduos de sua espécie (RIBEIRO, 2016).

⁸ Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, notabilizou-se por ter considerado que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que, ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como doentes e não de forma violenta. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais, demência precoce ou esquizofrenia (ESTER, 2012).

3.2. OS PRIMEIROS ESTUDOS DO AUTISMO

A palavra “Autismo⁹” como termo médico, foi usada pela primeira vez por Leo Kanner, em 1943, embora o termo tenha sido desenvolvido por Plouller, em 1909, em um trabalho para a descrição de seus pacientes que faziam referência a tudo em sua volta consigo mesmo, porém logo depois os sintomas dos pacientes foram nomeados com o termo “esquizofrenia”, sendo assim, o autismo e a esquizofrenia são termos criados por Plouller (PRAÇA, 2011).

Leo Kanner (1894-1981), médico psiquiatra austríaco, publicou, em 1943, na revista *Nervous Children*, os resultados de sua pesquisa intitulada “Autistic Disturbances of affective contact”, ao demonstrar que o autismo passou a ser diferenciado da deficiência intelectual e da esquizofrenia infantil. Em sua pesquisa com onze crianças, Kanner (1943) observou que apresentavam características comuns: dificuldades em manter relações sociais desde a mais tenra idade, além de atraso na linguagem, ou alterações como ecolalia - o termo é empregado para definir a característica de repetição sistemática de palavras ou sílabas pelo sujeito, com inversão de pronomes, estereotipias – padrões restritos e repetitivos de comportamento, além de uma obsessão em manter-se numa mesma atividade (COSTA, 2015).

Embora Kanner tenha dado a definição generalizada, em seus trabalhos, retrata que cada criança manifesta uma peculiaridade diferente, devendo ser descritas singularmente. Na verdade, o que fez foi completamente ao contrário. Essas contradições, podem ser entendidas quando analisadas em um contexto histórico. Por mais que Kanner tenha tentado colocar a subjetividade dos estados clínicos dessas crianças, a possibilitar a abertura do questionamento para as generalizações e classificações, ele se submeteu, no final, às regras da ciência impostas na época,

⁹A definição do autismo aconteceu no ano 1914 quando foi nomeada uma série de transtornos que não se encaixam com os sintomas da esquizofrenia já reconhecidos, com a aparição dos DSM o nome há ido evoluindo de acordo com os avanços das pesquisas para este tipo de doença variava desde limítrofe à superior, além de apresentarem dificuldades educacionais

criando uma nova patologia e universalizando a singularidade do ser humano (CAMARGOS, 2017).

Devido a que cada criança com TEA, tem sua singularidade específica, Kanner em sua pesquisa nomeou a patologia primeiramente como “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, para depois mudar para “autismo”, sendo o autismo uma patologia que se manifesta em forma diferente em cada indivíduo. Os autores depois de Kanner buscavam complementar sua teoria, tentando enquadrar diferentes estados clínicos em graus de autismo, como psicose simbólica, psicose do retardo, psicose infantil, entre outros (CAMARGOS, 2017).

Em 1944, Hans Asperger (1906-1980), em suas pesquisas com mais de 400 pessoas, descreveu crianças mais velhas e adolescentes, cujos comportamentos também chamou de “psicopatia autística”. Essas crianças, assim como as de Kanner, eram inábeis nas relações sociais, e, apesar de terem boa linguagem, usavam-na de forma inadequada, muito frequentemente, voltada apenas para os próprios interesses, assim como apresentavam coordenação motora ruim e linguagem corporal restrita, com a inteligência específica (SILVA, 2017).

A partir de então, muito se discutiu e se estudou sobre os distúrbios mentais, sobretudo os pesquisadores psicanalistas, que inicialmente influenciaram fortemente a forma de como entender o autismo infantil. Essas investigações produziram, com o passar do tempo, uma variedade de hipóteses causais, como, por exemplo, a de que o autismo era um tipo de esquizofrenia infantil, ou uma psicose simbiótica, também que poderia ser causado por influências parentais patogênicas. Após o surgimento dessas visões, em meados da década de 1950, Kanner, que originalmente compreendia o autismo infantil como um distúrbio inato, passou a entendê-lo erradamente como um problema emocional causado pelo desafeto das mães, consideradas frias e mecanizadas com seus filhos (SILVA, 2017).

Esses transtornos são coletivamente conhecidos como transtornos invasivos de desenvolvimento. Esse grupo de condições está entre os transtornos de desenvolvimento mais comuns, a afetar aproximadamente um em cada 200 indivíduos na época (WING, 1996). Eles estão também entre os com maior carga genética entre os transtornos de desenvolvimento, com riscos de recorrência entre familiares da

ordem de 2 a 15% se for adotada uma definição mais ampla de critério diagnóstico. Seu início precoce, perfil sintomático e cronicidade envolvem mecanismos biológicos fundamentais relacionados à adaptação social (WING, 1996).

A linha psicanalítica de pensamento sobre o distúrbio inclui conceitos polêmicos como o de “mãe geladeira”, a produzir mais discussões e investigações e, em decorrência delas, o autismo infantil foi, por muitos anos, entendido como uma psicose da infância ou esquizofrenia. Foi somente na década de 1960, a partir dos estudos de Rimland (1964), que o autismo passou a ser compreendido por alguns estudiosos como um transtorno neurobiológico e não psicogênico. No entanto, mesmo com as novas hipóteses, em 1967, na 8ª. revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 8), o autismo foi colocado como um subgrupo da esquizofrenia (SATO, 2008).

De acordo com essa perspectiva, os comportamentos de pessoas com TEA são mantidos por suas consequências, passíveis de modificação e ampliação, e não tem causas internas, mas, sim, biológicas somadas a uma determinação ambiental (SILVA, 2017). Nas décadas que se seguiram aos anos 1960, aumentaram as publicações sobre esse modelo de intervenção e compreensão do TEA e foram lançados manuais de treinamento para amplificar a intervenção analítico-comportamental para pais e outros profissionais. E, desde então, essa forma de compreender o TEA e de se trabalhar como a população cresceu significativamente (SILVA, 2017).

Na década seguinte (1970), pesquisadores como Kolvin (1972) e Rutter (1972) deram um importante passo na diferenciação entre o autismo e a esquizofrenia, demonstrando, em seus resultados, que esses transtornos se distanciavam em algumas características clínicas e no histórico familiar (SILVA, 2017). A partir desses e de outros trabalhos, tornou-se clara a importância de se estudar o autismo separado da esquizofrenia, e passou-se a sugerir que há componentes genéticos na etiologia do transtorno, assim como o uso de tratamentos estruturados com foco no comportamento eram mais adequados (SILVA,2017).

Sato (2008) afirma que, originalmente, Kanner considerou a nova síndrome como um distúrbio autista inato de contacto afetivo, sem atribuí-la às questões estabelecidas no primeiro contacto entre pai e filho. Mais na década de 1940 e 1950,

influenciado pela teoria vigente da época, passou a ver autismo como um problema emocional, o resultado de influências parentais antagônicas. Para eles “mães-geladeiras”, não afetuosas, distantes e obsessivas que forneciam cuidados mecanizados, causavam autismo em seus filhos. Por essa opinião, Kanner (1943) foi obrigado a se retratar publicamente com os pais de crianças que tinham autismo, alguns anos mais tarde e a desmentir esse conceito.

Essas sub caracterizações do autismo mostram não as diferenciações entre elas, mas, sim, o que ele pode englobar, por isso, vários pesquisadores já começaram a tratar o termo “autismo” como “autismos”. O conceito do TEA tem-se apresentando tão amplo, que pode dificultar o diagnóstico, porém, quanto mais se estuda e se observa, mais termos e conceitos são criados para descrevê-lo, devido ao requerimento de especificidade tanto pelo requerimento pessoal como pelo científico (CAMARGOS, 2017).

3.3. A DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

A história do autismo transforma-se por um século e reflete as discussões em torno da nosografia dos transtornos qualificados como autísticos e da classificação nos sistemas utilizados há 76 anos, quando a terminologia foi empregada pela primeira vez, especialmente aqueles publicados nos últimos anos, a CID-10 e os DSM III, III-R, IV e V, embora não tenham sido mencionadas características nos primeiros Manuais de Diagnósticos Estatísticos de Transtorno Mentais DSM-I e DSM-II. Após a revisão histórica, demonstramos como se chegou às transformações do conceito do Transtorno do Espectro Autista (TEA), até os tempos atuais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, define autismo, como Transtorno do Espectro Autista (TEA):

Entender que os TEA são distúrbios do desenvolvimento e condições que surgem na primeira infância e, na maioria dos casos, persistem por toda a vida e são marcadas pela presença de elementos que prejudicam o desenvolvimento da interação e comunicação social e repertório restrito de atividade e interesse, acompanhados ou não de deficiências intelectuais e de linguagem; e essas manifestações do distúrbio variam muito em termos de combinações e níveis de gravidade dos sintomas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 3).

Isto significa que a observação dos sintomas do autismo infantil encontra-se em uma diversidade de patologias e, por isso, introduziu-se o conceito Transtorno do Espectro do Autismo e estabeleceu-se a tríade de sintomas centrais: a) sociabilidade; b) comunicação e linguagem; c) padrão alterado de comportamento. Com este conceito, introduziu-se a ideia de que os sintomas da tríade ocorrem em diferentes graus de intensidade e formas de manifestação (SATO, 2008).

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), o manual aponta que os sintomas de esquizofrenia, que foram diagnosticados, faziam referência às reações psicóticas em crianças, a manifestar-se principalmente no autismo, não apresentando explicações específicas sobre o autismo ou possível sinais do transtorno (ONZI & GOMES, 2015).

Na procura pela atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em uma época em que se apresentavam muitas pesquisas do comportamento da conduta dos transtornos intelectuais do ser humano, no ano 1968 foi publicada a segunda edição do Manual (DSM-II). Grandin e Panek (2015), afirmaram que o termo “Reação Esquizofrênica” referido no DSM-I, foi eliminado, e a classificação passou a ser “Esquizofrenia tipo infantil”, e que o termo autista só é mencionado para descrever sintomas de esquizofrenia, e não um diagnóstico próprio. “Comportamento autista, atípico e introvertido”, dizia uma referência, “pensamento autista”, dizia outra (GRANDIN & PANEK, 2015, p. 12).

Ao final dos anos 1970 e início da década de 1980, houve uma movimentação por parte dos profissionais da saúde, na tentativa de uniformizar o diagnóstico do autismo, dando forças aos manuais nosológicos (SILVA, 2017). Nesta época, embora na Classificação Internacional de Doenças, CID-9 (OMS, 1979), o autismo ainda estivesse associado à esquizofrenia infantil, chamado de psicose ou Síndrome de Kanner, em 1980, ele foi oficialmente considerado uma patologia diferente da esquizofrenia, incluído na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), publicado em 1980, listando o autismo infantil em uma categoria denominada Transtornos Invasivo do Desenvolvimento (TID), dividido em dois subgrupos diagnósticos, que se diferenciavam pelo momento em que se iniciaram os sintomas (SILVA, 2017).

Nesta época, na literatura internacional, os critérios diagnósticos mais amplamente utilizados foram os descritos no DSM-III. Em 1987, uma versão corrigida e revisada do Manual foi publicada (DSM III-R), com isso novas modificações aconteceram e, dentre elas, a mudança do nome autismo Infantil para Transtorno Autista e a inserção dos três domínios de prejuízos qualitativos: interação social recíproca, comunicação e interesses restritos (SILVA, 2017).

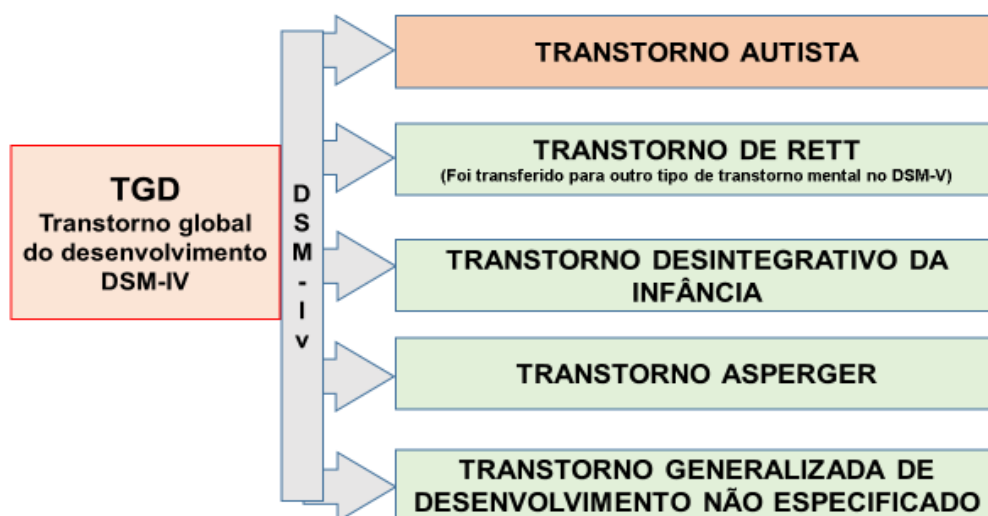
Segundo Grandin & Panek (2015), no DSM-III-R, abordou-se mais profundamente o termo Transtorno Autista. Critérios e diagnósticos específicos foram implementados e divididos em categorias, em que o sujeito deveria se enquadrar para obter o diagnóstico (GRANDIN & PANEK, 2015). Dessa maneira, o DSM-III (com 6 critérios de diagnósticos) e sua revisão, o DSM-III-R (com 16 critérios de diagnósticos divididas em 3 categorias), foram um marco importante em termos de revolução no diagnóstico do autismo, pois passou a ser uma entidade nosográfica.

Em 1993, foi publicada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças, CID-10, apresentando importantes modificações para o diagnóstico do autismo. Nele, o autismo infantil pertence ao capítulo das desordens mentais e do comportamento, mais especificamente às desordens do desenvolvimento psicológico (OMS, 1993). Ele está categorizado no grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento - TID (SILVA, 2017).

Com a publicação do DSM-IV, em 1994, o transtorno sofreu novas mudanças de conceituação e classificação. O termo Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) foi substituído por Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), para descrever que os sintomas desses transtornos afetam diferencialmente múltiplas áreas do desenvolvimento. Nessa última classificação, estavam inclusos cinco transtornos, diagnosticados diferencialmente: Transtorno Autista; Transtorno de Rett; Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TGDSOE); Transtorno de Asperger; e o Transtorno Desintegrativo da Infância (APA, 2002). É importante mencionar que, nessa época, os diagnósticos propostos pelos dois manuais eram equivalentes, para que não houvesse confusão entre pesquisadores clínicos ao redor do mundo (KILIN, 2006). Na figura 2. Fazemos uma representação gráfica do TEA segundo o DSM-IV.

Afirmam Onzi & Gomez (2015) que, na versão revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV o DSM-IV-TR (APA, 2002), descreve-se que os TGD caracterizam-se pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: a) habilidades de comunicação; b) presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas; c), habilidades de interação social recíproca.

Figura 2: O Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-IV



Fonte: Elaborado pela autora

Da mesma forma, na edição do DSM-V, publicada no ano 2013, foram feitas as mais recentes modificações nos critérios diagnósticos e na classificação do transtorno do Autismo (APA, 2013). Passou-se a utilizar o termo Transtorno do Espectro Autista (TEA), a excluir, assim, as demais denominações presentes nos TGD (APA, 2013). Com a nova nomenclatura, ampliou-se o conceito para um único transtorno, caracterizado por alterações qualitativas na comunicação e na interação social e, também, por uma considerável inflexibilidade cognitiva e comportamental.

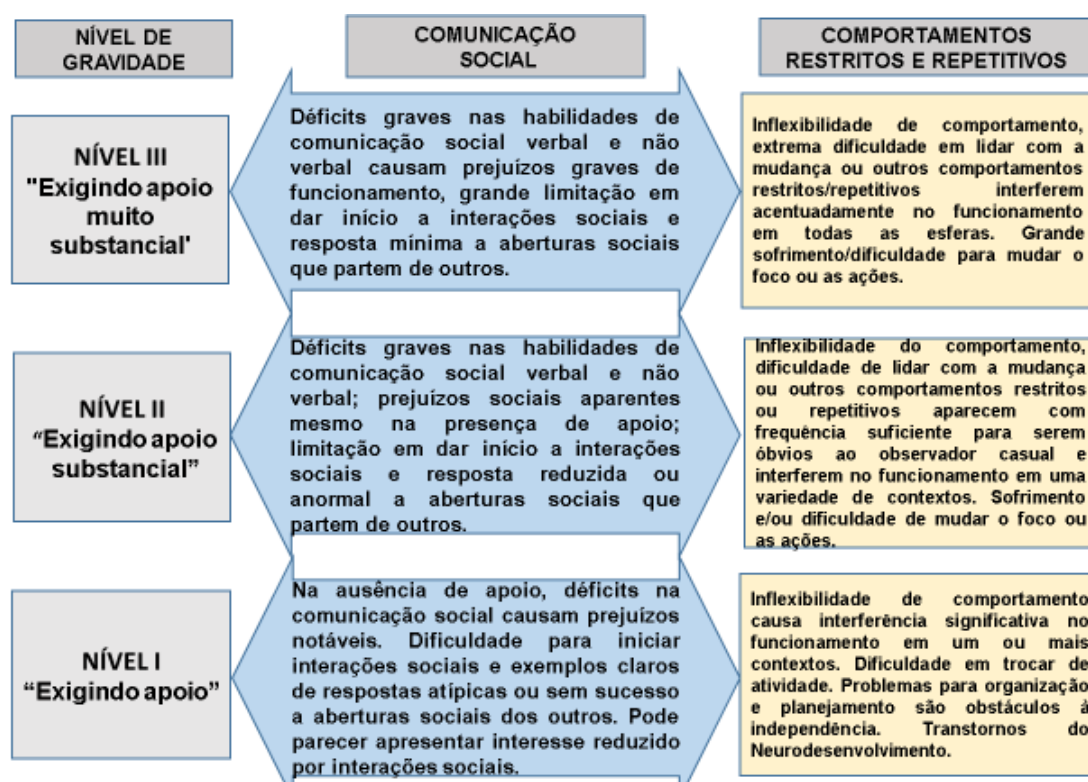
Nesta nova classificação, estão englobados apenas os sintomas do que antes era chamado de Transtorno Autista, Síndrome de Asperger e TGD-SOE, ou seja, somente os indivíduos que outrora receberam um destes diagnósticos se enquadram nos novos critérios (APA, 2013).

A proposta do DSM-V defende que os sintomas dessas três patologias representam um contínuo de leve a grave, o que, de acordo com essa classificação, inviabiliza o diagnóstico diferencial de transtornos específicos, como era feito com os

TGD, pois, o que varia de um indivíduo para o outro é a severidade e a forma de manifestação dos sintomas e não o tipo de transtorno ou o sintoma em si. Os critérios diagnósticos propostos, nessa classificação, especificam três graus de severidade, bem como descrevem o estado de desenvolvimento geral do indivíduo em relação à comunicação social e outros comportamentos motores e cognitivos relevantes (APA, 2013). Ainda de acordo com a proposta do DSM-V, a tríade de sintomas descrita em 1979 tornou-se uma díade, pois os sintomas relacionados à interação e comunicação social foram agrupados em um só domínio (SILVA, 2017).

Segundo os novos critérios do DSM-V, o TEA varia em três níveis de severidade descritos pelo tipo de suporte que o indivíduo necessita em dois domínios psicopatológicos (Nível 1, 2 e 3). O Nível 1 requer apoio pouco substancial, o 2 requer apoio substancial e o 3 requer apoio muito substancial.

Figura 3: Níveis de Severidade do TEA segundo o DSM-V



Fonte: DSM-V, 2013, p. 52

Com a publicação dos novos critérios no DSM-V, provocou diferentes discussões pelo mundo sobre os impactos das mudanças na vida dos indivíduos que se enquadram e dos que não mais se enquadram no espectro, sobretudo os anteriormente classificados como tendo síndrome de Asperger. Além disso, essas

mudanças interferem diretamente na epidemiologia do transtorno, o que também vem sendo amplamente discutido. Os sintomas para serem caracterizados como TEA não podem ser melhor explicados pela deficiência intelectual ou por um atraso no desenvolvimento global (APA, 2013).

Em breve será lançada a 11ª revisão da CID, que provavelmente trará modificações em seus critérios para o TEA, semelhantes ao DSM-V (OMS, 2018). Diante disso, observamos que muito se transformou no que diz respeito à compreensão do TEA, no entanto, inferimos que, embora já tenham ocorrido muitas mudanças na forma de nomeá-lo e descrevê-lo, é provável que novas modificações ainda venham a ocorrer. Todas essas descobertas, suposições e descrições têm afetado diretamente na forma com que se dá o diagnóstico de uma criança, o que, em muitos casos, pode implicar no tipo de tratamento que irá receber e consecutivamente no curso e prognóstico dos sintomas.

3.4. A PREVALÊNCIA DO TEA, UM TRANSTORNO EM ASCENDÊNCIA

A prevalência do TEA tem mostrado contradições devido às implicações que causam. Em particular, há o fato de que até hoje não são conhecidas as causas originárias da doença. Também há a obtenção de valores epidemiológicos e a comparação adequada entre áreas geográficas com outras patologias e idade etc. um primeiro passo descritivo provável para lançar a hipótese de trabalho sobre fatores potencialmente causais que poderiam ser contrastadas de forma experimental ou clínica.

De acordo com estudos epidemiológicos nos últimos 50 anos, pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017), a prevalência global deste transtorno parece estar aumentando. Há muitas explicações possíveis para este aparente aumento, entre elas, uma maior consciência dos pais, a aplicação dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e melhor comunicação.

No DSM-V descreve em 2013 que, em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Ainda não está clara se taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do

DSM-IV de modo a incluir casos subliminares, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno (DSM-V, 2013).

Assim:

Fatores como mudanças nos critérios de diagnóstico, práticas de detecção e diagnóstico precoce, políticas de EE, disponibilidade de serviços e conhecimento do TEA (tanto no público em geral quanto entre profissionais) podem ser os responsáveis pelo aumento da prevalência ao longo do tempo. Na década de 1990, o aumento no número de crianças diagnosticadas produziu simultaneamente em muitos países a expansão significativa dos serviços para crianças com TEA, causando um efeito dominó (ALCANTUD et al., 2017).

Guevara & Kasem (2015) afirmam que o estudo da prevalência e incidência de TEA ao longo da história trata de um aumento vertiginoso no número de casos diagnosticados. Nos Estados Unidos, país que desenvolveu mais estudos epidemiológicos nesse sentido, foi registrado que, em meados da década de 1970, a prevalência era estimada em 1/5.000 pessoas, em meados da década de 80 em 1/2.500 pessoas, e em meados da década de 1990 está localizado em 1/200 pessoas. A partir dessas primeiras investigações, estima-se que a prevalência tenha aumentado entre vinte e trinta vezes esse número. Ao mesmo tempo, as pesquisas na Europa estimavam uma prevalência de 1 por 2.500 crianças e até o ano 2000, estimativas de extensas pesquisas estabeleceram um intervalo entre 1% e 2% da população europeia (LAY; LOMBARDO; BARON-COHEN, 2013; BLUMBERG; BRAMLETT; KOGAND ; COLS, 2013, *apud* GUEVARA & KASEM, 2015).

