

Orientação educativa às famílias de alunos com transtorno do espectro autista da escola do ensino especial do huambo

José Domingos Calelessa

Ph.D. (U/L) Instituto Superior de Ciências da Educação de Benguela

Celestino Utengi

MSc. Instituto Superior Politécnico da Caála

Carlos Gabriel Henrique

MSc. Instituto Superior Politécnico da Caála

RESUMO

A presente dissertação tem como objectivo geral descrever um conjunto de acções educativas orientadoras às famílias dos alunos com Transtorno do Espectro Autista da Escola do Ensino Especial do Huambo. Para esta investigação o tipo de pesquisa foi a descritiva e foram utilizados métodos teóricos como: histórico - lógico, análise – síntese, pesquisa bibliográfica e enfoque de sistema, e métodos empíricos como: observação, inquérito por questionário, consulta aos especialistas e matemático - estatístico. Para o tratamento dos dados, se recorreu ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na sua versão 20.0. Tendo em conta o diagnóstico realizado permitiu aferir que existe pouco conhecimento por parte das famílias com relação ao autismo; existem carências quanto ao diagnóstico do autismo desde a primeira infância, o que muitas das vezes dificulta a própria orientação educativa às famílias e a relação Escola - família, pois nem sempre os professores se sentem preparados suficientemente para atender às necessidades educacionais dos seus educandos. Os resultados desta investigação revelaram que as famílias dos alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) têm dificuldade de se relacionarem com os referidos alunos, pois não têm conhecimentos e nem são orientadas com estratégias metodológicas pelos especialistas para se relacionarem melhor com eles. A referida estratégia apresenta um conjunto de acções que visam a orientação educativa às famílias dos alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pois facilita o relacionamento das mesmas famílias com os referidos alunos em diversos contextos.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Famílias e orientação educativa.

1 INTRODUÇÃO

A educação é um direito humano fundamental e decisivo para o desenvolvimento de indivíduos e sociedades. Além disso, garantir educação inclusiva, equitativa e de qualidade é um dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (SDS). As práticas educativas para o cuidado das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) passaram por diferentes etapas no nosso país. Contudo, depois da independência de Angola, a atenção educativa aos alunos com TEA e a orientação educativa às suas famílias tem sido submetida a fortes críticas e gerar novas posições filosóficas expressas nos novos conhecimentos para Pedagogia Especial como ciência aplicada à educação dessa população ou grupo alvo.



A educação das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um processo social que acompanha a sociedade humana ao longo da sua história, formar uma sociedade cujo acesso universal à educação básica deve ser sempre respeitada e considerada como factor chave de modo a garantir a igualdade no exercício do direito à educação.

A família é uma instituição social, onde grande parte da vida ocorre. É um transmissor de nutrientes básicos, das primeiras experiências emocionais e o seu bom funcionamento garante a segurança e a estabilidade necessárias para o desenvolvimento normal das crianças desde cedo. Os pais são considerados os primeiros professores e mediadores nas relações com o ambiente social e com o legado histórico e cultural da humanidade.

Nos nossos dias, reflectir sobre a família e a comunidade onde vivem alunos com autismo, sua preparação para aceitar, conviver e estimular o desenvolvimento desses alunos, são temas necessários na agenda do debate científico em Angola. Por isso, os profissionais da Educação Especial assumem, todos os dias, o dever humano de educar e reproduzir modos de acção, entre outros, que estimulem ambientes que favoreçam a socialização do aluno com autismo.

Hoje podemos dizer que a família é vista, no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, como um dos principais pilares no seu mundo social, pois é através dela que a criança experimenta as primeiras interações sociais.

No entanto, a tarefa da família de educar sofre sempre influências externas, a verdade é que cada família, e, dentro dela, cada membro da família, é afectada por um membro autista de uma forma diferente; o impacto do autismo e a necessidade de elevar a qualidade de resposta educacional, faz-nos repensar uma abordagem na educação desde a vertente de orientação educativa às famílias dos alunos com autismo, que representa assumir a diversidade no contexto sócio - educacional.

Para orientação educativa às famílias de alunos com Transtorno do Espectro Autista tem sido objecto de estudo de diversas pesquisas tanto a nível internacional quanto nacional, vários são os autores que se aventuraram nesse tema, destacando os estudos de Kanner, Riviere, Junco, Oliveira, Valdéz, Almeida, Abreu, Maia Filho, Amanda, Nogueira, Silva & Santiago, Mapelli, Barbieri, Castro, Bonelli, Wernet & Dupas, entre outros.

No contexto nacional ou seja em Angola, Filipa, Neves, Adalberta e Almeida, em geral afirmam que existem carências em relação a abordagem do tema exposto, e concordam que uma melhor orientação educativa as famílias concorrem para o êxito e o cuidado educacional para alunos com autismo em alcançar o ajuste da resposta educacional para cada um deles.

Se há um aluno com deficiência na família, os profissionais da educação devem levar em consideração a ampla gama de sentimentos, reacções, ajustes emocionais e não só, que isso causa e que distinguem as subjectividades daqueles que fazem parte desses núcleos familiares.