Os relatórios constantes do aumento vertiginoso das estatísticas de prevalência do TEA nos Estados Unidos estabeleceram a necessidade de controle pelo sistema de saúde pública desta nação. Assim, em 2000, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta (CDC) criou a Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento (ADDM) para coletar e sistematizar dados que poderiam fornecer estimativas confiáveis de prevalência (BAIO, 2014, *apud* GUEVARA & KASEM, 2015).

Ao seguir a atividade desta organização, sabe-se que, até 2014, a data mais recente em que os registros estão disponíveis, as estatísticas datam de uma prevalência de 1/59 indivíduos. Os dados do Quadro 2 apresenta detalhadamente os relatórios semestrais entregues pelo sistema, desde a sua fundação:

Quadro 2: Resultados de prevalência dos casos de TEA publicados pela ADDM (consulta 21-3-2016)

Ano	Ano nascimento	População total de crianças com TEA de 8 anos em vigilância	Prevalência TEA por 1,000	Aproximadamente 1/x criança
2000	1992	187,761	6.7 (6.3, 7.1)	1 / 150
2002	1994	407,578	6.6 (6.4, 6.9)	1 / 150
2004	1996	172,335	8.0 (7.6, 8.4)	1 / 125
2006	1998	307,790	9.0 (8.6, 9.3)	1 / 110
2008	2000	337,093	11.3 (11.0, 11.7)	1 / 88
2010	2002	363,749	14.7 (14.3, 15.1)	1 / 68
2012	2004	346,978	14,6(8,2 -24,6)	1 / 68

Fonte: ALCANTUD, ALONSO E MATA, 2016 Prevalência do Transtorno do Espectro Autista: Revisão de Dados ADDM

Outros estudos feitos no Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, mostrou um aumento de 15% no número de crianças que fazem parte do transtorno do espectro autista (TEA) em relação aos dois anos anteriores. Isso significa 1 caso para cada 59 crianças (estimativas de 2014, divulgadas agora) contra 1 em cada 68 (estimativas de 2012, divulgadas em 2016). O que demonstra um aumento de 20% nos últimos 5 anos, enquanto que, nas últimas duas décadas, o incremento é de 700% dos números de casos registrados (BAIO, 2014, *apud* ALCANTUD et al., 2017).

Em países como o Brasil e Venezuela, há pouca ou nenhuma informação a partir de estudos e estatísticas de prevalência de casos de TEA na população. Os poucos estudos que são conhecidos são o resultado de iniciativas locais em mostras limitadas ou estudos de registros médicos conhecidos, sejam publicações internacionais ou boletins da OMS. No caso do Brasil, chama a atenção o fato de não existir estatísticas oficiais sobre o real número de pessoas com transtorno do espectro autista, havendo apenas estimativa na ordem de 2 milhões de brasileiros que integram o público com essa deficiência (BRASIL, 2018).

No caso da Venezuela, não há um controle preciso das taxas de prevalência do autismo, embora alguns especialistas mostram um aumento em crianças com esta

condição, continua a tendência ao aumento de casos, como está sendo percebido em outras nações do mundo, segundo afirma a OMS (OMS, 2017).

Durante os 76 anos das pesquisas do TEA, este tipo de deficiência sofreu várias alterações e mudanças nos conceitos e denominações, assim como nos Manuais de Diagnósticos Estatísticos de Transtorno Mentais (DSM) publicados pela APA, onde foram apresentados diferentes critérios e categorias em cada uma de suas publicações, até chegar à versão mais atualizada DSM-V, em que foram agregadas estas categorias de diagnósticos para uma só, que seria a categoria diagnóstica atual para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

4. ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA

No processo de ensino e aprendizagem de crianças diagnosticadas com TEA, é muito importante que se ofereça, assim como para todas as outras pessoas, condições apropriadas de ambiente de aprendizado. Esta forma de educação num ambiente planejado para esse fim proporciona aprendizagem e adaptação em todas as suas áreas de atuação, a oferecer a melhoria na sua qualidade de vida e de suas famílias. Essa situação é fundamental quando o TEA é diagnosticado precocemente, porque, no atendimento precoce, podem-se apresentar melhores resultados em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem e habilidades sociais, dessa forma, poderá ser elaborado um plano de ensino de acordo com as necessidades individuais de cada aluno com TEA (BRASIL, 2014).

4.1. SINTOMATOLOGIA ESPECÍFICA DOS CASOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

A criança, quando é diagnosticada como uma pessoa com TEA, há uma série de normas e ações que os pais podem oferecer para a melhoria da qualidade de vida de seu filho e a integração com a sociedade. É necessário realizar atividades concretas para se obter o diagnóstico mais preciso, afim de garantir as melhores e mais apropriadas técnicas e métodos de atendimento para as crianças com TEA, isto de acordo com as capacidade, os talentos e as habilidades de cada uma, que assegurem a obtenção de melhores resultados em função do aprendizagem, da mesma maneira, como a criança com TEA vai se adaptar ao mundo que o rodeia e fazer sua vida mais próxima das outras pessoas para incorporar à sociedade.

Como já descrito, o TEA engloba diferentes quadros marcados por perturbações do desenvolvimento neurológico com três características fundamentais: a) sociabilidade; b) comunicação e linguagem; c) padrão alterado de comportamento, que estão especificadas no DSM-V.

Nas últimas duas décadas, diferentes pesquisas (ONZI & GOMES, 2015, SCHWARTZMAN et al., 2015, SILVA, 2015) identificaram a idade onde se apresentam os primeiros sintomas do TEA, mediante entrevistas realizadas com os pais de

crianças diagnosticadas com o transtorno. Resultados mostram que os primeiros sintomas no desenvolvimento tendem a ser percebidos pelos pais durante os dois primeiros anos de vida, sendo que nesta idade que varia de entre os 15 meses a 24 meses (ZANON et al., 2014).

Como afirmam Pereira & Pereira (2015), cada criança reage de maneira distinta a estímulos semelhantes, portanto, uma avaliação individual de cada comportamento, estereotípias, nível de desenvolvimento e limitações se faz procedente para, enfim, haver a intervenção necessária. É fundamental observar que as atividades oferecidas não estejam acima de suas condições cognitivas. Portanto, se uma criança tem dificuldade de manter-se concentrada, suas atividades, inicialmente, devem durar menos tempo que o exigido, sendo acrescentado mais tempo a cada tentativa, até que ela possa cumprir o tempo necessário para a atividade, sem causar-lhe estresse ou irritação (PEREIRA & PEREIRA, 2015).

4.2 O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Onzi & Gomez (2015) afirmam que existem poucos recursos instrumentais para a realização do diagnóstico do indivíduo com suspeita de autismo e, mesmo com muitos estudos na área, não existe nenhum marcador biológico que possibilite um exame preciso para a confirmação ou não desse diagnóstico. Outro fator importante a ser salientado é a forma como ocorrerá a comunicação do diagnóstico de autismo aos pais. É um processo delicado, que promove uma oportunidade única aos profissionais em estabelecer uma aliança de confiança com eles, e para que possam elaborar o diagnóstico de forma mais coerente possível e menos estressante.

De acordo com Correia (2010), TEA é considerado uma desordem que pode envolver comprometimentos de ordem neurológica. Todavia, não há ainda um exame ou procedimento médico que confirme isoladamente o seu diagnóstico. Por isso, é necessário realizar uma série de exames, avaliações e análises com fins de compilar um número suficiente de informações que permitam esboçar mais seguramente o quadro clínico. Os exames mais comuns são os que avaliam a capacidade auditiva (audiometria, timpanometria), os que indicam a possibilidade da presença de tumores, convulsões ou anormalidades cerebrais, eletroencefalogramas, imagens por tomografias computadorizadas e por ressonância magnética (CORREIA, 2010).

De acordo com Fonseca (2015), o diagnóstico do TEA é essencialmente clínico. Baseia-se em sinais, características e sintomas que a criança apresenta, e leva em conta os critérios estabelecidos por DSM-V e pelo CID-10.

Por sua vez, Araújo (2014) afirma que o TEA é associado a diversos problemas neurológicos ou neuroquímicos, contudo, ainda não há nenhum exame que possa detectar sua origem. Segundo Araújo (2014), os diagnósticos são formulados geralmente a partir de observação de conjunto de sintomas apresentados pela pessoa, que são descritas pelo corpo de especialistas que podem apresentar o diagnóstico.

Os Critérios mais recentes publicados pela APA no DSM-V para a diagnóstico do TEA são mostrados no seguinte quadro:

Quadro 3: Critérios de diagnóstico para o TEA de acordo com o DSM-V

CRITÉRIOS	CARACTERÍSTICAS
A- Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia	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.
B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia.	1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipadas ou repetitivas (p. ex., estereotipias 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 preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos). 4. Hiper ou hipo-reatividade 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).
C.- Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente 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.	

Fonte: DSM-V, 2013, p. 50

De acordo com Onzi & Gomes (2015), os pais das crianças que apresentam os sintomas do TEA são normalmente os primeiros que observam que alguma mudança na conduta de seu filho está acontecendo. Nesse momento, começa a busca por auxílio, sendo um período de incertezas, o que antecede o processo de elaboração e formação do diagnóstico. No entanto, cabe salientar sobre a importância da forma como esse diagnóstico é elaborado pelos pais das crianças com TEA. Onzi & Gomes (2015) afirmam que, assim que o diagnóstico é comunicado, é importante dirigir os pais aos recursos úteis, o que auxilia na sensação de que existe algo para fazer.

De igual maneira os autores citados enfatizam que as crianças são encaminhadas à avaliação psicológica mais tarde do que o desejável, visto que os pais começam a expressar suas dúvidas por volta dos 24 meses de idade da criança e a idade do diagnóstico é por volta dos quatro anos. A identificação precoce do diagnóstico e as intervenções realizadas em crianças com TEA podem determinar o prognóstico, a incluir maior rapidez na aquisição da linguagem, facilidade nos diferentes processos adaptativos e no desenvolvimento da interação social, a aumentar sua chance de inserção em diferentes âmbitos sociais (ONZI & GOMES, 2015).

O TEA pode se manifestar já nos primeiros meses de vida da criança, ou se apresentar após período inicial de desenvolvimento aparentemente normal, seguido por regressão do desenvolvimento (autismo regressivo), o que ocorre em cerca de 30% dos casos diagnosticados (SCHWARTZMAN et al., 2015).

Em crianças com idade menor aos dois anos, em geral, não é possível estabelecer o diagnóstico de TEA. Contudo, em boa parte dos casos, podem ser identificados sinais compatíveis com essas condições que, ao serem identificados, justificam o início do atendimento que deve ser mantido até que os sinais e sintomas suspeitos desapareçam ou, então, prosseguir, caso fique evidente que um TEA está realmente presente (ONZI & GOMES, 2015).

Com o diagnóstico do TEA, o pronto início da metodologia de ensino requerida é muito importante, assim mesmo, os familiares devem compreender que qualquer ação que garanta e melhore o desenvolvimento pessoal da criança deve ser reportada à equipe pedagógica (SCHWARSTZMAN et al., 2015).

De acordo com o DSM-V (APA, 2013, p. 53), “[...] os diagnósticos são mais válidos e confiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo observações do clínico, história do cuidador e, quando possível, auto relato”. O manual destaca, ainda, que os primeiros sinais do TEA envolvem, frequentemente, atrasos no desenvolvimento da linguagem, acompanhados por ausência de interesse social ou por interações incomuns, padrões estranhos de brincadeiras, além de padrões anormais de comunicação. Durante o segundo ano, os comportamentos das crianças com alta probabilidade de padecimento de TEA tornam-se ainda mais claros para os pais e os professores na escola.

Na mesma publicação, a APA descreve que

As características comportamentais do TEA tornam-se inicialmente evidentes na primeira infância, com alguns casos apresentando falta de interesse em interações sociais no primeiro ano de vida. Algumas crianças com TEA apresentam alguma regressão no desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida (DSM-V, 2013, p. 55).

Tais características são muito raras em outros tipos de transtornos, podendo ser este comportamento um sinal de alerta útil para os pais, para detectar um potencial caso de TEA em seu filho.

É importante ressaltar, dentro do tema do diagnóstico no TEA, que não existem fármacos específicos para seu tratamento, embora os neurologistas, em alguns casos, recomendam o uso de medicamentos que podem ajudar a manter sob controle os

sintomas muitos marcados como ansiedade, agressividade, movimentos repetitivos, convulsões e comportamento autodestrutivo. Em geral, as crianças com TEA não respondem da mesma maneira aos fármacos usados. Porém, o uso de medicamento deve sempre seguir recomendação médica e deve ser feito sempre junto com outros tratamentos. Há várias opções de tratamentos, que devem ser realizados sempre sub recomendação por equipes multidisciplinares. Por este motivo, é importante observá-los cuidadosamente e manter registros detalhados, a indicar como eles respondem ao tratamento farmacológico (especialmente quando vários medicamentos são prescritos). Desta maneira, pode-se encontrar o medicamento mais adequado para cada caso (BRASIL, 2011).

4.3 MÉTODOS PEDAGÓGICO PARA O ENSINO EM CRIANÇAS COM TEA

Oliveira (2016) afirma que todo ensino implica uma intencionalidade – oposta à ideia de aprendizagem incidental. Nesse sentido, até mesmo os métodos de ensino por descoberta implicam um certo grau de estruturação.

Um deles, muito comum em escolas privadas, é o “ensino estruturado”. Ele refere-se a uma forma de ensino sistemática e explícita, baseada não apenas em estratégias didáticas robustas, mas numa organização da apresentação dos conteúdos sob o comando de um professor: o que o professor faz é previamente estabelecido e como reage às respostas dos alunos também obedece a um script mais ou menos flexível dependendo da qualificação do professor (OLIVEIRA, 2016, p. 1).

Do mesmo modo, o autor afirma que o ensino estruturado pode envolver tanto uma aula expositiva, totalmente centrada no professor, ou apoiada em textos, livros didáticos ou exercícios, ou até mesmo um sistema de ensino programado para ser utilizado num computador, com maior ou menor grau de interatividade e feedback. O grau de rigidez ou flexibilidade também pode variar de acordo com as características do aluno.

Ao aliar o conhecimento sobre o TEA e a necessidade de ensino estruturado desde a mais terna idade, é possível oferecer uma educação baseada no estilo de aprendizagem da criança com TEA, a garantir que as adequações sejam suficientes e pertinentes, a aumentar a competência e a motivação e minimizar a frustração (LEITÃO, 2016).

O ensino estruturado é o apoio, para que o aluno com Transtorno do Espectro do Autismo consiga superar os déficits relacionados ao autismo e seja bem-sucedido em sua experiência de aprendizagem. Estruturando fisicamente o ambiente de aprendizagem, de acordo com o nível de compreensão do aluno, o efeito dos déficits e de suas consequências é minimizado. Um dos papéis do professor é ensinar o aluno a aprender e para tal deve planejar a estrutura individual, de acordo com as necessidades de cada um (LEITÃO, 2016, p. 12).

Esta educação proporciona, às pessoas com TEA, maior independência em todas as suas áreas de atuação, a favorecer uma melhoria na qualidade de suas vidas e de suas famílias (LEITÃO, 2016).

Nas normas orientadoras para as unidades de ensino estruturado para alunos com TEA do Ministério da Educação do Brasil (2008), estabelece-se que o ensino estruturado é uma ferramenta fundamental para a eficaz aprendizagem das crianças com TEA. Surgido na década de 1970 e desenvolvido por Eric Schopler e seus colaboradores, o ensino estruturado consiste em ensinar técnicas comportamentais e métodos de educação especial a crianças autistas, a fim de que respondam às suas necessidades, muitas vezes, impossibilitadas pela falha na comunicação (PEREIRA & PEREIRA, 2015).

Pereira & Pereira (2015) asseguram que o Ensino Estruturado procura um ambiente em que o aluno se insira mais previsível e acessivelmente, a minimizar reações a grandes mudanças no ambiente físico e comportamentais. Visa, portanto, melhorar sua autonomia por meio de capacidades adaptativas, e a participação na escola junto aos colegas de turma, a almejar a inclusão na sociedade. Normalmente, à medida que vão se desenvolvendo, as crianças aprendem a estruturar seu ambiente, enquanto que os autistas e outras pessoas com distúrbios difusos do desenvolvimento precisam de uma estrutura externa para otimizar uma situação de aprendizagem

De acordo com Fernandes (2016), há intervenções psicopedagógicas que podem ser desenvolvidas pelos professores, tais como o Método TEACCH (Tratamento em Educação para Autistas e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação), ABA (Análise Aplicada ao Comportamento), PECS (Sistema de Comunicação Mediante Troca de Figuras), entre outras.

4.3.1 Método de Ensino Estruturado TEACCH

O Método TEACCH (*Treatment and of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), que traduzido em português significa Tratamento em Educação para Autista e Crianças com Deficiências Relacionadas à Comunicação, é um programa de intervenção terapêutica educacional e clínico, conforme afirmam Schwartzman & Assumpção (1995).

Este método teve origem em 1966, nos Estados Unidos, na Carolina do Norte, Escola de Medicina, Divisão de Psiquiatria por Doutor Eric Schopler¹⁰ (1927-2006) e seus colaboradores.

O programa foi desenvolvido por meio da observação aprofundada e criteriosa dos comportamentos de crianças autistas. Mais tarde, visto que se tratava de uma metodologia eficiente e favorável, estendeu-se ao atendimento em várias entidades educativas para pessoas com características assemelhadas ao autismo, como, por exemplo, déficit de comunicação, déficit intelectual com características de autismo ou gravemente comprometidas, psicóticos e hiperativos (RAMOS & RAMOS, 2014).

O TEACCH é um trabalho de intervenção terapeuta baseado na determinação de objetivos bem definidos e direcionados aos comportamentos que se pretendem mudar, com o propósito de extinguir ou amenizar comportamentos indesejáveis, a reforçar positivamente. Segundo o reforço positivo dos estímulos, aumenta a probabilidade das condutas entendidas como adequadas e negativas para serem realizadas na convivência social (SCHWARSTZMAN & ASSUMPÇÃO, 1995).

Schwarstzman & Assumpção (1995) afirmam que o Método TEACCH promove a capacidade de ativar estímulos positivos e readaptar os estímulos negativos em possíveis condutas de adaptação do indivíduo às suas atividades diárias e sociais. Assim, consideramos que mediante o método TEACCH pode-se realizar uma intervenção psicopedagógica direcionada ao comportamento e à aprendizagem.

¹⁰ Dr. Eric Schopler (1927-2006) é professor de Psicologia da Universidade de Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Foi pioneiro no âmbito internacional das pesquisas para o atendimento do TEA em crianças e adultos, desenvolveu-o junto com seus colaboradores a metodologia psicopedagógica do ensino estruturado

Santos (2016) afirma que o ensino estruturado tem como base o TEACCH, porém, antes de usar este método, a criança é avaliada para que o programa seja realizado de acordo com as suas necessidades. Sendo o ensino estruturado uma intervenção baseada no TEACCH,

Na perspectiva educacional, o foco do programa TEACCH está no ensino capacitado de comunicação, organização e partilha social. Assim, centra-se nas áreas fortes [...] Processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais. O programa deve ser sempre adaptado a níveis de funcionamento diferente e as necessidades de cada pessoa (FONSECA, 2004, p.18, *apud*, SANTOS, 2016).

Como explica Theodoro (2018), o método TEACCH precisa de um ambiente especialmente adaptado para a realização das terapias de ensino:

Consiste numa sala estruturada visualmente com uso de ferramentas de apoio visual também fazem parte da dinâmica de trabalho, podendo citar agendas de rotina objetos, símbolos, fotos, cartões ou a própria escrita retratando aquilo que o aluno irá fazer (conforme seu grau de entendimento), montados num painel em uma lateral da sala; mesas para o trabalho independente com materiais concretos devidamente estruturados da esquerda para a direita ou de cima para baixo, uma mesa com o professor, em que este trabalhará atividades em que o aluno não realiza sozinho e para finalizar um canto livre ou área de lazer para o aluno fazer aquilo que mais gosta, como uma forma de recompensa (THEODORO, 2018).

Rodrigues (2017) assegura que o método TEACCH se baseia na adaptação do ambiente para facilitar a compreensão da criança em relação a seu local de trabalho e ao que se espera dela. Por meio da organização do ambiente e das tarefas de cada aluno, o TEACCH visa o desenvolvimento da independência do aluno de forma que precise do professor para o aprendizado de atividades novas, mas possibilita-lhe ocupar grande parte de seu tempo de forma independente.

Ao partir do ponto de vista de uma compreensão mais aprofundada da criança e das ferramentas de que o professor dispõe para lhe dar apoio, cada professor pode adaptar as ideias gerais que lhe serão oferecidas ao espaço de sala de aula e aos recursos disponíveis, e até mesmo às características de sua própria personalidade, desde que, é claro, compreenda e respeite as características próprias de seus alunos (RODRIGUES, 2017).

Objetivos Fundamentais do Método TEACCH

De acordo com Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência (APRAESPI), o programa TEACCH é baseado em princípios da Análise Aplicada do Comportamento, a utilizar adaptações curriculares adequadas ao desenvolvimento da pessoa com autismo. Os Objetivos do método TEACCH se definem em:

1. Ajustar a pessoa com autismo ao meio em que vive;
2. Ensinar novas habilidades de forma correspondente;
3. Usam abordagem baseada no visual;
4. Oferecem uma estrutura física adequada e adaptada a pessoa com autismo;
5. Organizam as tarefas visualmente;
6. Aproveita os pontos fortes e os interesses da pessoa com autismo desenvolvendo suas habilidades;
7. Torna os conceitos concretos e visuais;
8. Generaliza as habilidades para fora da sala de aula apoiando o convívio social e familiar;
9. Sistematiza as mudanças;
10. Programas são individualizados (APRAESPI, 2019. P. 1).

A estrutura da sala de aula é fundamental para o atendimento de pessoa com TEA, já que esta induz à familiarização com o meio ambiente.

O objetivo principal do método TEACCH é proporcionar uma melhor qualidade de vida às crianças com TEA, fazendo que sua vida seja mais autônoma, Morais (2012, p. 89) ensina que

Este modelo pode adaptar-se às necessidades específicas de cada criança, bem como a diferentes níveis de funcionamento. Por ser um Modelo flexível, pois adequa-se a maneira de pensar e de aprender destas crianças, e o professor tem a vantagem de poder encontrar as estratégias mais adequadas, podendo desta forma responder mais assertivamente às necessidades individuais, e minimizar muitos problemas que perseguem estas crianças, tornando o seu dia-a-dia mais previsível e menos confuso. Este programa permite modificar e organizar o meio a favor da deficiência deste tipo de aluno (MORAIS, 2012, p. 89).

O método TEACCH é essencial para o desenvolvimento do aluno que padece de TEA. Os procedimentos utilizados estruturam o comportamento e ajudam

efetivamente as pessoas a se organizarem no meio em que vivem, a facilitar o inter-relacionamento e o desenvolvimento das atividades em sala de aula e nos atendimentos com a equipe interdisciplinar (ONZI & GOMES, 2015).

De igual maneira, Onzi & Gomes (2015) asseguram que a essência do TEACCH é o ensino estruturado, que visa a buscar a organização do ambiente por meio das rotinas e atividades como forma de ensino e orientação para novas habilidades funcionais. Essas autoras destacam que o principal objetivo do programa é propiciar o desenvolvimento de habilidades funcionais e emergentes, principalmente nas áreas de comunicação e autonomia. Nesse sentido, o TEACCH foi criado para ajudar os autistas e suas famílias. O foco do tratamento é melhorar a adaptação, principalmente ao se sentirem aflitos com mudanças, a salientar seus pontos fortes (ONZI & GOMES, 2015).

4.3.2 Método de Ensino Estruturado ABA

Segundo Rodrigues (2017), a análise do comportamento aplicada, ou ABA (*Applied Behaviour Analysis*) é uma abordagem da psicologia que é usada para a compreensão do comportamento e vem sendo amplamente utilizada no atendimento a pessoas com TEA. As técnicas de modificação comportamental têm se mostrado bastante eficazes no tratamento, principalmente em casos mais graves de TEA. Para um analista comportamental, ser um terapeuta significa agir como um educador, ao invés de um processo que envolve um processo abrangente e estruturado do ponto de vista do ensino-aprendizagem ou reaprendizado.

A Fundação Lovaas (2015) assinala que a ABA é uma rama da Psicologia que tem fornecido a maior quantidade de estudos científicos de qualidade, publicados em revistas com critérios de revisão metodológica, a demonstrar a eficiência de vários procedimentos e técnicas comportamentais para reduzir comportamentos inadequados, e como no aumento do repertório de comportamentos adequados e novas habilidades, especificamente em crianças com TEA. Também a Fundação Lovaas (2015) indica os três princípios básicos do modelo de intervenção do ABA:

1. Análise - O progresso é avaliado a partir das intervenções registradas e medidas em seu progresso.
2. Comportamento - Baseado em princípios científicos de comportamento.

3. Aplicado - Princípios aplicados em comportamentos observados.
(Fundação Lovaas, 2015)

Santos (2015) assegura que um dos métodos mais reconhecidos para trabalhar o comportamento é o ABA, que tem como princípio fundamental as consequências favoráveis ou positivas, no qual o objetivo consiste, com base nesse comportamento positivo, estimular de forma natural o seu desenvolvimento. O modelo de comportamento está associado com uma abordagem da psicologia usada para compreender os comportamentos atípicos, suas funções são explicar, analisar e observar a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem (SANTOS, 2015).

Nos EUA, o uso deste método de atendimento tem sido muito empregado pelas instituições de ensino para atender as crianças com TEA, pois há uma Lei que regulamenta a terapia ABA como a forma mais eficaz para o tratamento de pessoas com autismo (BECERRA 2018). Isto é devido ao grande suporte científico que o ABA apresenta na sua estrutura, como afirmam Camargo & Rispoli (2013):

Sabe-se que o método ABA possui grande suporte científico e tem sido o método de intervenção mais pesquisado e amplamente adotado, sobretudo nos Estados Unidos, para promover a qualidade de vida de pessoas com TEA. No entanto, uma melhor e mais completa compreensão do ABA, enquanto método de intervenção em todas as suas dimensões e complexidade, requer o claro entendimento de sua base conceitual e dos princípios do comportamento que determinam a sua prática e fazem desta uma abordagem de intervenção efetiva, principalmente para pessoas com autismo (CAMARGO & RISPOLI, 2013, p. 641).

De acordo com Lear (2004), o método de ensino estruturado ABA é usado como base para instruções intensivas e estruturadas em situação de um-para-um. Embora ABA seja um termo “guarda-chuva”, que englobe muitas aplicações, as pessoas usam o termo “ABA” como abreviação, para referir-se apenas à metodologia de ensino para crianças com TEA.

Um programa de ABA frequentemente começa em casa, quando a criança é muito pequena. A intervenção precoce é importante, mas esse tipo de técnica também pode beneficiar crianças maiores e adultos (BEZERRA, 2018).

A metodologia, as técnicas e o currículo do programa também podem ser aplicados na escola, afirma Lear (2004). A sessão de ABA normalmente é individual, em situação de um-para-um, e a maioria das intervenções precoces seguem uma agenda de ensino em período integral – algo entre 30 a 40 horas semanais. O programa é não aversivo – rejeita punições, a concentra-se na premiação do comportamento desejado.

O currículo a ser efetivamente seguido depende de cada criança em particular, mas geralmente é amplo; a cobrir as habilidades acadêmicas, de linguagem, sociais, de cuidados pessoais, motoras e de brincar. O intenso envolvimento da família no programa é uma grande contribuição para o seu sucesso (BEZERRA, 2018).

Também Lear (2004) faz referência ao psicólogo Ivar Lovaas (1927-2010), que foi a primeira pessoa a aplicar os princípios da ABA para ensinar crianças com TEA. Em 1987, Lovaas publicou os resultados de um estudo de longo prazo sobre o tratamento de modificação comportamental em crianças diagnosticadas com TEA. Os resultados do seguimento destas crianças mostraram que, em um grupo de 19 crianças, 47% dos que receberam tratamento atingiram níveis normais de funcionamento intelectual e educacional, com uma performance bem-sucedida na 1ª série de escolas públicas, 40% do grupo tratado foram depois diagnosticados com retardo leve e frequentaram classes especiais de linguagem, e os 10% remanescentes do grupo tratado foram diagnosticados com retardo severo. Comparativamente, em um grupo de 40 crianças, somente 2% do grupo controle (aqueles que não receberam o tratamento de ABA usado por Lovaas), receberam planos educacionais e intelectuais normais, 45% foram diagnosticados com de retardo leve e 53% foram diagnosticados com retardo severo.

Quadro 4: Estudo de Lovaas sobre o tratamento de modificação comportamental em crianças diagnosticadas com TEA – 1987

CONDIÇÕES DAS CRIANÇAS	RESULTADOS		
	RAZOÁVEL	RECUPERADOS	RUINS
Crianças tratadas com ABA	47%	40%	10%
Crianças NÃO tratadas com ABA	2%	45%	53%

Fonte: Ivar O. Lovaas, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, v. 55, n.1, p. 3-9.

O Método ABA é mais fácil de aprender e de usar, bem como torná-lo acessível a mais pessoas a um custo barato. Ele foi planejado para atender às necessidades de dois diferentes grupos de pessoas: a) as famílias ou professores que não têm acesso a um psicólogo especializado em ABA, por não poder pagar pelo serviço ou não quer esperar para começar o trabalho; b) famílias e professores que estão dirigindo um programa de ABA e precisam de um meio eficaz e barato para treinar novos professores (BEZERRA, 2018).

Com a aplicação do método ABA e à medida que a criança avança em suas terapias, as habilidades tendem a aumentar e com elas novas e mais complexas tarefas estarão aparecendo, fazendo que a instrução avance de maneira gradual. É muito importante que os professores e pais compreendam a forma gradual de ensino, onde passo a passo novas tarefas e reforçamentos são incluídos. Desta maneira, os comportamentos das crianças com TEA que recebem tratamento com ABA podem ser significativamente beneficiados.

Objetivo Do Método ABA

Como afirma Onzi & Gomes (2015), o método psicopedagógico de ensino estruturado ABA visa ensinar à criança autista habilidades que não possui, por meio de etapas associadas a instruções ou indicações. O ABA tem por objetivo tornar o aprendizado prazeroso para a criança e ensiná-la a reconhecer diferentes estímulos.

De acordo com a “Guia de Diagnóstico e Tratamento do TEA” (FERRE et al., 2008), diferentes estudos confirmam que o método ABA tem como objetivo ajudar a promover a independência e melhorar a qualidade de vida da criança com TEA e da sua família. O método ABA destina-se a reduzir certos comportamentos problemáticos específico e ensinar novas habilidades. Trata-se de um programa intensivo que é caracterizado por fornecer um trabalho personalizado, integração escolar e padronizada, terapia em ambiente natural, ensino de habilidades e atividades funcionais, gestão de dificuldades em todas as áreas de desenvolvimento e conselhos aos pais, familiares e pessoas próximas à criança, quanto ao seu desenvolvimento e desempenho (FERRE et al., 2008).

A terapia em ambiente natural consiste em aplicar o programa de maneira sistemática e estruturada, em contextos onde a criança convive normalmente, e,

assim, ensinar-lhe condutas e comportamentos que realmente irá executar e precisar, por exemplo: aguardar a sua vez numa fila, comprar numa loja, curtir com amigos, etc. Isto facilita a generalização das atividades aprendidas em diferentes lugares e momentos. É considerado fundamental o envolvimento das pessoas que estão perto da criança na terapia, para que aprendam a gerenciar as diversas situações e para ensinar-lhe as diferentes habilidades a criança (FERRE et al., 2008).

É a partir das bases metodológicas da ABA e as anteriores que esse modelo de intervenção permite a efetiva aquisição de novas habilidades e um maior impacto no desenvolvimento da criança com TEA.

4.4.3 Outros Métodos de Ensino Estruturado para o Atendimento do TEA

Existem outros métodos de ensino estruturado que também servem como ferramentas de atendimento para crianças diagnosticadas com TEA, que também têm úteis sua aplicação de acordo a cada caso específico, com o único fim comum de melhorar a qualidade de vida e fazer mais fácil a sua aplicação no processo de inclusão na escola regular.

Belisário & Cunha (2010) observam que os alunos com NEE em muito se beneficiam com as atividades realizadas pelo AEE, haja vista que se trata de um serviço que contribui para o acesso e a participação de todos no ambiente escolar.

O Método PECS

O PECS (*Picture Exchange Communication Symbol*) é um sistema que se propõe a promover um meio de Comunicação Alternativa (CA) por meio de figuras ou pictogramas. Este método foi desenvolvido para ajudar pessoas com TEA ou outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir a habilidade de comunicação. Objetos concretos, representados em miniaturas, fotos e/ou pictogramas são utilizados para estabelecer a comunicação por meio de trocas: a pessoa entrega um cartão simbolizando o que deseja e recebe de volta o que solicitou (KRAUSE & NETO, 2016).

O método PECS pode ser utilizado com indivíduos que não falam ou que possuem comunicação com baixa eficiência. Este método visa ajudar a pessoa a perceber que, por meio da comunicação, é possível conseguir muitas coisas as quais

se deseja. Além disso, o método também ajuda a diminuir problemas de conduta (MELLO, 2007).

Este método é bastante aceito, pois não demanda materiais complexos ou caros, é fácil de aprender e, ao ser bem aplicado, apresenta resultados inquestionáveis na comunicação por cartões em crianças que não falam, e também na organização da linguagem verbal em crianças que têm dificuldades de comunicação e precisam organizar sua linguagem (MELLO, 2007).

O Currículo Funcional Natural

De acordo com Suplino (2005), no início da década de setenta, um grupo de pesquisadores na Universidade do Kansas, nos Estados Unidos, discutiu e propôs um currículo que pudesse ser utilizado para crianças normais na faixa etária de quatro a cinco anos. Este currículo propunha desenvolver habilidades que levassem as crianças a atuarem da melhor forma possível dentro do seu ambiente, a torna-las mais independentes e criativas

Os pesquisadores apresentaram uma proposta de ensino que visa à melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência mental. De um modo geral, trata-se de um amplo empreendimento de ensino projetado para oferecer oportunidades para os alunos aprenderem as habilidades que são importantes para torná-los independentes, competentes, produtivos e felizes em diversas áreas importantes da vida familiar e em comunidade (CERQUEIRA, 2008).

A ideia básica é que o ensino esteja orientado para promover a interação positiva desse aluno com o meio em que vive. Currículo Funcional é aquele que facilita o desenvolvimento de habilidades essenciais, a participação em uma grande variedade de ambientes integrados. Para determinar se uma atividade curricular é funcional ou não, o professor deve se perguntar: caso o aluno não aprenda a desempenhar esta atividade, alguém terá que fazer isto, para ele? Se a resposta for sim, a atividade muito provavelmente será funcional (CERQUEIRA, 2008).

Esse currículo foi pensado para que as crianças aprendessem habilidades que as ajudassem a adaptar-se nos seus ambientes escolares; um currículo desenhado desta maneira estruturada poderia ser considerado e denominado como Currículo

Funcional, por desenvolver habilidades funcionais (que têm função, são úteis) para o indivíduo em seu ambiente. Estava surgindo um currículo que, apesar de naquele momento não ter sido desenhado para crianças com necessidades educativas especiais, mais tarde seria modificado e aplicado com esse fim (SUPLINO, 2005).

A palavra funcional se refere à maneira como os objetivos educacionais são escolhidos para o aluno, a enfatizar que aquilo que ele vai aprender tenha utilidade para sua vida a curto ou a médio prazo. A palavra natural diz respeito aos procedimentos de ensino, ambiente e materiais os quais deverão ser o mais semelhantes possível aos que encontramos no mundo real (SUPLINO, 2005).

Em conclusão Para mediar o processo de aprendizagem, independentemente da escolha do método estruturado que deverá utilizar o professor, tanto os profissionais quanto os familiares devem dar demonstrações de afetividade às crianças com TEA, e o diagnóstico deverá ser feito de maneira mais precoce possível, a garantir, assim, um bom desempenho no processo de aprendizagem, como melhorias na sua adaptação ao processo de inclusão na escola regular.

5. DESENHO DA METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia é a explicação de forma detalhada de toda as ações são conduzidas na elaboração de uma pesquisa, à procura dos resultados possíveis, em função da problemática a resolver e os objetivos a serem alcançados.

Para Gerhardt & Seilveira (2009), a metodologia significa organização, estudo sistemático, pesquisa, investigação, ou seja, é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência. Etimologicamente, significa o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica para a efetivação dos objetivos proposto, conforme explica Minayo (2007), metodologia de forma abrangente e concomitante é

Como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas (MINAYO, 2007, p. 44 apud, GERHARDT & SEILVEIRA 2009).

O presente estudo é uma pesquisa de tipo bibliográfica e comparativa, já que tem como objetivo um estudo mediante os conceitos da Educação Especial relacionados com o atendimento de crianças com TEA na Educação Infantil, para gerar aportes que melhorem e facilitem o atendimento dessas crianças, a minimizar as barreiras para uma efetiva inclusão nas aulas regulares, no processo de otimização da aprendizagem. Comparamos os atendimentos oferecidos às pessoas com TEA no Brasil e na Venezuela.

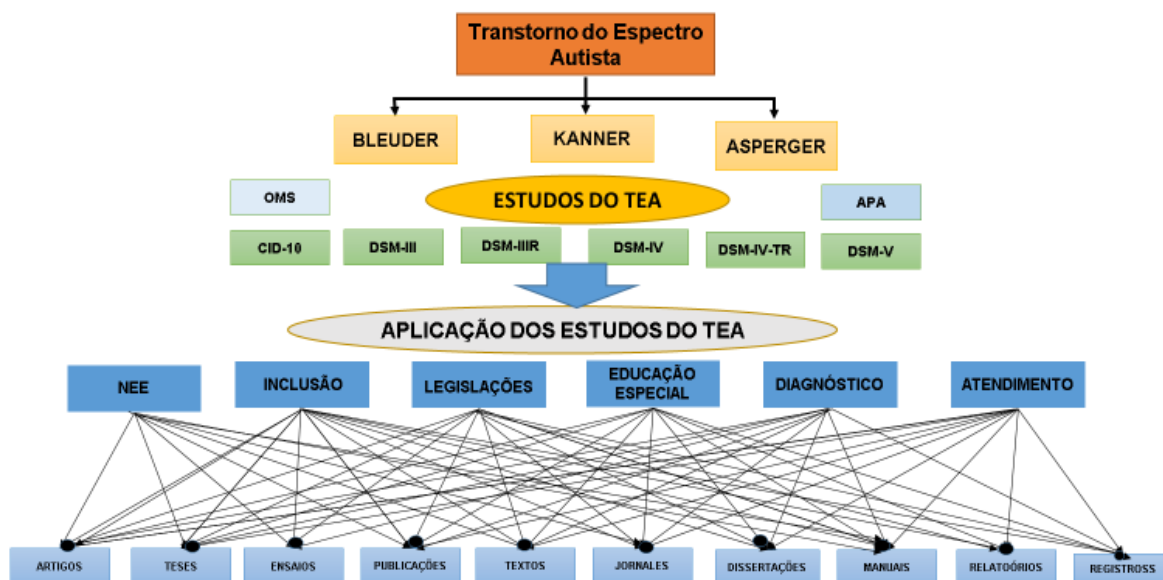
5.1. ASPECTOS DA PESQUISA TIPO BIBLIOGRÁFICA

Sobre a revisão bibliográfica da pesquisa, consideramos os seguintes aspectos:

5.1.1 Técnica de Coleta da Informação

Para Arias (2006), a técnica de coleta de informação refere-se à técnica de observação, tais como procedimentos e atividades utilizadas que permitem ao pesquisador obter as informações necessárias para responder às suas perguntas da pesquisa. Neste caso, por ser uma pesquisa de tipo bibliográfica, amparada no estudo do TEA, realizou-se uma minuciosa revisão de material de consulta na literatura pertinente, desde os primeiros passos dos estudos do transtorno até as mais recentes pesquisas, passando por diferentes etapas do desenvolvimento do TEA. Procedimento que mostramos na Figura 4, de uma maneira gráfica, como foi o procedimento para a coleta e análise das informações referentes ao tema da pesquisa.

Figura 4: Forma gráfica do processo de coleta da informação



Fonte: Elaborada pela autora.

5.1.2 A Análise das informações

Para Marcuschi & Suassuna (2006), a fase de análise de dados na pesquisa social reúne três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os propósitos da pesquisa e responder às questões formuladas, a ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte. Nela se combinam uma constante interação dinâmica de retroalimentação e reformulação. A análise do material bibliográfico onde o autor vai na procura das informações e os conhecimentos, é uma fase muito susceptível, já que a veracidade da informação selecionada, num universo em que se encontram

múltiplos autores com a mesma ideia, assim como também novos e mais avançados conceitos dos aspectos relacionados com a pesquisa, é cada dia mais atualizada, gerando muitos dados possíveis para coletas e análises.

5.2 FUNDAMENTOS DO MÉTODO COMPARATIVO DA PESQUISA

A análise comparativa pode ser definida como o ato de observar duas ou mais coisas para descobrir seus relacionamentos ou estimar suas diferenças e semelhanças. Na linguagem epistemológica, ela é definida como uma operação intelectual por meio da qual os estados de um (ou mais) objetos são agrupados sobre a base em pelo menos uma propriedade comum. Portanto, do ponto de vista lógico, um ato de comparação implica: objetos, que podem obviamente ser sujeitos, grupos, instituições, cidades, países, etc.; pelo menos uma propriedade dos objetos; os estados dos objetos em dada propriedade e o momento em que eles ficaram disponíveis (PIOVANI & KRAWCZYK, 2017).

De acordo com Carvalho (2014), as mudanças ocorridas no capitalismo não gerado novos enfoques ao estudo comparativo, caracterizadas por alguns autores como globalização ou mundialização do capital, com desdobramentos políticos, culturais e educacionais, o que afeta, evidentemente, o campo dos estudos comparados em Educação. Também, em sua pesquisa, ela afirma que é preciso considerar que a educação nos diferentes países passa a ser discutida em fóruns internacionais, entre os quais se destaca a crescente influência das organizações internacionais, como FMI (Fundo Monetário Internacional), Unesco, OMS, Banco Mundial etc. Surgem, assim, tratados, documentos normativos, declarações, estudos, exames, orientações e programas de cooperação, cuja finalidade é prescrever os modos de operar as reformar e de elaborar as políticas educativas dos diferentes países.

Sobre a sua importância, Carvalho (2014) também destaca que essa metodologia, como instrumento analítico dos sistemas educativos, permite explicitar diferenças e semelhanças, ampliar o campo de análise e de compreensão da realidade nacional em face de outros países e fornecer às instâncias governamentais informações que orientem a tomada de decisões políticas educacionais e nacionais.

De acordo com pesquisadores como Romero (2009), Rubio (2005), Carvalho (2014); Piovani & Krawczyk (2017), os estudos comparativos na América Latina, na área de Educação, são considerados como uma ferramenta útil para o melhoramento acadêmico, conforme expõe Carvalho (2014):

[...] A Educação Comparada tem um desenvolvimento acadêmico limitado na América Latina. O desenvolvimento limitado dessa disciplina é diretamente proporcional à escassa base acadêmico-racional ou pesquisa comparativa, aplicada às tomadas de decisões de política educacional. A ausência de pensamento sistemático, reflexivo e comparativo caracterizou a implementação de numerosos dispositivos de política educacional que resultaram em falhas sem precedentes na história dos sistemas públicos de educação latino-americana (CARVALHO, 2014, p. 419).

De acordo com Vidal (2013), os estudos comparativos têm chegado ao auge nos últimos anos, com pesquisas de fenômenos ou instituições dentro de um mesmo país, ou entre vários países ou regiões, sendo cada vez mais imprescindível para analisar as causas e os resultados concretos de determinadas políticas públicas, mas também para analisar processos de mudança social, avaliação de programas, projetos, políticas públicas e sociais e na administração pública.

Segundo Silva (2016), estamos diante de uma nova epistemologia do conhecimento, de cunho sócio-histórico, que define perspectivas de pesquisa centradas não apenas na materialidade dos fatos educativos, mas, também, sobre os mercados simbólicos que os descrevem, interpretam e localizam, em um dado espaço-tempo. Assim mesmo Piovani & Krawczyk (2017, p. 835) afirmam que

As profundas transformações do mundo contemporâneo colocam novas questões e novos problemas para a definição de políticas educacionais e, embora não sejam reconhecidas pela política atual, o desafio é ser sensível a elas para ir além das questões e conceitos que rodeiam o cenário do debate político, a produzir um conhecimento que permita elaborar propostas para que a escola pública recupere um lugar digno na sociedade e gere uma dinâmica democrática na distribuição do conhecimento e da cultura.

Com este tipo de metodologia, pode-se inventariar já muitos estudos que procuram fugir da simples organização dos sistemas educativos, a avançar sobre temas mais específicos e a enquadrar espaços de maior amplitude para as pesquisas, organismos internacionais multilaterais como a UNESCO, ONU, o Conselho da Europa ente outras, têm-se promovido, sobretudo, estudos comparativos em

educação, com base no recolhimento e no tratamento de dados quantitativos sobre os diferentes países, a fornecer importantes informações aos políticos e aos gestores em geral. Assim sendo, é natural que a Educação Comparada se veja fortemente condicionada pelos interesses pragmatistas e imediatistas das entidades que dirigem as políticas educativas, pois isto suscita algumas reações dos que recusam aceitar que ela se circunscreva a uma ação meramente técnica e desejam que enverede por caminhos mais críticos e reflexivos (FERREIRA, 2008).

5.3. OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos da investigação se baseiam no problema que nela surge, a depender da delimitação da pesquisa e da metodologia utilizada. Três objetivos específicos foram definidos, os quais descrevem aspectos mais concretos dentro do processo de elaboração da pesquisa, a gerar um aporte gradual na acumulação de conhecimento para alimentar o propósito global da pesquisa que é incorporado no objetivo geral. No Quadro 5., mostramos, em forma gráfica, o processo de operacionalização dos objetivos da pesquisa.

5.4. CATEGORIAS DE ANÁLISE

A presente pesquisa é delimitada nas seguintes categorias de análises para atender aos objetivos elaborados:

1. **Conceitos do TEA:** de acordo aos resultados da pesquisa, comparam-se os conceitos do TEA, tanto na comunidade internacional, como no Brasil e na Venezuela, da seguinte maneira:

- a - Conceito do TEA da comunidade internacional;
- b - conceito do TEA no Brasil;
- c - conceito do TEA na Venezuela.

2. **Legislações Referentes à Educação Especial para Pessoas com TEA no Brasil e na Venezuela:** declarações e normativas internacionais que têm motivados os países participantes a criar leis ou incluir em suas legislações a consideração o TEA como uma NEE. Neste aspecto, fez-se uma análise comparativa entre o Brasil e a Venezuela, para se saber como foram assumidas essas normativas.

3.- Modalidade de Atendimento no Brasil e na Venezuela: nesta categoria, comparam-se os atendimentos educacionais às pessoas com TEA, no Brasil e na Venezuela, com ênfase nos seguintes aspectos:

- a - inclusão;
- b - local de atendimento;
- c - método de ensino;
- d - formação dos Professores.

Nesta seção, apresentamos os procedimentos metodológicos em que abordamos a pesquisa, assim como a forma como são feitas as abordagens das três categorias de análise das comparações entre os sistemas de ensino do Brasil e na Venezuela, considerando a amplitude da temática para chegar ao objetivo geral da pesquisa.

Quadro 5: Operacionalização dos Objetivos

Objetivo Geral: Comparar as Propostas do Brasil e da Venezuela para o Atendimento Educacional às Crianças Diagnosticadas com TEA					
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DIMENSÃO	INDICADORES	FONTES
Elaborar um estudo das fases do desenvolvimento do processo de inclusão das crianças com Necessidades Educacionais Especiais.	-Conhecimento -Leis -Preparação dos professores	-Educação Especial ➤ Marco histórico ➤ Marco legal ➤ Meio ambiente gera (pais, professores, escola) -Conceitos e conhecimentos do tema em estudo - Aportes internacionais	-Fases do desenvolvimento do processo de inclusão das crianças com NEE	-NEE -Integração -Inclusão -Docente -Os pais -Legislações	-Manuais -Artigos -Teses -Dissertações -Jornais -Livros Pesquisas -Comunidade Internacional
Descrever o desenvolvimento das pesquisas do Transtorno do Espectro Autista até a atualidade.	-Evolução -Avaliações -Sintomas -Prevalência	-Aspectos histórico -Marco legal	-Estudo geral do TEA e seu desenvolvimento	-TEA -Estudo prevaleça -Sintomatologia -Legislações	-Publicações -Manuais de diagnóstico e estatístico enfermidades mentais (DMS) I, II, III, IV, IV-R, V -Classificação Internacional de Doenças OMS CID-10
Identificar os métodos de atendimento educacional mais utilizados no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista, e comparar estas propostas de atendimento entre os sistemas educativos do Brasil e da Venezuela	-Metodologia pedagógica -Processo de ensino	-Diagnostico -Atuação Psicopedagogo -Métodos estruturados ➤ TEACCH; ➤ ABA; ➤ PECS; ➤ outros métodos	-Métodos mais utilizados no atendimento de crianças TEA. -Atendimento educacional em crianças com TEA no sistema educativo do Brasil e da Venezuela.	-Informação Institucional -Dados de atendimento -Comparação ➤ Brasil ➤ Venezuela	-Estudo atendimento -Estudo de caso Brasil -Estudo de caso Venezuela -Objetivos dos métodos aplicados

Fonte: Elaborada pela Autora

6. ANÁLISE COMPARATIVA DAS CATEGORIAS

Para iniciar as análises comparativas das categorias: conceitos do TEA; legislações referentes à EE em que são consideradas pessoas com TEA de Brasil e Venezuela; Modalidade de Atendimento Brasil e Venezuela, faz-se necessário apresentar alguns dos aspectos relacionados à educação dos países em estudo, para, posteriormente, efetivar as comparações no atendimento de crianças com NEE, mais especificamente com TEA entre o Brasil e a Venezuela. No Quadro 6 são apresentados os dados comparativos dos aspectos educacionais entre o Brasil e a Venezuela. É importante assinalar que o período escolar no Brasil inicia no mês de fevereiro e finaliza no mês de dezembro, enquanto o período escolar na Venezuela inicia-se no mês de setembro e finaliza em julho, o que representa para cada país o ano escolar da comparação:

Quadro 6: Dados comparativos dos aspectos educacionais entre o Brasil e a Venezuela

CARATERÍSTICA	BRASIL	% população	VENEZUELA	% população
POPULAÇÃO	208.500.000 h. (2018)		28.870.000 h. (2018) 13,84%	
EXTENSÃO TERRITORIAL	8.515.767 km ²		916.445 km ²	
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	24,30 hab./km ²		33,4 hab./km ²	
PIB PER CAPITA	15.645 \$ (2017)		10.905 \$ (2017)	
TOTAL MATRÍCULA ESCOLAR	48.455.865 alunos (2018)	23,24%	6.442.297 alunos (2018- 2019)	22,31%
MATRÍCULA ESCOLAR ENSINO INFANTIL	8.745.184 alunos (2018)	4,19%	1.575.714 alunos (2018- 2019)	5,45%
MATRÍCULA ESCOLAR ENSINO FUNDAMENTAL	27.183.970 alunos (2018)	13,04%	2.869.310 alunos (2018- 2019)	9,93%
MATRÍCULA ESCOLAR ENSINO MÉDIO	7.707.929 alunos (2018)	3,69%	1.651.156 alunos (2018- 2019)	5,71%
MATRÍCULA ESCOLAR ENSINO EDUCAÇÃO DE ADULTOS	3.545.988 alunos (2018)	1,7 %	171.643 alunos (2018- 2019)	0,59%
MATRÍCULA ESCOLAR ENSINO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	1.903.230 alunos (2018)	0,91%	135.512 alunos (2018- 2019)	0,46%
MATRÍCULA ESCOLAR CRIANÇAS COM NEE	1.181.177 alunos (2018)	0,56%	39.117 alunos (2018- 2019)	0,13%
MATRÍCULA ESCOLAR CRIANÇAS COM TEA	105.842 alunos (2018)	0,05%	Não há registro oficial	
DOCENTES EDUCAÇÃO BÁSICA	2.630.011 docentes (2018) 1,26%	18,5 P por A	382.243 docentes (APX 2017) 1,32%	16,86 P por A
TAXA DE ANALFABETISMO	7%		4,2%	

Fonte: MPPE Venezuela 2018 e INEP 2018 Brasil.

Ambos os países estão localizados na América do Sul, banhados pelo Oceano Atlântico e compartilhando uma fronteira em comum de 2.199 quilômetros, na parte da bacia amazônica. Apesar de terem sido colonizados um pelo Império Português e o outro pelo império Espanhol, têm raízes e costumes tradicionais semelhantes, sendo considerado como aqueles países com o maior potencial em recursos naturais, não só no subcontinente, como também no mundo. Brasil e Venezuela são países membros das principais instituições multilaterais, em que a maioria das Nações do mundo está agrupada, com o objetivo de dar ordenamento global e canalizar aspectos de bem comum na comunidade internacional, sendo seus principais os relacionados aos direitos humanos e a educação: a ONU, UNESCO, OMS e a OEA.

As análises da presente pesquisa estão delimitadas pelas categorias apresentadas na sequência, conforme o relacionado ao descritos nas pag. 98 e 99 do texto

6.1. CONCEITOS GERAL DO TEA

Em geral, o conceito do TEA, tanto na Comunidade Internacional, como no Brasil e na Venezuela, vai além nos conceitos emitidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mediante a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), assim como pelo Manual de Diagnóstico e Estatística da Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM-V), atualizados pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).

6.1.1 Conceito do TEA da Comunidade Internacional

Desde o ano 1911, quando Bleuler usou pela primeira vez o termo autismo, e da obtenção das definições dos resultados das investigações de Kanner em 1943 e Asperger em 1944, que, de maneiras diferentes, apresentaram os primeiros quadros clínicos descritivos sobre o autismo, o seu conceito transformou-se para alcançar o que é hoje a definição oferecida pela APA e OMS, conceitos utilizados (critérios de referência global) em convenções das agências internacionais (ONU, OEA, UNESCO, OMS) ao discutir questões relacionadas ao diagnóstico, cuidado e integração de pessoas com TEA na sociedade.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), pessoas com esse

espectro apresentam déficit na comunicação social ou interação social, como na linguagem verbal ou não verbal e em reciprocidade socioemocional, e padrões restritos e repetitivos de comportamento, como movimentos contínuos, interesses fixos e hipo ou hiper atividade a estímulos sensoriais. As pessoas com autismo partilham dessas dificuldades, mas, cada um deles é afetada em intensidades diferentes, a resultar em situações bem particulares. Apesar de ainda ser chamado de autismo infantil, pelo diagnóstico ser comum em crianças e até bebês, os transtornos são condições permanentes que acompanham a pessoa por todas as etapas da vida (DSM- V, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas publicações, define o autismo, também conhecido como Transtornos do Espectro Autista (TEA).

[...] são um conjunto de condições caracterizadas por graus de alteração que comprometem o comportamento social, produzem dificuldades na linguagem e na comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados. As causas respondem a múltiplos fatores, como genéticos e ambientais. Os sintomas do TEA começam durante a infância e se prolongam a adolescência e a idade adulta, em algumas leves e outras mais graves. O diagnóstico e a atenção precoce, por meio de terapias comportamentais e programas de treinamento aos pais, reduzem significativamente as dificuldades de comunicação e interação e permitem garantir um desenvolvimento que permita que as pessoas com autismo tenham uma melhor qualidade de vida (OMS, 2017, p. 3)

6.1.2 Conceito do TEA no Brasil

A conceituação do TEA no Brasil sempre foi regida pelas publicações da APA e os conceitos emitidos pela OMS, em seus diferentes boletins e foram atualizados de acordo com as novas publicações desses organismos em relatórios e manuais.

O Ministério da Educação do Brasil orienta para a inclusão escolar e atendimento pedagógico na escola. Assim, por tratar-se de um grupo heterogêneo do ponto de vista genético e fenotípico, o TEA possui elementos especificadores igualmente heterogêneos, apresenta-se em crianças com ou sem deficiência intelectual, com ou sem comprometimento de linguagem. Com tantas características diferentes, frequentemente as crianças e até mesmo os adolescentes e adultos são marginalizados pela sociedade. O autismo nada mais é que um transtorno do

desenvolvimento, uma desordem, não é uma doença contagiosa que se espalha pela sociedade (BRASIL, 2015).

De acordo ao projeto de Lei do 2018, que altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, o TEA é definido como um conjunto de alterações complexas do desenvolvimento, de origem neurobiológica, caracterizado pela presença de habilidades sociais e de comunicação, geralmente associados a comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados, de manifestação precoce. O TEA, em especial os chamados sinais precoces, muitas vezes só é percebido quando a pessoa é observada em ambientação direta com seus pares etários. Isso se dá com maior facilidade e recorrência no contexto escolar. Crianças com TEA, cujos comprometimentos são menos evidentes, tendem a receber diagnóstico tardio sempre que a escola se ausenta de participar à família seus déficits sociais e comunicacionais (BRASIL, 2018).

Por sua vez, o relatório do Sistema Único de Saúde do ano 2014 (SUS, 2014) ressalta a nova condição do autismo infantil:

[...] se modificou desde a sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os transtornos do espectro do autismo (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (portanto, não incluindo a síndrome de Rett e o Transtorno Desintegrativo da Infância) (SUS, 2014, p. 14).

Com a publicação da Lei Federal Nº 12.764, de 27 de dezembro do 2012, que estabelece as Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, os autistas passam a ser considerados oficialmente pessoas com deficiência.

6.1.3 Conceito do TEA na Venezuela

Na Venezuela, duas publicações internacionais são usadas como referências para o diagnóstico do TEA: a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), o que significa que todos os estudos médicos e

programas de frequência e integração escolar estão sujeitos às disposições destes órgãos, a incluir a conceptualização do Transtorno.

Na elaboração do projeto da Lei de “Atenção Integral e Proteção para Pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) e Condições Similares” (2016), foi considerado o seguinte conceito para definir o TEA no projeto de Lei:

Em primeiro lugar, deve-se levar em conta que o TEA tem uma origem neurológica e se caracteriza principalmente por alterações em algumas áreas do desenvolvimento em geral, manifestando-se em graves dificuldades para interagir socialmente, com comportamentos estereotipados e anomalias comunicativas. Além disso, essas pessoas processam estímulos sensoriais de maneiras diferentes. O TEA é uma condição de vida que permanece ao longo da existência (VENEZUELA, 2016).

Define-se, então, que a conceptualização do TEA no projeto de lei “Atenção Integral e Proteção para Pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) e Condições Similares” é baseada nas últimas diretrizes do OMS e a APA referentes às características do Transtorno.

6.1.4 Análise do conceito do TEA para o Brasil e a Venezuela

Os conceitos sobre o TEA no Brasil e na Venezuela transformam-se de acordo com as diretrizes da APA e da OMS, que fundamentam o diagnóstico em ambos países, pois consideram-se as características e os níveis de severidade que apresenta a pessoa. Após o diagnóstico, são recomendados os procedimentos e os métodos de atenção pedagógica apropriados para o atendimento de cada criança com TEA, e assim pode se efetivar o processo de inclusão nas salas de aula regulares e a obtenção de uma melhor qualidade de vida da criança e dos pais.

Em termos de diagnósticos precoce, os dois países também se baseiam em conceitos e regulamentos médicos internacionais, a concordar que, quanto mais cedo o transtorno for detectado na criança, melhor e mais eficiente será o processo de ensino, aumentando as possibilidades adequadas no processo de inclusão escolar, com vistas à interação social dos alunos autistas e à manipulação ambiental em prol de sua escolarização e adaptação, sendo responsabilidade dos pais, tanto para o sistema de ensino quanto para o atendimento médico especializado que o paciente recebe.

6.2 LEGISLAÇÕES REFERENTES ÀS PESSOAS COM TEA NO BRASIL E NA VENEZUELA.

Antes de comparar os fundamentos legais que deliberam o trabalho com as pessoas com TEA, é necessário saber que há um marco jurídico internacional que, segundo Romero (2009).

[...] establece a igualdad de derechos de todas as personas sem admitir qualquer tipo de discriminación, e declara a obrigação dos Estados de garantir acesso e igualdad de oportunidades às pessoas com deficiência". deficiência em todas as áreas da vida (ROMERO, 2009, p. 74)¹¹.

Os regulamentos internacionais emitidos pela ONU, UNESCO, OEA, OMS, entre outros, não têm o caráter de lei ou cumprimento obrigatório para os países, mas apresentam as diretrizes do compromisso que os países devem seguir para desenvolver, por meio deles, as leis e as legislações de conteúdo específicos em relação aos direitos das pessoas com deficiência, e assumir o compromisso dos estados e da sociedade para com eles. Da mesma forma, recomendam ações para prevenir a deficiência, eliminar qualquer forma de discriminação e gerar as condições de assistência para facilitar a integração social dessas pessoas na sociedade (ROMERO, 2009).

Tanto os governos do Brasil como da Venezuela são signatários desses organismos multilaterais, com o dever de respeitar acatar as diretrizes e resoluções emitidas pelos organismos e fundamentar as suas leis, para que se assegure os direitos de todos seus cidadãos com deficiência.

Na análise comparativa da história do atendimento, é necessário mencionar os avanços que vêm sendo feito com o TEA em assuntos jurídicos. O amparo legal fortalece os processos de integração e aceitação de pessoas com o transtorno.

¹¹ [...] establece la igualdad de derechos para todas las personas sin admitir ningún tipo de discriminación, y declaran la obligatoriedad de los Estados a garantizar el acceso y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en todos los espacios de la vida (ROMERO, 2009, p. 74).

Para uma melhor análise comparativa dos aspectos do TEA no Brasil e na Venezuela, dividimos o estudo em três períodos históricos, segundo a características de seu desenvolvimento:

1. Período antes da promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948);
2. Período após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), até a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais (UNESCO, 1994), Declaração de Salamanca;
3. Período entre 1994 após a Declaração de Salamanca até atualidade, em 2019.

6.2.1 Período anterior à promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

Este período é caracterizado pela falta de leis que beneficiam pessoas com deficiências, em que poucas legislações foram promulgadas a que se faziam menções da EE. No Brasil, foram criadas instituições regionais que eram responsáveis pelo atendimento de surdos e cegos e centros de atendimento de pessoas com deficiência intelectual de caráter privado, sem legislações ou mandatos oficiais que a apoiaram. Por enquanto, na Venezuela, devido ao interesse público no início do século XX, é publicado o Primeiro Registro Oficial para a proteção de surdos, ignorando-se completamente as pessoas com deficiência intelectual. Da mesma forma no Brasil, nenhuma legislação foi promulgada em favor da EE. Foi beneficiado o setor que, na época, estava totalmente desprotegido e apenas poucos casos de atendimento foram feitos pela iniciativa privada.

Nas grandes cidades brasileiras, como São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, foram criadas instituições de atendimento para pessoas com deficiência intelectual ao final do século XIX. Também em Caracas, capital da Venezuela, foram criadas instituições para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual, sendo o Hospital Psiquiátrico Municipal, para crianças com deficiências intelectuais (1939), primeiro escritório de higiene mental para crianças com deficiência intelectual (1941). Todas estas ações isoladas foram por meio da iniciativa privada, sempre apoiadas pelos estados.

No Brasil, a Constituição de 1937 deliberava a obrigatoriedade da educação primária. Após de sua promulgação, foi apresentado um Plano Nacional de Educação, retomado novamente pela Constituição de 1946. Nela, havia as condições para fundamentar a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação do Brasil (1961), em que se fazia pouca referência aos direitos da educação para pessoas com deficiência. Na Venezuela, no ano 1942 foi publicada a Primeira Lei Orgânica de Educação, junto com o Artigo 49, da Constituição do ano 1947, que definia a obrigatoriedade da educação e a responsabilidade do Estado de administrá-la de maneira integral, todavia não fazia referência à educação para pessoas com deficiência.

6.2.2 Período após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) até a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, (UNESCO, 1994), Declaração de Salamanca

Após o fim da 2ª Guerra Mundial, criou-se a Organização das Nações Unidas, e, para aumentar a conscientização sobre os direitos individuais das pessoas, foi organizada a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, quando houve a promulgação da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (ONU, 1948). Nela, constam medidas para a defesa efetiva dos direitos humanos da pessoa. Esse documento, em seu Artigo 26, reconhece a educação como um direito de todos os seres humanos: “Toda a pessoa tem direito à instrução; a instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais; a instrução elementar será obrigatória” (ONU, 1948, p. 97).

Graças a essa declaração, os Estados, ainda de forma tímida, começaram a considerar as pessoas com deficiência. Na época, o autismo era considerado como uma “Reação Esquizofrênica Infantil” (APA, 1943). Dessa forma, foi incluída nas leis e legislações e reconhecido o aspecto legal dos direitos humanos das pessoas com qualquer tipo de deficiência.

Esse período foi caracterizado pelo valor constitucional dos direitos da educação das pessoas com deficiência, em que as pessoas diagnosticadas com deficiência intelectual foram inclusas na Constituição da República Federativa do Brasil, na emenda constitucional de 1969 (Art. 174, parágrafo 4º.) e na constituição de 1988 (Art. 205 e 208, parágrafo 3º.). Na República de Venezuela, faziam-se

referências da educação nas constituições de 1953 (Art. 75) e 1961 (Artigos 78 e 80), em que só especificavam os direitos à educação e cuidado para essas pessoas com deficiência.

No Brasil, foi aprovada, no ano de 1961, a Lei Nº 4.024, a primeira Lei que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em que se assegura, em seu artigo Art. 88, que “A educação de excepcionais, deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade”. Nesse grupo, estavam inclusas as pessoas com autismo. Da mesma maneira na Venezuela, no ano 1961, foi apresentado o projeto da Lei Orgânica de Educação, sendo aprovado em 1980. Ela se fundamentou no princípio do direito universal à educação para todos, em que aparece, pela primeira vez, o termo Educação Especial, pois ali se consideravam os grupos de pessoas com transtornos e deficiências intelectuais, em que o autismo formava parte.

6.2.3 Período após a Declaração de Salamanca até o presente, em 2019

Uma vez realizada a Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, ou Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), os critérios da EE mudaram e começaram-se as discussões e as ações sobre a educação inclusiva. Neste período, que se caracterizou pela influência das organizações internacionais para melhorar a educação inclusiva, novas diretrizes e estatutos foram aprovados com este fim, tanto no Brasil, como na Venezuela. Ambos os países promulgaram leis que favoreciam a Educação Especial e o processo de inclusão de crianças com deficiência na escola regular.

No Brasil, a Declaração de Salamanca é uma importante referência para a política educacional do país, pois as ideias de inclusão educativa, que são indicadas no texto, foram assumidas com o compromisso de país participante da UNESCO. Em 1996, a Lei 9394, ou “Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional”, surge a primeira lei de educação no Brasil que considerava o direito à EE para as pessoas com qualquer tipo de deficiência, transtorno globais de desenvolvimento e altas habilidades e/ou superlotação, conhecidos como público alvo da Educação Especial. No caso de Venezuela, como resposta aos compromissos assumidos como país participante da conferência, no ano 1996, aprovou a resolução 2005, a qual estabelece as normas

para a integração na escola regular das pessoas com NEE, em que reconhece as pessoas com autismo. Também aprovou a Resolução Ministerial N°. 123, de janeiro de 1994, em que “[...] incluía todas as pessoas com autismo dentro do grupo de pessoas com NEE. que requeira o atendimento educacional que oferece a modalidade de Educação Especial” (VENEZUELA, 1994, p.1).

No ano de 1999, aconteceu, na Cidade de Guatemala, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com NEE, promovida pela Organização dos Estados Americanos (OEA, 1999), em que o Brasil e a Venezuela participaram e assinaram os compromissos para cumprir com as cláusulas estabelecidas no informe final da convenção. O Brasil respondeu a seu compromisso com a promulgação do decreto nº 3.956, de 8 de outubro 2001, em que o Congresso Nacional aprovou o texto da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Enquanto a Venezuela publicou a Lei Aprobatoria da “Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de Discriminação as Pessoas com de Deficiência”, em novembro 2005.

Com a publicação da Constituição Nacional da República Bolivariana de Venezuela em 1999, dá-se resposta, em nível constitucional, à necessidade de integração e inclusão do setor marginalizado e discriminado, como é o caso da população com deficiência para garantir seus direitos como cidadão.

É importante notar que, nos últimos 25 anos, houve avanços na EE, em ambos países, com a intenção de estabelecer, promulgar e garantir os princípios universais e delibera a proteção dos direitos das pessoas com deficiência, como um fato de justiça social e respeito à dignidade humana desse grupo específico.

O Brasil assumiu uma posição ativa nos congressos e convenções promulgados pelos principais organismos internacionais que ditavam as normativas referentes à EE e o processo de integração de pessoas com deficiências e NEE. Também, por iniciativa própria do estado brasileiro, foram formulados legislações e estatutos em respaldo às disposições universais em que o Ministério da Educação, assim como o Ministério da Saúde, assume a responsabilidade.

No dia 6 de novembro do 2006, na Venezuela, é publicada a Lei “Para Pessoas com Deficiência”, em seu Art. 6 apresenta uma definição detalhada e dentro do marco legal da pessoa com deficiência, a classificar os tipos de deficiência de acordo a Classificação Internacional de Funcionamento da Deficiência e a Saúde da Organização Mundial da Saúde (VENEZUELA, 2007). No dia 15 agosto do 2009, a lei orgânica de educação, alterando a lei de educação de 1980, estabelece que o estado garanta o acesso ao sistema educacional de pessoas com necessidades educacionais ou com deficiência, mediante a criação de condições e oportunidades próprias.

O TEA, atualmente, está sendo considerado um transtorno em aumento de casos, tanto assim que o tema é de grande relevância que, inclusive a ONU se pronunciou sobre isto, designando, a partir do ano 2008, o dia 2 de abril como o Dia Mundial de Consciencialização do Autismo. O Brasil, por meio da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, promulgou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA e estabeleceu as diretrizes para sua consecução. A Venezuela reconhece o autismo como uma deficiência, e apresentou, em 26 de maio do 2016, o projeto de lei de “Proteção para as Pessoas com TEA e Condições Similares”, aprovado em primeira discussão na Assembleia Nacional, ainda sem a promulgação da aprovação as Lei. O objetivo desta lei é estabelecer os padrões que fornecem a igualdade de atenção integral às pessoas com TEA na Venezuela.

Devido a que as Leis brasileiras e venezuelanas que visam a proteção das pessoas com NEE são baseadas em diretrizes emanadas das organizações internacionais multilaterais, no Quadro 7 apresentamos as Comparações das principais legislações do Brasil e da Venezuela e as referências internacionais para pessoas com deficiências onde é considerado o TEA.

Quadro 7: Comparação das principais legislações do Brasil e da Venezuela e as referências internacionais para pessoas com deficiências onde é considerado o TEA

INTERNACIONAL DE REFERÊNCIA	PUBLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	PUBLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO VENEZUELANA
Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)	Lei de Educação 1961 Constituição Nacional	Lei de Educação 1980 Constituição Nacional
Convenção Sobre os Direitos das Crianças (1989)	Adotada pela assembleia da ONU, ratificada pelo Brasil no Decreto Nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Disposições sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.	Adotada pela assembleia da ONU 1989 e ratificada pela Venezuela em 1990, pela lei probatória da convenção publicada na Gaceta Oficial n. 34.541. Lei orgânica para a proteção da criança e do adolescente (LOPNA) publicada na Gaceta Oficial 5.266, outubro 1998.
Conferencia Mundial de Educação para Todos (1990)	Em decorrência de compromisso assumido na Conferência de Jomtien, foi elaborado, no Brasil, o Plano Decenal de Educação para Todos, cuja meta principal era assegurar, em dez anos (1993 a 2003), às crianças, jovens e adultos, os conteúdos mínimos em matéria de aprendizagem que respondam às necessidades elementares da vida contemporânea: universalização da educação fundamental e erradicação do analfabetismo.	Venezuela assume o compromisso para a elaboração de um plano decenal para o logro da universalização da educação de qualidade, o que envolve um ambiente efetivo de trabalho em todas as organizações educacionais, brindando atenção a toda as comunidades em geral.
Declaração de Salamanca (1994)	Lei n. 9394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação, ano 1996.	Resolução 2005 para estabelecer as normas para a integração escolar da população com NEE, ano 1996.
Convenção Interamericana de Convenção de Guatemala (1999)	Convenção promulgada pelo Brasil, por meio do Decreto n. 3.956/2001.	Foi aprovada em sua totalidade, pela Assembleia Nacional, por decreto e publicada na Gaceta Oficial n. 38.347, de 30 de dezembro de 2005.
Foro mundial de educação "Educação Para Todos", Dakar (2000)	Elaboração dos relatórios anuais para a UNESCO, faz referência à prevalência de diferentes deficiências, a incluir o autismo	Elaboração dos relatórios anuais para a UNESCO, dos avanços da educação, faz referência à prevalência de diferentes deficiências, incluído o autismo.
Convenção de Direitos de pessoas com deficiência, ONU (2006)	Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Câmara de Deputados, 2008.	Apresentação do projeto de lei para pessoas com Deficiência na Assembleia Nacional, 2006.

ONU Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.	Decreto Legislativo nº 186, 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.	Lei para pessoas com Deficiência em Venezuela, aprovada pela Assembleia Nacional na Gaceta Oficial, ° 38598 de 2007. Estas disposições são de ordem pública e garantem as facilidades de atendimento que devem ser fornecidas às pessoas com deficiências e TEA.
	Lei promulgada pelo decreto n. 6949, de 25 agosto 2009. O propósito da Lei foi promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade.	
	Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, 2008.	
	Resolução n. 4/2009 Diretrizes Operacionais para o AEE na Educação Básica, a possibilitar a matrícula dupla dos alunos com NEE nas aulas comuns de ensino regular e no AEE, do Conselho Nacional de Educação, 2009.	
Publicação do Manuais de Diagnóstico e Estatístico da Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM-V) de 2013	A Lei N. 12.764, Lei de Proteção à Pessoa com TEA, 2012.	Projeto de Lei sobre Atenção Integral e Proteção para Pessoas com TEA e condições similares. Exposta em 2016 e aprovada na Assembleia Nacional.
Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência que deve ser inclusiva e de qualidade em todos os níveis de ensino. Adotada pela ONU, em 13 de dezembro de 2006	A Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoas com Deficiência, ainda, Estatuto da Pessoas com Deficiência, assegura e promove condições de oportunidade para o pleno desenvolvimento e exercícios dos direitos da pessoa com deficiência	
	Projeto de lei N. 2018. Altera da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012; e altera o §3º do Art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990", e dá outras providências.	

Fonte: elaborado pela autora.

6.2.4 Conclusões das legislações referentes à Educação Especial a pessoas com TEA no Brasil e na Venezuela

Com a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), houve um avanço na Educação Inclusiva. O Brasil e a Venezuela receberam com grande entusiasmo suas ideias, a aplicar seus princípios às suas políticas e sistemas organizacionais no campo da educação inclusiva, em que o setor da população com deficiência, especialmente aqueles que sofrem de TEA, foram favorecidos.

A Declaração de Salamanca foi o início de um ciclo da inclusão na escola regular de crianças com NEE, incluindo as pessoas com TEA. A declaração fez repensar políticas no Brasil e na Venezuela que, por muitos anos, dificultaram o avanço das promulgações de leis e estatutos para o logro do desenvolvimento da educação em geral, a inclusão e a participação de crianças com TEA em particular.

A grande aceitação da Declaração de Salamanca motivou as organizações multilaterais internacionais (ONU, UNESCO, OEA, OMS) para organizar mais convenções e congressos, para discutir os avanços em matéria de inclusão escolar, assim como o monitoramento e o controle dos sistemas educacionais.

6.3 MODALIDADE DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA NO BRASIL E NA VENEZUELA

As diferentes modalidades de atendimento às crianças com TEA no Brasil e na Venezuela relacionam-se ao processo de transformação da EE. Nos últimos anos, o atendimento a pessoas com TEA é favorecido a comparação com os anos anteriores à política da inclusão na escola regular, onde as atividades foram lideradas pela iniciativa governamental.

O Programa Mundial para Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (1982) afirma que a educação de pessoas com NEE, incluindo aquelas com TEA, deve ser realizada, tanto quanto possível, dentro do sistema geral de ensino. Essas disposições são ratificadas pela UNESCO em 1990, na Declaração Mundial sobre Educação para Todos, e consolidado na Declaração de Salamanca, em 1994, que afirma serem necessárias medidas que favoreçam as pessoas com deficiência a ter acesso à educação como parte integrante do sistema educacional.

Ao considerar as necessidades básicas de aprendizagem dessas pessoas, verificamos a necessidade de diferentes modalidades de atendimento, especialmente quando são diagnosticados com TEA, dentro do processo de Educação Especial. No ano de 2002, a UNESCO reafirmou o sistema de educação inclusiva para todas as crianças, baseado no Foro Mundial de Educação (UNESCO, 2000), a ratificar as pautas em resposta às necessidades de uma educação para todos.

Para garantir o sucesso da inclusão escolar de crianças, é necessário o envolvimento da escola, da comunidade e da família para atender as necessidades e garantir o acesso e a permanência no sistema regular de ensino da criança com TEA.

Os alunos com NEE são aqueles que, por apresentar algum problema de aprendizagem ao longo de sua escolarização, exigem uma atenção mais específica do estado e maiores recursos educacionais, do que os que são necessários para os colegas de sua idade no sistema regular de ensino. Nesta pesquisa, comparamos o atendimento educacional às pessoas com TEA, nos seguintes aspectos: inclusão; local de atendimentos; método de ensino; formação de professores.

6.3.1 A inclusão

As políticas de inclusão na EE são efetivadas pelas elaborações de leis e criação de programas e serviços para o atendimento de pessoas com NEE, a incluir aquelas com TEA. Para isso, busca condições para que essas pessoas estudem no sistema de ensino regular, a oportunizar a apropriação do conhecimento escolar dentro de um sistema onde, como marca a história, eram excluídos.

O Brasil cumpre com as disposições e as abordagens internacionais no que se refere à educação das pessoas com NEE desde 1961, com a aprovação da primeira Lei de Diretrizes da Educação Nacional, a Lei 4024, que propõe a integração de pessoas excepcionais no sistema regular de ensino. Embora não houvesse uma Lei específica para o atendimento das pessoas com TEA, até 2013, sempre houve nas leis brasileiras a disposição para incluir aquelas pessoas com TEA no sistema regular de ensino.

No ano 1973, foi criado, pelo governo federal, dentro do Ministério da Educação e Cultura, o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), Órgão Central de

Direção Superior, a fim de promover, em todo o território nacional, o subsistema de Educação Especial, para a expansão e a melhoria do atendimento aos excepcionais do sistema regular de ensino onde eram incluídas pessoas com TEA.

Na década 1980, desenvolve-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que objetivava a revisão das premissas assistenciais e teóricas destinadas às pessoas que padeciam de algum tipo de transtorno mental, para superar o modelo de assistência centrado em práticas de institucionalização, e promover a cidadania a essa população e a construir uma rede comunitária para o cuidado em liberdade. Anos mais tarde são criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (OLIVEIRA et al., 2017).

Desde então, organizaram-se instituições como a Associação de Amigos do Autista (AMA) , Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), foram criadas, na década 1950, outras ONGs, grupos de familiares de autistas que vêm se consolidando pelo país, não apenas como fonte de apoio emocional a famílias, mas, também, para obter recursos públicos para manutenção, formulação de novos projetos de Lei, e para discutir novos tratamentos, pesquisas e atendimentos em saúde e educação, além da produção de conhecimento (OLIVEIRA et al., 2017).

Dessa forma, afirmamos que o processo de inclusão escolar que vivenciamos teve sua trajetória a partir da prática da integração, por volta da década de 1980, com a mudança do enfoque da EE do modelo médico para o modelo pedagógico (AZEVEDO, 2006). Os alunos começaram a frequentar classes especiais regulares nas escolas regulares, assim como em escolas especiais, para trabalharem suas respostas, no que diz respeito à aprendizagem de conteúdos escolares, fundamentados nas diretrizes da UNESCO, no documento Educação para Todos (1990) e a Conferência Mundial sobre as NEE (UNESCO, 1994). Dessa maneira, a educação inclusiva passa a ser tema no debate político, em que o Governo do Brasil começou a escrever as políticas educacionais para fornecer às pessoas com deficiência um igual acesso à educação como parte integrante da sistema educacional, para tanto consideraram-se as necessidades básicas de aprendizagem dessas pessoas que demandam diferentes modalidades de atendimento, especialmente quando são diagnosticada com TEA, para que a inclusão no ensino regular se efetuassem.

Oliveira et al. (2017) destacam que o Brasil obteve avanço importante no processo de educação inclusiva com a criação da Lei de “Diretrizes e Bases da Educação Nacional”, nº. 9394/96, que, em consonância com a Constituição Federal, garante a todos os mesmos direitos às pessoas consideradas com NEE. A partir dessa lei, inicia-se o debate de Política de Educação Inclusiva com a implementação das diretrizes e ações presentes na Lei. O governo brasileiro criou as políticas e as diretrizes que proporcionaram as condições de acesso aos espaços e aos recursos pedagógicos necessários à inclusão na escola.

Por diferentes motivos, no Brasil, as iniciativas governamentais, inclusive as direcionadas ao acolhimento das pessoas com diagnóstico de TEA, desenvolveram-se de maneira tardia em comparação com os países desenvolvidos, acontecendo com a pressão e a mobilização dos familiares, que levaram à aprovação de uma Lei Federal específica para pessoas com TEA. Assim, em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº. 12.764, que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA” (BRASIL, 2012). Consideramos um marco legal, uma vez que se trata da primeira lei voltada à proteção específica das pessoas com TEA. Esta lei, além de reconhecer as pessoas com TEA como “pessoas com deficiência, para todos os efeitos legais” (Lei nº 12.764, § 2º), aponta para a necessidade de atendimento na esfera assistencial, política, gestora, científica, acadêmica, educacional, bem como no campo dos direitos básicos do cidadão (OLIVEIRA et al., 2017). Ela também reafirma que os alunos com TEA possuem direitos de serem incluídos no ensino regular em classe comum, tendo as mesmas oportunidades de acesso, permanência e aproveitamento escolar necessários para desenvolver suas potencialidades.

Estas políticas e ações têm como objetivo a garantia de acesso aos alunos especiais em qualquer modalidade de ensino, de forma que lhes assegurem o atendimento educacional especializado, a continuidade de seus estudos em todos os níveis da educação, a ser atendidos por professores com formação no atendimento especial e à acessibilidade nas instituições de ensino (BRASIL, 2001).

A trajetória do desenvolvimento do processo de inclusão de crianças com TEA na Venezuela não é muito diferente ao processo do Brasil, já que, de forma semelhantes o Estado venezuelano, iniciou a gerar políticas sobre a inclusão de crianças com NEE, a incluir aquelas que padecem de TEA, após o ano 1994, quando

inicia a implementação de políticas públicas mais completas para estabelecer as normas para a integração escolar da população com NEE.

De acordo com Hernandez (2018), a década de 1970 foi muito importante para a EE na Venezuela, pois, em 1973, foi criado o Departamento de Excepcional no Ministério da Educação (DEME); em 1975, a Diretoria de EE e, um ano depois, em 1976, foi publicada por disposição do Ministério da Educação a "Conceituação e Política de Educação Especial na Venezuela", em que se estabeleceu a base que regeu as principais ações empreendidas ao final da década de 1970 até a década dos anos 1980, Já na Lei de Educação do ano 1980, são abordados certos benefícios para a inclusão de pessoas com NEE, em que o autismo faz parte.

Educação Especial na Venezuela, como modalidade do sistema de ensino, responde aos postulados gerais da educação como a Democratização e Modernização da Educação, com seus princípios de Prevenção, Normalização e Integração, que constituem os fundamentos político-filosóficos da Direção de EE (HERNANDEZ, 2018).

No ano de 1994, é publicada a Gaceta Oficial nº 123, com o oferecimento de condições para que as pessoas com TEA sejam consideradas como pessoas com NEE e sejam inclusas na modalidade de EE (NUÑEZ et al., 1997). Com a aprovação da Resolução 2005, de dezembro 1996, é considerado, como prioridade para o Estado venezuelano, fornecer todos os mecanismos e normativas para o logro da integração escolar de alunos com NEE, as pessoas autistas obtiveram benefícios de inclusão na escola regular (VENEZUELA, 1996).

Com os resultados das conferências "Educação para Todos", em Jomtien Tailândia (UNESCO, 1990) e a Conferência Mundial sobre a NEE em Salamanca, Espanha (UNESCO, 1994), consolidaram-se as bases para que o governo venezuelano assumisse uma atitude mais dinâmica em relação à EE, em que os conceitos de uma educação inclusiva para todas as pessoas com deficiência seria considerada na nova legislação nacional para dar a essas diretrizes em um caráter constitucional (VENEZUELA, 1999).

Na Venezuela, a Direção de Educação Especial é a entidade responsável pela supervisão e aplicação de políticas públicas para o atendimento de pessoas com NEE, por meio do marco legal da Constituição da República Bolivariana da Venezuela (1999) e da Lei Orgânica da Educação (VENEZUELA, 2009), em que todas aquelas pessoas com TEA são beneficiadas.

Embora no sistema regular de ensino as pessoas com TEA sejam reconhecidas como alunos com NEE, na Venezuela não existe uma lei que proteja esse grupo da população, que aumenta o número de casos diariamente, para integrá-la à sociedade. Em 2016, foi discutido e aprovado o projeto de Lei “Assistência Integral e Proteção a Pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) e Condições Similares”, a estabelecer as normas que favoreçam igualdade de atenção e proteção às pessoas com TEA, para que tenham os mesmos direitos e privilégios como cidadão.

Esse projeto de Lei afirma que, atualmente, existem milhares de venezuelanos com esses transtornos, muitos deles talvez sem um diagnóstico formal, o que constitui uma condição de saúde pública que torna necessária a implementação de políticas de atendimento, proteção e inclusão, em que sejam comprometidos com todos os atores da população. As pessoas com TEA são partes integrantes de nossa sociedade e é responsabilidade de todos maximizar suas oportunidades para levar uma vida plena, em que possam desenvolver seu potencial. É de vital importância que tenham as ferramentas necessárias para fornecer e obter acesso aos serviços exigidos por esses cidadãos, serviços que, por sua vez, garantem a igualdade de condições (VENEZUELA, 2016).

Segundo Rocha (2014), falar de inclusão é procurar eliminar as formas de discriminação em relação a qualquer grupo social, pois buscam-se apoiar as qualidades e as necessidades de todas as pessoas, para que se sintam bem-vindas, seguras e com possibilidade de sucesso no campo social. Assim, a inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, a assegurar o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público. O processo referido no conceito de educação inclusiva na Venezuela é uma parte inerente do sistema educacional como um todo, para cada instituição e sala de aula específica no âmbito da chamada educação regular.

O processo de inclusão do aluno na sala de aula regular tornou-se difícil devido a vários fatores que prejudicam o progresso da educação inclusiva na Venezuela, em que o Estado, por meio do Ministério da Educação, fez esforços para cumprir os objetivos estabelecidos nas políticas para a educação inclusiva.

6.3.2 Locais de Atendimento

Conforme Lopez (2011), a educação inclusiva tem sido e é uma das preocupações centrais da política de educação das democracias liberais, a exigir que a escola e seus professores sejam preparados para receber todas as crianças. De acordo com a declaração de Salamanca (1994),

O princípio orientador deste quadro de ação é que as escolas devem receber todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, emocionais, linguísticas ou outras [...] as escolas têm que encontrar uma maneira de educar com sucesso todas as crianças, incluindo aquelas com sérias deficiências (UNESCO, 1994, p. 59-60, *apud* LOPEZ, 2011).

Com divulgação de Leis e outras normativas legais que justificam a obrigatoriedade dos Estados no atendimento de pessoas com NEE, as instituições que estão comprometidas no atendimento têm visto a necessidade de adaptar o ambiente físico para otimizar as técnicas de ensino, para que sejam o mais eficientes possíveis para o logro do sucesso no processo de atendimento das pessoas com TEA.

No caso do Brasil, o atendimento das pessoas com autismo foi abordada de maneira tardia pelo Estado, e a carência de recursos e instituições públicas destinadas à atenção de pessoas com TEA e seus familiares fizeram com que alguns pais se organizassem em grupos de divulgação do conhecimento e ajuda mútua para o logro do atendimento de seus filhos, iguais aos moldes de experiências similares encontradas na Europa e nos Estados Unidos (OLIVEIRA et al., 2017).

O primeiro grupo de pais com crianças com TEA organizado no Brasil foi a Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, a AMA-SP, criada no ano 1983. Ela começou a funcionar em um prédio com um número limitado de vaga, que foi crescendo e expandindo-se por todo o país pela grande aceitação dos outros pais. O objetivo básico era fomentar a busca de conhecimentos e trocas de experiências sobre o autismo, além de preparar as crianças com TEA a incorporar-se ao sistema

regular de ensino, de acordo com nível de severidade do transtorno que apresentavam, em um período anterior à criação do SUS, no qual o Estado brasileiro não provia nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com transtorno, tal como o autismo (OLIVEIRA et al., 2017).

No Brasil, os locais de atendimento a pessoas com TEA são supervisionados pelo Ministério da Educação e o Ministério de Saúde, por meio do SUS.

No SUS, a atenção básica tem o papel de realizar a identificação e o manejo de casos, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde e de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenhadas para identificação precoce, acompanhamento e cuidado integral dos indivíduos com TEA (BRASIL, 2016). Como afirma Portolese et al. (2017).

No caso de a maior parcela dos atendimentos às pessoas com TEA acontece no SUS, que está assentado em princípios doutrinários e diretrizes organizativas que o regulamentam e dão direcionalidade às ações, serviços e programas. Estes princípios e diretrizes se articulam e se complementam formando a base do ideário e da lógica da organização do sistema. Seus princípios doutrinários são: a universalidade, a integralidade e a equidade. As diretrizes organizativas do sistema, que visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento, são: a descentralização com comando único em cada esfera do governo, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária (PORTOLESE et al., 2017).

Para a assistência especializada, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS, lançados em 2002, são considerados desde então como principal equipamento especializado para o atendimento a pessoas com problemas de saúde mental severos e persistentes, a incluir os TEA (PORTOLESE et al., 2017).

Para a assistência a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI), deslocando de forma abrangente, o cuidado de crianças e adolescentes para a rede pública. O CAPSI assume então o papel não só de oferecer cuidados clínicos a essas crianças e adolescentes, como também gerenciar a rede ampliada de atenção, motivo pelo qual paulatinamente a assistência as pessoas com TEA tem migrado para os CAPSI, apesar das diferenças regionais marcantes (PORTOLESE et al., 2017). Em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, os CAPSI são dispositivos de

cuidado territorial, de base comunitária, que têm como função primordial prover atenção em saúde mental para psicóticos, autistas, usuários de álcool e outras drogas, e para qualquer condição que implique prejuízos psicossociais severos e persistentes (OLIVEIRA et al., 2017).

Existem no Brasil Organizações Não Governamentais (ONGs), que são as instituições privada que também aportam locais de atendimento e serviços públicos para o atendimento de pessoas com TEA. A ONG é mantida financeiramente por pessoas físicas, empresas privadas, fundações e, em alguns casos, com a colaboração do próprio Estado, sendo as principais as Associações de Amigos do Autista (AMAs) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs), que são associações em que toda a comunidade se une para promover o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa com deficiência (PORTOLESE et al., 2017). Também há outras ONGs que proporcionam locais de atendimento em menores dimensões, entre elas temos a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), Fundação Mundo Azul, entre outras.

Em uma pesquisa realizada entre fevereiro e maio do ano 2013 (PORTOLESE et al., 2017), a instituições no Brasil de atendimento ao TEA, foram identificadas 650 instituições de assistências, em que o maior número se localiza nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, que são as regiões Sudoeste e Sul do país.

Quadro 8: Classificação das instituições de atendimento do TEA no Brasil

INSTITUIÇÕES	NÚMERO DE LOCAIS NO BRASIL	% ATENDIMENTO DO TEA
APAE	219	33,69
CAPSI	201	30,92
OUTRAS ONG	184	28,30
AMA	46	7,07
TOTAL	650	100,00

Fonte: Portolese et al. (2017, p. 85).

Inegavelmente, há alunos com TEA que requerem cuidados mais específicos, isto, porém, não pode significar seu confinamento dentro de uma sala especial para lhe ministrar em separado o conteúdo escolar. Isto seria um contrassenso ao indicado pela educação inclusiva (MIZUNO et al., 2017).

Na Venezuela, os locais de atendimento para pessoas com TEA, a nível público, são responsabilidade do Ministério do Poder Popular para a Educação (MPPE) e o Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS). A inter-relação destes dois organismos é para o logro do bem comum do atendimento ao cidadão com TEA e a sua inclusão no sistema educativo regular para prepara-lo à integração à sociedade onde serão garantidos todos seus direitos como cidadão venezuelano.

A primeira iniciativa na Venezuela de criar grupos organizados de pais e representantes de crianças com TEA foi em 1978, com a fundação da Sociedade Venezuelana de Crianças Autistas (SOVENIA), na cidade de Caracas. Foi a primeira instituição de assistência a pessoas com TEA, com a incorporação dos pais de crianças com TEA na equipe multidisciplinar que a instituição possuía. Com sua contribuição na área de atendimento a pessoas que possuem o transtorno e como centro de treinamento e gerador de conhecimento em questões de diagnóstico e atendimento dessas pessoas, a associação motivou a criação de mais instituições do mesmo perfil em todo o território nacional, o que despertou o interesse do Estado em sua operação, a fornecer financiamento a essas organizações que apoiem o ensino de pessoas com TEA, com o objetivo de promover as pessoas com o transtorno e suas famílias, a atuarem como membros ativos de suas comunidades, por meio da disseminação e defesa de seus direitos e de ensino e pesquisa científica sobre o tema (SOVENIA, 2017).

Além das ONGs já mencionadas, e devido à falta de instalações para lidar com casos de TEA, o Estado venezuelano criou os Centros de Atenção Integral a Pessoas com Autismo (CAIPA), unidades operacionais de apoio à modalidade de Educação Especial, dependente do Ministério Educação e localizadas em todo o território nacional. Os CAIPA desenvolvem o programa educacional integral para pessoas com TEA e, embora seu foco seja mais a inclusão pedagógica, representam uma opção para o diagnóstico inicial de crianças com TEA, a contar com a equipe interdisciplinar com o objetivo de favorecer o processo inclusivo baseado no potencial cognitivo, social, afetivo e comunicacional dessa população e, dessa forma, fortalecer o direito à educação e à integração na sociedade (NUÑEZ et al., 1997).

Esses centros de serviços especializados CAIPA começaram a operar a partir do ano de 1997, com a matrícula de 16 alunos com TEA, daí o número de instalações,

bem como as pessoas atendidas, foi crescendo conforme as políticas públicas de atendimento às pessoas com NEE especificamente com TEA.

Além do CAIPA, foram criados os Centros de Desenvolvimento Infantil (CDI), outra rede de unidades de apoio à modalidade de Educação Especial, que atende crianças de 0 a 6 anos de idade, que apresente com qualquer tipo de condição especial, a incluir crianças com TEA. Da mesma forma, os CDI também são formados por equipes interdisciplinares de especialistas em Medicina e Educação Especial, em que os diagnósticos podem ser feitos na rede de saúde pública do Estado venezuelano.

O CAIPA, como serviço de apoio à modalidade de Educação Especial, articula suas ações com as demais unidades operacionais que prestam assistência educacional integral à população autista, bem como com as demais modalidades e níveis do sistema educativo regular e com outros setores que devem participar do processo de atenção integral dessa população para garantir seus direitos sociais (NUÑEZ et al., 1997).

Na modalidade de EE, nos CAIPA e nos CDI, assim como nas Unidades de Educação Especial (UEE), contemplam dados sobre gravidez, parto, estágios iniciais de desenvolvimento, doenças, história familiar e características do TEA, com a finalidade de elaborar a visão diagnóstica da condição e das características gerais do aluno (NUÑEZ et al., 1997).

Embora ainda exista um déficit significativo na sociedade venezuelana de espaços ideais para o atendimento de pessoas com autismo e suas famílias, algumas instituições públicas e privadas têm se esforçado para ter seus espaços ampliados. É assim que o Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS), por meio do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), oferece atendimento integral e gratuito às pessoas com TEA. As pessoas que necessitam de tratamento multidisciplinar e que, no passado, não podiam ir a essas terapias, devido ao alto custo dos serviços privados. Entre as unidades dependentes do MPPS, existem Unidades de Autismo que surgem por meio do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência (PASDIS), espaços multidisciplinares de assistência à saúde que prestam atendimento especializado a pessoas com TEA na rede de hospitais, os quais estão

equipadas com unidades de atendimento para este tipo de transtorno (VENEZUELA, 2017).

Na Venezuela, o SPNS apoia o atendimento das pessoas com deficiência, a incluir aquelas com TEA, conforme sua rede de saúde, de acordo com as dimensões das instalações e dos serviços que oferecem em três níveis de atenção:

- O primeiro nível de atendimento do SPNS é formado pelos ambulatorios urbanos tipo I e a consultas rurais e urbanas, que atendem a uma população de uma comunidade específica e tem como missão os cuidados básicos a emitir referências médicas a centros de saúde especializados, conforme cada caso.
- O segundo nível de atendimento do SPNS é formado pelos Centros de Diagnóstico Integral, Salas de Reabilitação Integral, Clínicas Populares, Ambulatorios Urbanos Tipos II e III e Centros Ambulatorios de Especialidades. O acesso a esse nível é programado por meio de um sistema de referências e contra referências dos demais níveis de atenção ou por emergências, nos centros de segundo nível que dispõem desse serviço.
- O terceiro nível de atendimento do SPNS é formado pelos Centros de Diagnóstico de Alta Tecnologia, Hospitais Populares, Hospitais Gerais Tipo I, II, III e IV e Hospitais Especializados, que visam coordenar e supervisionar os cuidados patológicos e outras situações que não podem ser resolvidas nos outros níveis de atenção e naqueles casos que requerem hospitalização para seu tratamento (VENEZUELA, 2017, p. 11).

Também na Venezuela, em nível privado, há várias associações, fundações, instituições e equipes multidisciplinares capazes de fazer um diagnóstico. Da mesma forma, profissionais em exercício livre (psicólogos, neurologistas, psiquiatras) competentes para fazê-lo. Em Caracas, alguns se destacam, como os casos de Autismo em Voz Alta, Cepia, Unafid e Invedin.

6.3.3 Métodos de Ensino

É preocupante a prevalência de casos de TEA, os quais tem aumentado ao longo dos anos devido à influência de muitos fatores já mencionados. Por esse motivo, é muito importante obter um diagnóstico precoce em cada potencial paciente, o que permite a aplicação de métodos de ensino e aprendizagem de forma mais rápida e correta, a garantir a uma pessoa com TEA uma melhor oportunidade de aprendizagem de acordo com o método aplicado, segundo o diagnóstico e o nível de severidade que apresenta, com o único objetivo de alcançar sua inclusão na sociedade.

Núñez et al. (1997) afirmam que o TEA é uma condição mantida ao longo da vida toda do indivíduo. O diagnóstico significa apenas o começo de um longo caminho que envolve intervenções terapêuticas, educacionais, laborais e familiares, de modo que o programa de cuidados deve ser concebido a partir de uma perspectiva integral, que busca melhorar a qualidade de vida de indivíduos com autismo, a fornecer serviços adequados a cada fase do projeto de vida. Os programas voltados para crianças têm objetivos diferentes dos da população de adolescentes ou adultos com TEA.

Para Carrillo (2016), os processos de aprendizagem constituem uma responsabilidade compartilhada entre a escola comum e a escola especial, em que o aluno com TEA deve cumprir com todos os objetivos e métodos de aprendizagem recomendados pela equipe de especialistas no relatório de diagnóstico para cada indivíduo em particular.

As políticas de integração deliberam que a escola comum deve aprender a trabalhar com crianças com NEE e a escola especial deve apoiá-las, e aconselhá-las. Nesse sentido, para a escola especial, é apresentada a necessidade de se abrir para uma nova maneira de encarar suas responsabilidades (CARRILLO 2016).

As políticas públicas beneficiem a população de baixa renda com o impacto social, emocional e econômico que a família com um membro com TEA sofre, já que a maioria delas não possuem condições para arcar, com financiamento econômico, um tratamento adequado a atender as necessidades de seu membro, daí a necessidade de o Estado fornecer o atendimento integral da pessoa com TEA.

No Brasil, após a criança ser diagnosticada com TEA, o médico a encaminha para o atendimento psicológico em que é feita uma avaliação de acordo com o nível de severidade e as informações fornecidas pelo seu meio e seus pais, isto serve para obter a recomendação do tratamento necessário de atendimento em protocolos terapêuticos voltados para autismo. A escolha do método terapêutico adequado para a criança deve ser feita pelo médico juntamente com os pais da criança, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a considerar as especificidades do caso. Nesse sentido, é importante que haja um rol de possibilidades de como e com

qual intensidade podem se manifestar os sintomas do TEA, sendo que cada criança deve ser inserida em um Projeto Terapêutico Singular.

Há necessidade de uma diversidade de ofertas de atenção, diante das distintas manifestações, a evitar a reprodução de respostas imediatistas e padronizadas. A construção de um projeto terapêutico singular implica a criatividade de propostas que vão orientar a família na direção do tratamento, oferecido por equipe multiprofissional junto à família e ao próprio sujeito, sem que cada intervenção se torne um modelo padronizado, estandardizado, repetível para todos (BRASIL, 2015).

No que se refere ao atendimento escolar, há tipos de métodos de trabalhos estruturados para a conformação de um projeto de ensino específico para uma criança com TEA, descrita na seção quatro neste estudo.

No Brasil, o tema de atendimento e ensino de pessoas com TEA vai relacionado às mudanças e ao desenvolvimento da EE, como afirma Azevedo:

A partir do ano 1980, começa a haver na EE uma mudança de enfoque quanto ao diagnóstico, passando do modelo médico para o modelo pedagógico. Essa nova forma de abordagem, com ênfase nos aspectos pedagógicos, passa a ser centrada na criança e no indivíduo, frutos de um processo social e histórico. Neste momento, a sociedade parece vivenciar mais intensamente a ideia de democracia, baseada no direito dos cidadãos e não nas suas diferenças individuais como habilidades, raça, cultura e religião (AZEVEDO, 2006, p. 38).

Portolese et al. (2017) elaboraram um mapeamento dos serviços de atendimento ao pessoal com TEA no Brasil, a constatar que a maior parte das instituições trabalha com atendimento multiprofissional (fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicoterapia). Um total de 16% das instituições faz a intervenção no método TEACCH, 11,8% de grupos com pacientes e famílias em psico-educação. Observa-se que 8,8% realizam a intervenção em ABA, além de tratamento médico, oficinas e Son-Rise (PORTOLESE et al., 2017, p. 86).

O objetivo do método TEACCH é apoiar a pessoa que apresenta TEA em seu desenvolvimento, para ajudá-la a conseguir chegar à idade adulta com o máximo de autonomia possível, a auxiliar na compreensão do mundo que a cerca, mediante a aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras

peessoas e oferecer-lhe, sempre que possível, condições de escolher de acordo com suas próprias necessidades (BRASIL, 2015, p. 86).

Conforme com o relatório “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” (SUS, 2015), a experiência adquirida ao longo dos anos com a utilização do modelo TEACCH e o ensino estruturado são os meios facilitadores mais eficientes para o atendimento do TEA. Estruturar fisicamente o ambiente de tratamento e aprendizagem da criança, de acordo com o seu nível de compreensão, pode aliviar o efeito dos déficits relacionados aos transtornos do espectro do autismo e suas consequências ao aprendizado, sendo o apoio para que a pessoa consiga se desenvolver (BRASIL, 2015, p. 86).

Na Venezuela, antes do ano 1975, não existia um método específico para o atendimento de pessoas com TEA. Na década de 1970, as terapias utilizadas para o tratamento das pessoas com autismo eram as mesmas aplicadas às pessoas com deficiências intelectuais e esquizofrenia, com um enfoque claramente clínico.

A Dra. Lilian Negrón (1940-2010)¹² pioneira no tratamento de pessoas com TEA na Venezuela, concentrou suas pesquisas em diagnóstico, tratamento, evolução e avaliação de pessoas com autismo nos seus diferentes níveis. O intuito é oferecer aos pais com filhos autistas as possibilidades de melhorar a qualidade de vida com a aplicação de atenção integral, que incluem terapias baseadas no método que ela chamou de "Estimulação Precoce Tardia". De igual forma, Negrón afirma que

Até 1975, na Venezuela, o autismo era considerado uma forma de esquizofrenia infantil. Muitos especialistas mantiveram a teoria da origem emocional do transtorno e houve muito poucos casos

¹² A Dra. Lilian Negrón (1940-2010) foi pioneira no tratamento de pessoas com TEA na Venezuela e na América Latina. Ela visitou o centro de tratamento e educação de crianças com problemas de autismo e comunicação (Teacch Center), em Carolina do Norte, EUA, onde recebe toda a cooperação do Dr. Eric Schopler e sua equipe, que trabalharam com a "Terapia de Desenvolvimento". A Dra. Negrón percebeu que essa terapia era semelhante ao que estava sendo usado com crianças autistas na Venezuela, com a diferença de que o Dr. Schopler já possuía os métodos e instrumentos para avaliar psicologicamente crianças autistas, a fim de planejar programas individualizados mais científicos e eficientes, dada a precisão com que o nível de desenvolvimento das crianças pode ser determinado. Ela é a fundadora da SOVENIA e deu grande contribuição ao estudo do autismo na Venezuela, pois foi a precursora da implementação e uso do método TEACCH para o cuidado de crianças com TEA no país.

diagnosticados. A maioria dos casos diagnosticados foi tratada com drogas psicotrópicas e um número limitado de crianças autistas conseguiu ingressar em escolas especiais. Naquela época, havia apenas uma sala de aula para autismo na Escola de Caracas e teve que fechar três anos depois devido a problemas de pessoal e orçamento (NEGRÓN, 1986 apud NUÑEZ et al., 1997, p. 11).

Em 1975, a Dra. Negrón iniciou a atenção de pessoas com autismo do setor privado, com uma abordagem clínica, confirmando o que estava a colocar em prática o modelo que era conhecido como “Terapia do Desenvolvimento”. Com o apoio da nascente Fundação para o Desenvolvimento da Educação Especial, iniciou o “Programa de Tratamento e Educação para Crianças Autistas”, criando a primeira abordagem com elementos educacionais para o atendimento dessa população na Venezuela. Com a fundação da SOVENIA, no ano 1978, e a criação do Centro de Diagnóstico e Tratamento para o Autismo (CDTA) da SOVENIA, começa um ciclo de atendimento baseado em terapias para pessoas com TEA, a utilizar os princípios do método TEACCH, introduzido por Negrón em 1977 (NUÑEZ et al., 1997).

Na Venezuela, o diagnóstico precoce é muito importante para o tratamento de crianças com TEA. Com intervenção precoce, é possível aproveitar o potencial das crianças mediante a aplicação de um plano de ensino bem desenvolvido, em que métodos de aprendizagem estruturados são desenhados com a participação de médicos e professores especializados. No processo de atendimento, deve ser desenvolvido um programa para cada criança em particular, que seria executado pelos pais em casa, dirigido e estruturado por especialistas até que a criança pudesse entrar na sala de aula regular como parte de um processo de integração. Os pais foram considerados, neste modelo, como co-terapeutas (NUÑEZ et al., 1997).

Em relação à situação atual dos modelos de atenção à população com TEA na Venezuela, o primeiro modelo claramente identificável é aquele baseado no método TEACCH. Com o tempo, observa-se uma reorientação conceitual, com maior ênfase nos aspectos educacionais, a apoiar os aspectos clínicos inerentes às características da população atendida (NUÑEZ et al., 1997). O planejamento cuidadoso das experiências de aprendizagem e o desenvolvimento de novas estratégias educacionais que facilitem o desenvolvimento do funcionamento independente do aluno favorecem a comunicação espontânea e a socialização, a prevenir ou reduzir os problemas comportamentais. "O programa TEACCH está sendo implementado em

instituições de muitos países e em cada um dos únicos países adaptados à cultura do país, na região ou no país" (BRASIL, 2015, p. 87).

Na Venezuela, os anos 1980 foram caracterizados pela proliferação de instituições basicamente privadas, onde a maioria, com apoio oficial, se dedicou ao atendimento de pessoas com autismo. As instituições baseadas no modelo TEACCH apresentaram maior clareza no manuseio dos postulados e princípios da metodologia, no entanto, não foi o mesmo em termos de gestão dos elementos teórico-conceituais e administrativos do modelo educacional venezuelano. Em 1992, por ação privada, também emergiu um regime de internado cuja população é principalmente de adolescentes e sua atenção foi direcionada para atividades da vida diária mais focadas no cuidado que na educação (NUÑEZ et al., 1997).

Na Venezuela, as instituições amparadas no modelo TEACCH avaliaram sua experiência com uma extensa pesquisa neuropsicobiológica e educacional conduzida no contexto de uma abordagem integral ao atendimento da população com TEA, que, juntamente com as novas abordagens do modelo TEACCH, permitiu reorientar seu modelo de assistência, a consolidar, em 1993, um modelo educacional integral (NUÑEZ et al., 1997).

Atualmente, os CAIPA usam métodos de ensino estruturados com base na Comunicação Alternativa (pictogramas) e o método TECCH como a principal ferramenta para o atendimento, embora, em alguns CAIPA, no interior do país, estejam usando métodos baseados em técnicas de estimulação precoce e, em alguns casos, combinados com outros métodos, a depender do diagnóstico. Quanto aos CDI, eles trabalham técnicas de estimulação precoce, fonoaudiologia e terapia ocupacional para promover as habilidades das crianças. Nesses centros, crianças com TEA e NEE são tratadas até os 6 anos de idade, onde, de acordo com o programa de integração escolar, uma vez adquiridas as habilidades necessárias para integrar a sala de aula regular, as crianças passariam para a pré-escola do sistema de ensino; caso contrário, são encaminhadas aos CAIPA, onde receberão apenas terapias programadas, sem receber atenção diária na sala de aula, com terapias de 45 minutos, duas vezes por semana (VENEZUELA, 2013).

6.3.4 Formação dos Professores

Dentro da modalidade de EE, há uma equipe essencial, que representa o braço de execução dos projetos e métodos de ensino que é necessário aplicar aos alunos com NEE, para que deem uma resposta positiva com o único objetivo de assumir a responsabilidade e os desafios a incluí-los no sistema de ensino regular e, ao mesmo tempo, transformá-los em cidadãos treinados para interagir na sociedade de acordo com suas habilidades físicas e intelectuais, que são os professores de EE.

O tema da inclusão escolar de crianças com NEE é considerado como um assunto de muita importância na EE, já muito discutido na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), em que a formação dos professores foi um dos pontos fundamentais recomendados a serem cumpridos por todos os governos participantes:

Dar a mais alta prioridade política e orçamentária à melhoria de seus sistemas educacionais, para que possam incluir todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais, garantir que, em um contexto de mudança sistemática, os programas de treinamento de professores, iniciais e contínuas, sejam orientadas a atender às NEE nas escolas integradoras (UNESCO, 1994).

O papel que os professores desempenham na formação de cada aluno com TEA é atender às necessidades de cada criança em particular, descobrir seu potencial e habilidades, a fim de focar o plano de treinamento nessas fortalezas que lhes permitem facilitar o processo de ensino e aprendizagem. O professor deve ser treinado na metodologia aplicada no atendimento e evitar, no que for possível, fazer mudanças no ambiente de trabalho, tanto quanto necessárias, pois influenciam no comportamento da criança e no progresso do plano de trabalho. A educação de crianças com TEA é algo que requer do professor uma série de habilidades e conhecimentos para lidar com as estratégias fundamentais de ensino, de modo que o aluno com TEA absorva os objetivos do treinamento para alcançar sua adaptação e inclusão social.

[...] Nas escolas práticas de treinamento de professores, atenção especial deveria ser dada à preparação de todos os professores para que exercitem sua autonomia e apliquem suas habilidades na adaptação do currículo e da instrução no sentido de atender as necessidades especiais dos alunos, bem como no sentido de colaborar com os especialistas e cooperar com os pais (UNESCO 1994, p.10).

No Brasil, a formação dos professores na EE está respaldada pelas leis e pelos estatutos legais que o estado brasileiro gera para a proteção e a garantia dos direitos da população alvo da EE, conforme nos ditames estabelecidos na Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional – Lei nº 9.394/1996, art. 59:

Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:

III- professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns.

Na Lei de Estatuto de Pessoas com Deficiência, em seu art. 28, estabelece-se que:

Incumbe ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar:

X- Adoção de práticas pedagógicas inclusivas pelos programas de formação inicial e continuada de professores e oferta de formação continuada para o atendimento educacional especializado.

De acordo com o Congresso Nacional, no que concerne à formação de professores para fortalecer o sistema de educação para o atendimento de pessoas com TEA, a legislação 12.764, que estabelece as Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, garante, perante o art. 2º , Parágrafo VII, “O incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com TEA, bem como a pais e responsáveis”.

Os aspectos legais antes mencionados estabelecem a necessidade de que toda criança com TEA deve ser incluída na escola regular sempre que as suas capacidades lhe permitam. Por esta razão, todos os professores devem estar capacitados para o ensino delas, a atender suas necessidades em coordenação com os especialistas no diagnóstico e os pais, para uma educação de qualidade.

Sobre o sistema de capacitação dos professores, existem programas de graduação e pós-graduação em EE em um grande número de instituições universitárias no Brasil. Também há, nas ONG, de acordo com a experiência são ditados cursos e seminários dirigidos aos profissionais da área de educação e afins, como professores, pedagogos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e outros, sejam da rede pública ou privada, que desejam preparar-se para atuar com alunos com TEA. Nestes centros, são realizados cursos de internamento referentes às

metodologias de terapias estruturadas para preparar o profissional nos métodos de atendimento mais usados, assim como também aos pais de crianças com TEA.

Na Venezuela, só a Resolução n. 2005, de 1996, é o único estatuto legal que estabelece diretrizes sobre como deve ser a formação de professores para EE, especificamente no art. 4º:

O Ministério da Educação desenvolverá cursos, oficinas de atualização e eventos de caráter científico-pedagógico para o aperfeiçoamento profissional, de acordo com as necessidades detectadas no processo de integração, a fim de otimizar os níveis de desempenho do pessoal encarregado dos alunos com NEE (VENEZUELA, 1996).

Da mesma forma, os recursos humanos especializados necessários para o atendimento na área do TEA são treinados nos CAIPA. Concebido do ponto de vista técnico administrativo como um centro de atendimento educacional abrangente para pessoas com autismo, ele coordena, administra e executa o currículo, os recursos e o pessoal designado, de acordo com as políticas definidas pelos órgãos competentes no âmbito de estratégia do Projeto Pedagógico em Nível Institucional. Do mesmo modo, os pais são instruídos em questões de atenção aos filhos que sofrem de TEA.

A preparação e a formação de professores ao nível universitário na Venezuela não incluem autismo. A maioria dos profissionais são de faculdades especializadas em EE, como retardo mental ou dificuldades de aprendizagem, do sistema de ensino universitário público ou privado. O tópico do TEA é um assunto pendente em quase todos os centros educacionais. Só há um curso organizado pela Universidade Monte Ávila, em Caracas, que visa informações gerais para pais e profissionais que desejam trabalhar na área de atendimento de autista e ter um conhecimento mais atualizado sobre o assunto.

Também no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Autismo da SOVENIA, há cursos direcionados a profissionais que trabalham no referido centro, como psicólogos avaliadores, terapeutas e psicopedagogos, além de médicos treinados na abordagem biológica funcional para tratar o autismo como um transtorno que pode vir acompanhado por outros sintomas (gastrointestinal, metabólica, imunológica, genética e mitocondrial, entre outras), pois, na SOVENIA, o TEA é considerado um distúrbio multifatorial com influência do meio ambiente (GUEVARA & KASEM, 2015).

Quanto ao projeto da lei de “Atenção Integral e Proteção para as Pessoas com TEA e Condições Similares”, nele é exposta a necessidade de formação de professores desde os cursos de graduação nas especialidades universitárias afins com a EE, como uma alternativa de promulgação do conhecimento sobre o autismo na formação integral do docente:

Art. 15.: Todos os centros de ensino superior, públicos e privados, devem incluir nos programas acadêmico de cada uma das áreas da educação, saúde, serviço social e afins, disciplinas orientadas para o estudo do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e condições similares.

Uma pesquisa realizada por Rodríguez (2011) indicou que a experiência de inclusão na escola regular de crianças com TEA causa nos professores momentos de frustração, desamparo, ansiedade e sentimento de culpa, ao observar que, nas avaliações, os resultados esperados não são obtidos, assim como, também, nenhuma melhora na criança. Ante a isso, não sabe o que fazer, como fazer, o que dizer. Embora, pela falta de preparação dos professores para o atendimento destas crianças, tenha havido alguma sensibilidade, fica evidente que eles tentam evitar atender alunos com TEA. Assim, com a falta de professores especializados, indica a necessidade de atenção especial para a formação de profissionais para atender a crescente população de alunos com TEA.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Na Educação Especial, é evidente a importância da educação inclusiva para a consecução dos objetivos propostos nas mudanças do atendimento de NEE, bem como, alcançar o objetivo de ter um EE de qualidade não é fácil. Muitos anos se passaram desde que o prazo de inclusão para o atendimento e a educação de crianças com NEE foi determinado para execução, em que são consideradas a população com TEA.

Muitos pesquisadores da área da Educação afirmam o direito de todas as pessoas à educação para o início e a consolidação de EE inclusiva, sempre respaldados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNESCO,1948). Além disso, são considerados também os esforços da comunidade internacional na Conferência Mundial sobre Educação para Todos, organizada pela UNICEF, em 1990, para garantir esse direito., independentemente de sua condição e diferença social. Por outro lado, esse direito foi reafirmado com a realização da Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, ou Declaração de Salamanca, em 1994, ato fundamental na consolidação do direito à educação de todas as pessoas com deficiência dentro do sistema educacional, especialmente de todas as crianças com NEE, que, de alguma forma, requerem atendimento com EE de qualidade, em uma perspectiva inclusiva, integrativa, de reorganizações escolares.

A partir dos princípios de universalização da EE para fortalecer o atendimento das NEE em num ambiente inclusivo, no Brasil e na Venezuela, também se fundamentaram em transformações, junto aos estatutos internacionais aplicados de acordo com as políticas de cada uns dos seus governos.

Por meio da presente pesquisa, foram abordadas o panorama histórico sobre o atendimento de crianças com TEA dentro do sistema de EE no Brasil e na Venezuela, o que gerou a abordagem do problema de pesquisa já apontado: Podemos melhorar o atendimento de crianças diagnosticadas com TEA na Venezuela, a considerar as experiências de atendimento no Brasil?

Como resposta ao problema de pesquisa, realizamos uma revisão bibliográfica de aspectos relacionados com a EE e as condições de atendimento do Brasil e da

Venezuela, para ter uma base teórica e metodológica que nos permitiu realizar estudo comparativo das principais propostas de atendimentos de ambos países.

Para tanto, foi definido como objetivo geral de nossa pesquisa comparar as propostas do Brasil e da Venezuela para o atendimento educacional às crianças diagnosticadas com TEA. Para dar respaldo ao objetivo geral, desenvolvemos os objetivos específicos: a) elaborar um estudo das fases do desenvolvimento do processo de inclusão das crianças com NEE; b) descrever o desenvolvimento das pesquisas do TEA até a atualidade; c) identificar os métodos de atendimento educacional mais utilizados no atendimento de crianças com TEA, e comparar estas propostas de atendimento no sistema educativo do Brasil e da Venezuela.

Nesse sentido, no primeiro objetivo, elaboramos um estudo da EE, verificamos os muitos fatores determinantes que influenciam no desenvolvimento histórico e na consolidação da EE, assim como a influência dos pais, a disposição dos Estados de fornecer amparo constitucional e legal para a proteção dos seus direitos como cidadãos ao trabalho a saúde e, especialmente à educação, a criar políticas que dirigem a maneira como devem ser tratadas, com o fim de garantir uma posição melhor na sociedade.

A necessidade de capacitação e treinamento de professores que oferecem resistências à adaptação aos novos conceitos de educação inclusiva, na perspectiva da pesquisa realizada, mostrou um horizonte muito bem construído em um nível teórico e reflexivo dentro da evolução das pesquisas em EE, e reforçada pelas leis que a promovem. Infelizmente, ainda há uma lacuna entre as novas propostas de atendimento e as realidades dos programas que estão sendo implementados nas escolas, partindo dos resultados da pesquisa, ainda faltam caminhos a percorrer para alcançar o apoio das instituições e a conscientização dos professores.

Também, para alcançar o segundo objetivo específico da pesquisa, realizamos uma revisão geral do TEA, desde seus inícios, quando o termo autismo foi mencionado nas pesquisas de Plouller, em 1909, e introduzido pela primeira vez na Psiquiatria no ano de 1911 pelo psiquiatra Suíço Bleuler. Os resultados das pesquisas de Kanner, em 1943, e Asperger, em 1944, começam a descrever os sintomas do transtorno e identificam as características de formas mais detalhadas, o que originou

numa transformação história do conceito de autismo de acordo com os estudos realizados em cada período, em que os critérios de diagnósticos foram trocados a medida que os avanços das pesquisas foram se desenvolvendo, até a conceitualização atual do TEA e as suas modificações publicadas pela APA. No ano 2013 por meio do DSM-V. Logo passou-se a utilizar o termo Transtorno do Espectro Autista nas publicações que regem os estatutos oficiais no Brasil e na Venezuela.

Por sua vez, o terceiro objetivo da pesquisa, estudou o diagnóstico e o atendimento de crianças com TEA, a considerar os critérios do DSM-V (2013). Isto demonstrou que uma detecção precoce do transtorno pode ser de muito benefício para a criança, já que, quando mais cedo são aplicados os métodos de ensino, maior é a oportunidade de agir de boa forma o tratamento. Esta situação se apresenta antecedente aos 36 meses da idade da criança, sendo os pais os primeiros a identificar que alguma coisa está acontecendo com seu filho. Contudo, para a obtenção do diagnóstico, é necessária uma avaliação feita por uma equipe multidisciplinar da área da Saúde. A partir do diagnóstico, a EE atua, de acordo com o nível de severidade apresentado e as características próprias da criança.

As crianças diagnosticadas com TEA são consideradas crianças com NEE e são público alvo da EE. O seu atendimento depende da capacidade e da experiência do professor para que possa realizar uma intervenção educacional apropriada, sendo um novo desafio para a aplicação de um método de ensino que se adapte às características próprias da criança e que o docente esteja em condições de proporcioná-lo. No caso do atendimento, existem muitos métodos pedagógicos sustentados no ensino estruturado, muitos usados pelos sistemas de educação e de saúde do Brasil e da Venezuela.

A EE é um campo da educação com ampla cobertura bibliográfica e com conceitos muito diferentes, de acordo com as características de pessoas com algum tipo de deficiência. Por isso, esta pesquisa foi direcionada ao processo de inclusão de crianças com NEE, especificamente com TEA. Assim delimitamos sua discussão a três categorias de análise.

Os conceitos sobre o TEA no Brasil e na Venezuela estão se transformando com o avanço das diretrizes da APA e da OMS em suas publicações. Estas, por sua

vez, fundamentam o diagnóstico em ambos países para as pessoas, a considerar as características e os níveis de severidade que apresentam. De acordo com esses critérios, são recomendados os procedimentos e os métodos de atenção pedagógicos apropriados para o atendimento de cada criança com TEA, assim, facilita-se a adaptação em o processo de inclusão nas salas de aula regulares, a fim de se ter uma melhor qualidade de vida para a criança e seus pais.

Os resultados deste estudo destacam os realces dos objetivos propostos, em que os sistemas educacionais de cada um dos países estão determinados a consolidar o modelo de educação inclusiva na modalidade de EE.

O Brasil, nos últimos anos, mostrou grandes avanços educacionais no atendimento inclusivo à população com TEA. O governo brasileiro acolheu cada uma das disposições emanadas de organizações internacionais e as converteu em leis que beneficiam o setor da população envolvida. Da mesma forma, a Venezuela assumiu as diretrizes internacionais e as implementou com a criação de novas leis para melhorar o sistema de ensino que exige reformas na tentativa de otimizar o sistema de EE no país.

Quanto ao sistema público de Saúde, ele fornece um importante apoio ao sistema nacional de ensino, com sua participação direta no diagnóstico e na recomendação de modelos de atenção adequados para acompanhar o processo de aprendizagem e a inclusão de crianças com TEA.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio dos SUS, conta com os CAPSI, que fornecem atendimento especializado para crianças com TEA. É importante citar os aportes do Ministério da Saúde para otimizar o atendimento de pessoas com TEA, com a criação, no ano 2013, de dois grupos de trabalho que apresentaram duas cartilhas sobre a assistência ao autismo no SUS: "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA" e "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", a colocar o Brasil na vanguarda de pesquisas referentes ao autismo na região.

Em relação à Venezuela, o Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS), por meio do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), oferece atendimento médico

especializado e gratuito a pessoas com TEA, pacientes que necessitam de tratamento multidisciplinares e que, no passado, não podiam ir a essas terapias, devido ao alto custo dos serviços privados.

Após a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), houve um avanço na Educação Inclusiva. O Brasil e a Venezuela receberam com grande entusiasmo suas recomendações. Foi o início de um ciclo em que se consolidou a inclusão na escola regular de crianças com NEE e com TEA, forçando a ficar fora das diferenças políticas que, por muitos anos, dificultaram o avanço das promulgações de leis e estatutos para o logro do desenvolvimento da educação em geral, e a inclusão e a participação de crianças com TEA em particular.

Os alunos com NEE são aqueles que, por apresentar algum tipo de dificuldade de aprendizagem ao longo de sua escolarização, exigem um atendimento mais especializado, com maiores recursos educacionais necessários para que sejam incluídos no sistema regular de ensino. Nesta pesquisa, comparamos o atendimento educacional às pessoas com TEA nos seguintes aspectos: inclusão; local de atendimento; método de ensino; formação de professores.

De acordo com a implementação de políticas públicas e desempenho institucional, concluímos que, a partir de 1994, um novo ciclo começa em termos de atendimento à criança com NEE. Em relação ao atendimento de pessoas com autismo, neste ciclo, sua evolução foi mais acelerada, pois um número maior de instituições públicas e privadas abriu suas portas para prestar um serviço de qualidade, com base na aplicação de vários métodos de aprendizagem.

Conforme a categoria de atendimento de crianças com TEA, no Brasil, iniciou-se o atendimento às crianças desde a década de 1980. Uma vez diagnosticadas, são tratadas principalmente em ONG, como AMA, APAE e nas unidades de atendimento especializado do SUS. A partir de 2002, os CAPSI, distribuídos por todo o território e com políticas e regulamentos bem estabelecidos, juntamente com os pais, prestam assistência à criança com TEA até que ela possa frequentar a escola regular, de acordo com suas possibilidades.

O atendimento às pessoas com TEA, na Venezuela, começou em 1978, com a fundação da ONG SOVENIA e, posteriormente, em 1997, com a entrada em serviço das CAIPA. Depois, os CDI, em 2005, ambos dependentes do MPPE. O MPPS também teve uma participação ativa no atendimento dessa população por meio do SPNS que oferece três níveis de atendimento, assim como o Programa de Assistência Integral de Pessoas com Deficiência (PASDIS), que incluiu a rede de hospitais públicos equipados com unidades especiais de atendimento para esse tipo de transtorno.

O Brasil e a Venezuela também têm instituições privadas que apresentam condições de elaborar diagnóstico de TEA, além de salas preparadas e de pessoal treinado para o atendimento a casos de autismo.

Quanto aos métodos de aprendizagem, observamos que, em ambos os países, o tratamento depende do nível de severidade com que a criança foi diagnosticada com TEA. No Brasil, segundo o SUS, a escolha do método terapêutico mais adequado para o cuidado da criança é realizada pelo médico assistente, em conjunto com os pais. No caso da Venezuela, o método de aprendizado é elaborado com a participação de médicos e professores especializados. Em ambos os casos, o programa deve ser desenvolvido para cada criança em particular, sendo o diagnóstico precoce um mecanismo importante de atenção na idade mais jovem da criança.

Ao respeito da metodologia do ensino aplicado, há vários métodos que são utilizados, a depender do caso e do projeto a ser usado no processo de aprendizagem da criança. A maioria desses métodos se caracteriza por constituir-se de forma estruturada e direcionada à atenção da criança. Entre os métodos mais utilizados no Brasil, destacam-se: TEACCH, ABA, o atendimento multiprofissional, entre outros. A Venezuela mantém o método TEACCH como o principal método de ensino desde 1978, usado pela SOVENIA, e recomendado pelo MPPE para ser usado pelos CAIPA e CDI como a principal terapia de ensino para alunos com TEA.

Em relação ao corpo docente especializado, no Brasil, embora há leis e regulamentos oficiais que exigem a necessidade de formar professores na área de EE e promover práticas pedagógicas inclusivas, para AEE, a fim de treiná-los na aplicação de métodos de atendimento para crianças com TEA, pois há uma falta de

professores treinados para participar dessa área. Quanto ao sistema de treinamento e aos professores, um grande número de universidades brasileiras públicas e privadas oferece programas de graduação e pós-graduação em EE e algumas especialidades de acordo com a deficiência. Também nas ONG AMA e APAE, cursos e seminários são ministrados para os professores que desejam ser treinados na área de atendimento do TEA.

Na Venezuela, por sua vez, desde o ano de 2005, foram aumentadas as ofertas de estudos para a formação de professores em EE. Há poucos especialistas no tratamento do TEA. No nível universitário, apenas um curso é ministrado em um instituto privado, e somente nas ONG SOVENIA e nos CAIPA e CDI são dadas instruções sobre metodologias e terapias de cuidado para pessoas com TEA.

Como resultados da pesquisa, podemos considerar as experiências mais relevantes de Brasil quanto ao diagnóstico e o atendimento de crianças com TEA, assim como este país fez progressos significativos na aplicação de políticas públicas em benefício de melhorar a qualidade da EE no sistema nacional de ensino, com isso é possível apresentar algumas recomendações baseadas nessas experiências que possam ser aplicadas na Venezuela no atendimento de crianças com TEA.

É essencial que a proposta de Lei "Atendimento Integral e Proteção a Pessoas com TEA e Condições Similares" seja atualizada e aprovada como uma base legal que ampare as políticas necessárias que determinam como devem ser a atenção, a formação acadêmica e a inclusão escolar das pessoas com TEA, que, também, se ditem diretrizes para uma melhor e contínua formação de professores e a integração desta população na sociedade.

Devido à falta de professores especializados no atendimento de pessoas com TEA, é necessário desenvolver planos de treinamentos dirigidos aos profissionais da área de EE para o seu atendimento. Além de fornecer a orientação necessária para fortalecer o trabalho pedagógico em sala de aula e aumentar o compromisso com a educação inclusiva dos docentes.

Conforme como está proposto no projeto de Lei "Assistência integral de proteção a pessoas com TEA e condições semelhantes", criar-se o Instituto Nacional

para Transtorno do Espectro Autista (INTEA), juntamente com o MPPS e MPPE, que funcionaria como o instituto reitor em assuntos relacionados ao TEA, responsável por garantir o cumprimento de todos os mecanismos das organizações estatais e privadas, em relação à capacitação e atualização de professores e os programas de assistência, diagnóstico, a manter uma linha de pesquisa do TEA para promover práticas inovadoras, que garantam a atenção que essa população requer.

Outra recomendação geral que ajudaria a melhorar o atendimento às crianças com TEA é a consolidação da inclusão no sistema regular de ensino no Brasil e na Venezuela. Isto seria a partir de desenvolvimento de programas voltados para professores em escolas para fortalecer o trabalho pedagógico em sala de aula e a interrupção do paradigma que ainda gera certa incerteza entre os professores ao tratar sobre a integração dos alunos com NEE, a aumentar, desta forma, o comprometimento da escola e dos professores. Também é necessário envolver os pais de maneira mais direta, a transformá-los em colaboradores ativos, uma vez que um projeto de aprendizagem tem melhor resultado quando as crianças com TEA iniciam-no o mais cedo e com o apoio dos pais e da família.

Ao final do ano 2019, no momento de encerramento desta dissertação, uma nova Lei está para ser implementada no Brasil, criando incertezas aos pesquisadores quanto à continuidade da inclusão no sistema regular de ensino de alunos com NEE.

8. REFERENCIAS

AGUSTIN, I. Modelos de Deficiência e sua Aplicação na Educação Inclusiva. **IX ANPED SUL. 2012**. Caxias do Sul agosto 2012. P. 1 – 6. Seminário da pesquisa em educação da região sul. 2012.

ALCANTUD, M.; ALONSO, Y.; MATA, S. Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: Revisión de Datos. **Ediciones Universidad de Salamanca**. Universidad de Salamanca, vol. 47, n.º 260, octubre-diciembre, pp. 7 – 26. enero de 2017.

ASSOCIAÇÃO DE PREVENÇÃO, ATENDIMENTO ESPECIALIZADO E INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (APRAESPI). **Método TEACCH e níveis de ensino**. 2019. Disponível em: <https://www.apraespi.com.br/component/k2/item/78-metodo-teacch-e-niveis-de-ensino>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ARAUJO, R. A. Importância do Profissional de Psicopedagogia Na Inclusão de Crianças Autistas na Sala de Aula. **III CINTEDI**. Universidade Norte de Paraná. p. 1 - 10. Júlio. 2018.

ARIAS, F. **El Proyecto de Investigación**, Introducción a la Metodología Científica, 6^{ta} edición, Editorial Episteme, Caracas. 2012.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DMS -IV**. Artes Medicas, Porto Alegre, 1995.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DMS -V**. São Paulo: Manole, 2013.

AZEVEDO, E. **Políticas Públicas de Inclusão em Centros de Educação Infantil: o caso do Município de Maringá**. 2006. 115 f. Dissertação Mestrado em Educação. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2006.

BECERRA, J. R. **La Educación Especial en Venezuela**. San Cristóbal. Júlio 2011. Disponível em: <https://relatosderenato.wordpress.com/2011/07/18/la-educacion-especial-en-venezuela/> Acesso em: 24 mar. 2019.

BECERRA, M. Importância do Método ABA – análise do comportamento aplicado no processo de aprendizagem de autistas. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. ano 03, n. 10, v. 06, p. 189- 204 out. 2018.

BELISARIO, J.; CUNHA, P. A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: Transtornos Globais do Desenvolvimento. **Coleção A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar**. Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, Universidade Federal do Ceará. Brasília. v. 9. P. 1 – 44. 2010.

BRASIL. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <http://biblio.juridicas.unam.mx/livros/4/1960/9.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição do Brasil**, de 25 de janeiro de 1967, em vigor a partir de 15 de março de 1967. Disponível em: <http://www.inap.mx/portal/images/pdf/lat/brasil/constitucion%20de%20brasil%201967.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei N. 7.853**, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Políticas Nacional de Educação Especial**, Ministério da Educação e do Desporto Brasília, DF. 1994. Disponível em: <https://midia.atp.usp.br/plc/plc0604/impressos/plc0604aula04AVAPolitica1994.pdf> Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 3.298 de 1999**. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Regulamenta a Lei n. 7.853/99. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 3.956/2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Ministério da Educação. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008. Brasília, 2008.

BRASIL. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo - ONU. Diário Oficial da União, Brasília, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. **Decreto Nº 6.094, de 24 de abril de 2007.** Estabelece as diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, a garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento às necessidades educacionais especiais. Disponível em: <file:///D:/user/Downloads/Decreto%20no%206094.pdf> Acesso em: 15 fev. 2019.

Brasil **Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponíveis em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em:

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial 2008.** Na Perspectiva da Educação Inclusiva. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial. Acesso em: 15 fev. 2019

BRASIL. **Decreto N. 6.571 de 17 de setembro de 2008.** Dispõe sobre a ampliação da oferta de atendimento educacional especializado aos alunos com deficiência. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/decreto-no-6571-de-17-de-setembro-de-2008-dispoe-sobre-o-atendimento-educacional-especializado>. Acesso em: 10 jan. 2019

BRASIL. **Resolução Nº 4, de 2 de outubro de 2009.** Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf Acesso em: 10 jan. 2019

BRASIL. **Educação Especial: História, Etiologia, Conceitos e Legislação Vigente Prática em educação Especial Inclusiva.** Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva. Secretaria de Educação Especial: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro2.pdf> Acesso em: 2 jan. 2019

BRASIL. **Lei Federal Nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº, de 2015.** Altera a redação do parágrafo único do art. 3º e os artigos 5º e 7º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=385FB3F2D380AF6739FDAA4979914237.proposicoesWebExterno2?codteor=1347104&file name=Tramitacao-PL+1874/2015 Acesso em: 12 jan. 2019

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado Nº 169, de 2018.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, para tornar obrigatória a criação de centros de assistência integral ao paciente com transtorno do espectro autista no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132870> Acesso em:

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Lei n. 9394/96. Brasília, 1996. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP: 1994.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.** Parecer CNE/CEB n.01, p.79. julho 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **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.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília – DF 1ª edição, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **protocolo do estado de São Paulo de diagnostico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista.** São Paulo, 2014.

CAMARGOS, A. **Representações de Autistas em Recursos Midiáticos**. 2017. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso graduação. Universidade Presbiteriana Mackenzie, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. São Paulo. 2017

CAMARGO; RISPOLI, Análise do Comportamento Aplicada Como Intervenção para o Autismo: Definição, Características e Pressupostos Filosóficos. **Revista Educação Especial**. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). v. 26. N. 47. p. 639 – 650. Santa Maria set./dez. 2013

CARRILLO, M. **La Integración Escolar del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales en el Municipio Caroní de Venezuela**. 2016, 389 f. Tesis de Doctorado en Educación. Universidad de Girona, España. Girona, Junio 2016.

CARVALHO, E. Estudos Comparados em Educação: Novos Enfoques Teóricos-Metodológicos. **Acta Scientiarum Educação**. Universidade Estadual de Maringá, v. 36, n. 1, p. 129 - 141. Jan.-June. 2014.

CERQUEIRA, M. Currículo Funcional Na Educação Especial Para o Desenvolvimento do Aluno com Deficiência Intelectual de 12 A 18 anos. **Revista Eletrônica para Educação**. P. 1 -27. 2008.

COSTA, A. **O AUTISMO e a EDUCAÇÃO ESPECIAL** o “mundo” de (im) possibilidades para a humanização. 2015. 169 f. dissertação de mestrado. Centro de Ciências Humanas, Universidade Estadual de Maringá. Maringá. 2015.

CORCINI, M; CASAGRANDE, R. Educação Especial e sua Trajetória Histórico-Política: uma Abordagem por Meio de Grupos de Discussão, **os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor**. caderno PDE, Governo de PR, 2016.

CORREIA, K. **Autismo na Educação Infantil**. 2010. 72 f. Monografia de Especialização. Universidade Candido Mendes. Rio de janeiro. 2010.

CORRÊA, M. A. **Marcos Históricos Internacionais da Educação Especial até o século XX**. p 68-90. Aula 5. 2001. Disponível em:

<http://www.unirio.br/cch/escoladeturismologia/pasta-virtuais-de-docentes/maria-angela-monteiro-correa/educacao-especial-textos-da-disciplina/aula-5> Acesso em: 10 mar. 2019

CRUZ, S. **Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades Sentidas pelos Professores de Educação Especial**. 2012. 175 f. dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa 2012.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Direitos das Pessoas com Autismo**, Publica Estado de São Paulo. 1º Edição. Março de 2011. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf> Acesso em: 12 jun. 2019

DELORS, J. et al. **La Educación Encierra un Tesoro**. Ediciones UNESCO. Fundación Santillana. Madrid: Santillana (1996). Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF. Acesso em: 20 fevereiro 2019

FERNANDES, A. Formação do Professor para a Inclusão do Aluno com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Rede Regular de Ensino. **Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE**. Governo do Estado de Paraná. V. 1. P. 1 – 17 Curitiba. 2016.

FERNANDES, L.; GOMES, J. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ResearchGate**. Porto alegre, v. 3. N.4. p. 1 – 23. jul. /dez. 2003.

FERRE, F. et. al. **Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista: la atención en la Red de Salud Mental**. 1ª Edición. Madrid. Gráficas Crutomen. 2008.

FERREIRA, A. O Sentido da Educação Comparada: Uma compreensão sobre a construção de uma identidade. **Educação Revista Eletrônica**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 124-138, maio/ago. 2008.

FONSECA, M. O Diagnóstico dos Transtornos do Espectro do Autismo – TEA. **Revista APAE**. Federação APAE São Paulo. p. 1 – 44. Bauru 2015.

FRITH, U. **autismo**: hacia una explicación del enigma. Primera Edición, Madrid. Alianza Editorial. 1991.

FONSECA, J. Metodologia Da Pesquisa Científica. **Curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem**: comunidades educativas. Universidade Estadual de Ceará, Fortaleza: UECE, marco/maio 2002. p. 127

FUNDACIÓN LOVAAS. **¿Qué es el método ABA?, ¿Cómo funciona?**, aquí les acercamos a una breve introducción. Junio 2015. Disponible en:
<https://lovaasfoundation.es>blog>. Acesso em:

GERHARDT, T; SEILVEIRA, D. Métodos de Pesquisa. **Serie Educação a Distância**. Editora da UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1ª edição, – Porto Alegre: Editora da UFRGS p. 120, 2009.

GRANDIN, T.; PANEK, R. **O Cérebro Autista**: pensando a través do espectro. Tradução de Cristina Cavalcanti. 1 ed. Rio de Janeiro: Record. 2015.

GUEVARA, I.; KASEM, K.; **Trastorno del Espectro Autista**: productividad científica, análisis y tendencias en la Investigación Universitaria en el Área Metropolitana de Caracas. 2015. 206 p. Trabajo de grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas enero de 2015

HERNANDEZ, M. Evolución Histórica de la Educación Especial en Venezuela. **Revista Semana de la Educación Especial**, Acarigua, p. 1 -5 2018. Disponible em:
<https://www.slideshare.net/miguelito8089658/evolucion-historica-de-la-educacion-especial-en-venezuela> Acesso em: 3 jun. 2019

IZQUIERDO, T. **Necessidades Educativas Especiais: a Mudança pelo Relatório Warnock.** 2006. 150 f. dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da educação. Aveiro. 2006.

JIMENEZ, R. B. **Modalidades de escolarização. A classe especial e a classe de apoio.** In: BAUTISTA, R. necessidades educativas especiais. Dina livro. Lisboa. uma escola para todos: Integração Escolar, Necessidades educativas Especiais. Diana Livro. Lisboa. 1997

KILIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo. vol. 28. Supl. 01. s3 – s11. 2006

KRAUSE, M.; NETO, M. Utilização de Aplicativos para Dispositivos Móveis como Ferramenta Educacional para Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Periódico eletrônico UFAC.** Rio Branco. P. 1- 15. Oct. 2016

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 4ª Edição. São Paulo, Editora Atlas S.A., 2001

LÓPEZ, M. Barreras que Impiden la Escuela Inclusiva y Algunas Estrategias para Construir una Escuela sin Exclusiones. **Revista Innovación Educativa**, Universidad de Málaga, España. N.º 21, p. 37-54. noviembre 2011.

LEITE, L.; GALVÃO, I. **A Educação de um Selvagem:** as experiências pedagógicas de Jean Itard. São Paulo: Cortez. 2000.

LEITÃO, P. Transtorno do Espectro do Autismo na Perspectiva do Ensino Estruturado. **Revista Eletrônica.** Edição Especial. APAE de Para de Minas. v. 8. n. 2. p. 1 – 15. sep. 2016.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n.1. American Psychological association, 1987.

LEAR, K. **Ajude-nos a Aprender**: manual de treinamento em ABA. 2ª edição, 2004. Toronto. Edição grupo de tradutores da comunidade virtual do autismo no Brasil. Brasília fev. 2006.

MARCUSCHI, B.; SUASSUNA, L. **Avaliação em Língua Portuguesa**: contribuições para a prática pedagógica. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MENDEZ, M. Conceptualización y Modelos de Atención en la Educación Especial en Venezuela. Agora Trujillo. Tujillo. Enero-junio 2008. Ano 11. N. 021. 91-108 p.

MELLO, A. **Autismo**: guia prático. 7 ed. São Paulo, Impressão: Gráfica da AMA, 2007

MENEZES, E. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira** – educabrasil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em:

<http://www.educabrasil.com.br/download/>. Acesso em: 23 abr. 2019

MIZUNO, M. et. al. O Direito à Educação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista: das Políticas Públicas aos Desafios da inclusão. **XVIII SEDU**: Semana da educação Universidade Estadual de Londrina, v. 1, p. 1169 – 1182, nov. 2017.

MORAIS, T. **modelo TEACCH - Intervenção Pedagógica em Crianças com Perturbações do Espetro do Autismo**. 2012. 182 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa 2012.

NUÑEZ, B. et. al. **Conceptualización y Políticas de la Atención Educativa Integral de las Personas con Autismo**. p. 58, Caracas, mayo 1997. Disponible en:

<https://iuiopetare.files.wordpress.com/2016/03/conceptualizacic3b3n-y-polc3adtica-del-area-autismo.pdf> Acesso em: 12 jan. 2019

ONZI, F.Z.; GOMEZ, R. F. (2015). **Revista Caderno Pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 188-199. 2015

OLIVEIRA, B. et al. Políticas para o Autismo no Brasil: entre atenção psicossocial e a reabilitação 2017. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707 – 726. Janeiro 2017

OLIVEIRA, J., B. Ensino estruturado: um modelo pedagógico eficaz. **Revista Veja**. Março, Curitiba. 2016. disponível em: <http://www.latITUDE.org.br/veja-ensino-estruturado-um-modelo-pedagogico-eficaz/> Acesso em: 22 mar. 2019

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal dos direitos humanos de 1948**. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Convenção sobre os direitos das Crianças**. 1989. Disponível em: <https://www.unhcr.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>. Acesso em: 14 fev 2019

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração mundial sobre educação para todos**. 1990. Jomtien: UNESCO, 1990. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf> Acesso em: 22 mar. 2019

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração de Salamanca**. 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 3 maio 1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência**. Guatemala, UNESCO, 1965, 2001. Disponível em:

http://www.ampid.org.br/ampid/Docs_PD/Convencoes_UNU_PD.php#guatemala.

Acesso em: 3 mai. 1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Carta do terceiro milênio. 1999. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/carta_milenio.pdf Acesso em: 3 mai. 1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Fórum Mundial sobre a Educação**, Dakar. 2000. Disponível em:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/127509porb.pdf>. Acesso em: 3 mai. 1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Convenção dos direitos das pessoas com deficiência**. 2006. Disponível em:

<https://www.fundacaodorina.org.br/a-fundacao/deficiencia-visual/convencao-da-onu-sobre-direitos-das-pessoas-com-deficiencia/> Acesso em: 12 jun.1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Relatório da situação mundial da infância**. 2013. Disponível em:

http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2013_d_eficiencia.pdf Acesso em: 5 mar. 1999

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Objetivos do desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em:

https://www.piscodeluz.org/desenvolvimentosustentavel?qclid=EAAlaQobChMIkK7Tv_saj5QIVi4eRCh3yUQw-EAAYASAAEgK-cPD_BwE Acesso em: 04 jan. 1999

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2005) **Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: 04 jan. 1999

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf .

ORGANIZAÇÃO PAM-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - transtorno do espectro autistas. OMS**. 2017. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?itemid=1098> Acesso em: 04 jan. 1999

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. São Paulo: USP, 1997.

ORRÙ, S. E. Educación Especial en Brasil: una Visión Panorámica del Proceso de Inclusión de las Personas con Necesidades Educativas Especiales. **Revista de Educación**, Universidad de la Rioja, ISSN 0034-8082, Nº 339, 2006, págs. 825-836

PEREIRA, C.; PEREIRA, F. Aplicações Do Ensino Estruturado Como Método De Inclusão Escolar Para Crianças Autistas Em Uma Associação De João Pessoa-Pb. **Editora Realize**. João Pessoa-Pb. p 1 – 11. 2015

PIOVANI, J; KRAWCZYK, N. Os Estudos Comparativos: algumas notas históricas, epistemológicas y metodológicas. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, V. 42. N. 3 p. 821 – 840. Jul./sep. 2017.

(PORTOLESE, j. et. al. Mapeamento dos Serviços que Prestam Atendimento a Pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil. **Cadernos distúrbios**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 79 – 91, 2017

PRAÇA, E. **Uma Reflexão Acerca da Inclusão de Aluno Autista no Ensino Regular**. 2011. 140 f. dissertação de mestrado. Universidade federal de juiz fora, instituto de ciências exatas. Juiz da fora (MG). 2011.

REBEIRO, F. Humanos Criados como Animais: coração selvagem. **Guia do estudante**. Revista eletrônica. 01 02 2006. V.1, 1 - 5 p. São Paulo 2006.

ROMERO, R. **Modelo Venezolano de Integración Educativa**. 2009. 253 p. Tesis Doctorado en Educación, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 2009.

ROCHA, A. O Papel do Professor na Educação Incisiva. **Ensaio Pedagógicos**, v.7, n.2, Jul/Dez 2017, Curitiba ISSN – p. 2175-1773

ROCHA, C. Educação Inclusiva: uma questão de responsabilidade social. **Conhecimento Interativo**. São José dos Pinhais, PR, v. 8, n. 2, p. 17 - 28, jul./dez. 2014.

RODRIGUEZ, L. **Autismo: método ABA ou método TEACCH?** Instituto ITARD. Teresópolis/RJ. Posted p. 1 – 5 março de 2017.

ROSA, K. N. **Da “criança que não aprende” a “toda criança é capaz de aprender”:** lições históricas de Pereira, Itard, Séguin e Montessori. 2017. 219 f. Tese Doutoral. Pontifica Universidade Católica de São Pulo 2017.

RODRÍGUEZ, S. (2011). **El Docente de Educación Inicial y la Integración Escolar de Niños diagnosticados con Trastorno Autista:** un estudio fenomenológico. 2011. 110 f. Disertación de Maestrado en Educación. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. 2011.

SAMPALO, C; MORGADO, J. As Atitudes dos Professores do Primeiro Ciclo do Ensino Básico Face à Educação Inclusiva de Alunos com Necessidades Educativas Especiais. **Interações**, n. 33, p. 163-188. 2014.

SANTOS, C. Métodos de Analises do Comportamento (ABA) e Portadores do Transtorno do Espectro Autista. **CONIC-SEMESP. 15º congresso anual de iniciação científica**. UNAERP Ribeirão Preto 1 – 11. Oct. 2015.

SANTOS, D. Autismo: ensinando, adaptando e incluindo. **Revista acadêmico-científica SCIRE**. Universidade Estadual Vale do Acaraú. v. 9. n. 1. p. 1 – 10. janeiro. 2016

SATO, F. **Validação da Versão em Português de um Questionário para Avaliação de Autismo Infantil**. 2008. 129 f. dissertação de Mestrado, Universidade de São Pablo, São Paulo. 2008.

SCHWARSTZMAN, J.; ASSUMPÇÃO, F. e Colaboradores. **Autismo Infantil**. Memnon Edições Científicas. São Paulo, 1995.

SCHWARTZMAN et al. Diagnostico e Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autista: Relato de Caso. CAMINHA, V. et. al. (org.). **Autismo Vivências e Caminhos**. Editora Edgard Blücher Ltda. São Paulo. 2016. Capítulo 4 p. 45 - 56

SHIMAZAKI, E. M. **Letramento em Jovens e Adultos com Deficiência Mental**. 2006. 188 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SHIMAZAKI, E. M. **Fundamentos da Educação Especial**. 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/20475243-fundamentos-da-educacao-especial.html> Acesso em: 12 set. 2019

SHIMAZAKI, E. M; MENEGASSI, R. J. Aspectos da apropriação de leitura e escrita em deficientes intelectuais. In: Maria Amélia Almeida; Eniceia Gonçalves Mendes. (Org.). **Educação Especial e seus Referentes Recortes**. 1ªed. Marília: ABPEE, 2016, v. 1, p. 35-50

SILVA, A. **Vida Adulta e Envelhecimento com TEA: tratamento, prognóstico e dificuldades segundo profissionais**. 2017. 114 f. dissertação de Mestrado. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo. 2017.

SILVA, F. Estudos Comparados como Método de Pesquisa: a escrita de uma história curricular por documentos. **Curriculares Revistas Brasileiras de Educação**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, v. 21. n. 64. p. 1 – 16. jan./mar. 2016.

SILVA, T. Inclusão Escolar: Relação Família-Escola. **EDUCERE XII Congresso Nacional de Educação**, Curitiba PUCPR, 42 – 56 p. 2015.

SILVA, C. A Evolução da Educação Especial no Brasil: Pontos e Passos. **III CONEDU**. Congresso Nacional de Educação. Natal. 1 – 12 p. Oct 2016.

SOVENIA. **Sociedad Venezolana para Niños y Adultos Autistas**. 2017. Disponible en: <http://www.mischiquiticos.com/organizaciones-sociales/sovenia-sociedad-venezolana-para-ninos-y-adultos-autistas> Acesso em: 12 mar. 2019.

SUPLINO, M. Currículo Funcional Natural. **Coleção de Estudos e Pesquisa na Área da Deficiência**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Gráfica Serrana, Brasília. v. 11. p. 1 - 73. 2005

THEODORO, R. Proposta de Implantação Do Programa TEACCH Com Ênfase Nos Alunos da Educação de Jovens E Adultos – EJA. **Caderno Pedagógico**. Departamento de Políticas e Tecnologias Educacionais Curitiba. Turma-PDE/2016. 2º semestre. v. 2. p. 3- 27. Curitiba 2018.

VENEZUELA. Constitución (1999). **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, 30 de diciembre de 1999, Gaceta Oficial de la República N.º 36.860. [Extraordinaria], marzo 24, Caracas, 2000.

VENEZUELA. Constitución (1961). **Constitución de la República de Venezuela**, 23 de enero de 1961, Gaceta Oficial de la República, N.º 36.860. [Extraordinaria], marzo 24, Caracas, 1961.

VENEZUELA. Constitución (1953). **Constitución de la República de Venezuela**, 15 de abril de 1953, Gaceta Oficial de la República, de 15 de abril de 1953. 491. La Gaceta Oficial número 288, Caracas, 1955.

VENEZUELA, Constitución (1947). **Constitución de los Estados Unidos de Venezuela**, 05 de julio de 1947, Gaceta Oficial de la República, N° 22.431, Caracas del octubre 1947.

VENEZUELA, Ley **Orgánica de Educación**. Congreso de la República de Venezuela, Ministerio de Educación. Caracas 1947.

VENEZUELA, **Resolución N.º 2005**, Gaceta Oficial N.º 5.929. Ministerio de Educación. Considera el derecho a una educación integral de los niños con necesidades educativa especiales. Caracas, 1996.

VENEZUELA, **Resolución Ministerial N.º 123**, Gaceta oficial N.º del 24 enero 1994. em que se establece la inclusión de todas las personas con Autismo dentro del grupo de personas NEE y que requiera atendimento educacional en la modalidad de educación especial. Caracas, 1994

VENEZUELA, **Ley Orgánica de Educación**. Gaceta Oficial N.º 2.635 del 28 de julio de 1980. Ministerio de Educación, directrices que rigen el sistema educativo venezolano. Caracas, 1980.

VENEZUELA, **Ley Orgánica de Educación**. Gaceta Oficial N.º 5.929 Extraordinario del 15 de agosto de 2009, Ministerio de Educación. La presente Ley tiene por objeto desarrollar los principios y valores rectores, derechos, garantías y deberes en educación. Caracas, 2009

VENEZUELA. **Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación, decreto N° 995 22 de enero de 1986**. El presente reglamento tiene por objeto establecer normas y directrices complementarias sobre el sistema, el proceso y los regímenes educativos. Disponible en:

<http://www.ciens.ucv.ve/jefedepoec/repositorio/normativas/legislacionUCV/Tomo%20I/CapI/TICIt3.htm> Acceso em: 15 feb. 2019

VENEZUELA, **Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación**. Decreto N° 313. Gaceta Oficial N° 36.787 (Reforma) del 16/11/1999. TÍTULO I, El presente Reglamento tiene por objeto establecer normas y directrices complementarias sobre el sistema, el proceso y los regímenes educativos. Caracas, 1999.

VENEZUELA, **Ley Orgánica Para la Protección del Niño y del Adolescente**. gaceta oficial 2 de octubre de 1998 N. 5266 extraordinario, del Congreso de la República de Venezuela. Caracas, 1998.

VENEZUELA, **Ley Aprobatoria de la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con**

Discapacidad". Decreto de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial N 5637 de 1 noviembre 2005, Caracas, 2005.

VENEZUELA, **Ley Para Las Personas con Discapacidad**. Gaceta Oficial N° 38598 de enero 2007. Regular los medios y mecanismos, que garanticen el desarrollo integral de las personas con discapacidad de manera plena y autónoma. Caracas, 2007.

VENEZUELA. **Proyecto de ley Atención Integral y Protección para las Personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) y Condiciones Similares**. Aprobada en Primera Discusión el 26 de mayo de 2016. Caracas. 2016.

VENEZUELA. **Informe Situación de Atención Pública 2017**. Ministerio del poder popular para la salud. Disponible en:

<http://mpps.gob.ve/index.php/ministerio/mision> Acesso em: 26 ago. de 2019

VIDAL, J. Metodologia Comparativa e Estudo de Caso. **Papers do Naea 308**. Universidade Federal do Pará, Belém, N. 308 p. 1 – 38. agosto de 2013.

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas V**. Fundamentos da defectologia. Madrid: Visor 1997.

WING, L. The handicaps of autistic children: a comparative study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. As desvantagens de crianças autistas: um estudo comparativo 10, 1-40. 1996.

ZANON, R. et. al. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vol. 30. n. 1, p. 25-33 Jan-Mar 2014.