É humano aceitar, como legítimo e autêntico, a dor que os pais experimentam, quando no estado inicial da vida da criança, eles descobrem que ela tem uma deficiência.

O autismo é um dos mais recentes transtornos de desenvolvimento generalizados para pedagogia especial; embora do ponto de vista clínico, autismo é um distúrbio do desenvolvimento humano que vem sendo estudado pela ciência há quase seis décadas, ou seja, há mais de 50 anos, mas sobre o qual ainda permanecem, dentro do próprio âmbito da ciência, divergências e grandes questões por responder tais como a sua origem.

Ultimamente não só vem aumentando o número de diagnósticos, como também estes vêm sendo concluídos em idades cada vez mais precoces, dando a entender que, por trás da beleza que uma criança com autismo pode ter e do facto de o autismo ser um problema de tantas faces, as suas questões fundamentais vêm sendo cada vez reconhecidas com mais facilidade por um número maior de pessoas.

Nos primórdios, o autismo era conhecido por um grupo muito pequeno de pessoas, entre elas poucos médicos, alguns profissionais da área de saúde e alguns pais que haviam sido surpreendidos com o diagnóstico de autismo para os seus filhos. Actualmente, embora o autismo seja bem mais conhecido, tendo inclusive sido tema de vários filmes de sucesso, ele ainda surpreende pela diversidade de características que pode apresentar e pelo facto de, na maioria das vezes, um aluno que tem autismo ter uma aparência totalmente normal.

Segundo a Constituição Angolana no seu artigo 35º, ponto 1, afirma a família como um núcleo fundamental da organização da sociedade e é o objecto especial de protecção do Estado. Assim, ser pai ou mãe desde o ponto de vista biológico é muito fácil, mas ser pai e mãe competentes, com capacidades para ajudar os seus filhos, dos quais com TEA, a tornarem-se pessoas equilibradas, responsáveis, inteligentes e felizes, úteis à sociedade, não é uma tarefa fácil, mas também não é complicada. Assim são eles os principais responsáveis pelos cuidados dos filhos e devem participar em toda a sua educação. Já o ponto 5 do referido artigo diz que os filhos são iguais perante a lei, sendo proibida a sua discriminação. Por isso, no seio de uma família se tiver um aluno com o autismo não deve ser discriminado, pois tem direitos, nomeadamente, a sua educação integral e harmoniosa, a protecção de sua saúde, condições de vida e ensino.

No que se refere à educação dos alunos com Transtorno do Espectro Autista, para que haja boa participação é necessário a família ter ou adquirir uma boa informação a respeito para actuar com muito carinho e atenção de modo que com os referidos alunos levem uma vida familiar alegre, feliz e que neste processo desfrutem todos.

De notar que o autismo angústia as famílias nas quais se impõe, pois, a pessoa portadora de autismo, geralmente, tem uma aparência harmoniosa e ao mesmo tempo um perfil irregular de desenvolvimento, com bom funcionamento em algumas áreas enquanto outras se encontram bastante



comprometidas.

Quando uma criança dentro da família é diagnosticada com autismo, surge um conjunto de transformações e questionamentos por parte da família: os pais apresentam vários questionamentos, dúvidas e medos quanto ao futuro, como será e se seu filho poderá ter uma vida normal ou não, questionamentos quanto a culpados, querem identificar as causas e influências, enfim, é o momento dos questionamentos mais profundos como: Porque isso aconteceu connosco? Consequentemente os pais podem apresentar a não-aceitação, revolta e raiva da situação e somente depois de obter o conhecimento sobre o transtorno é que podem acalmar.

Por outro, segundo o Código da Família - Lei n.º 1/88, de 20 de Fevereiro, no Artigo 2.º, no seu ponto 1, diz que a família deve contribuir para a educação de todos os seus membros sem exclusão num espírito de amor ao trabalho, do respeito pelos valores culturais, para que todas as crianças com Transtorno do Espectro Autista possam estar incluídas no contexto familiar.

Por sua vez, o Decreto Presidencial n.º 187/2017, de 16 de Agosto, sobre a Política Nacional de Educação Especial Orientada para a Inclusão Escolar diz que é necessário a mobilização das famílias e dos pais e/ou encarregados de educação dos alunos com NEE, em particular os alunos com autismo visando o seu envolvimento activo no processo de transformação e inclusão das crianças com o Transtorno do Espectro Autista.

Assim, os documentos acima referenciados fazem menção do papel da família no processo de ensino aprendizagem e inclusão dos alunos com NEE, em particular os alunos como Transtorno do Espectro Autista, na medida em que, o seu papel é insubstituível para que haja sucesso no processo de inclusão socioeducativa dos referidos alunos e afirmam, desde uma perspectiva mais humanista e participativa, realçando que a família é o pilar no processo de ensino e aprendizagem.

2 DEFINIÇÃO DE TERMOS E CONCEITOS

De acordo com Morgado (2011), o termo “autismo” provém da palavra grega “autos” que significa “próprio”. Foi esta característica que Kanner e Asperger quiseram destacar, ou seja, o isolamento que o indivíduo manifesta, sendo-lhe difícil entregar-se à troca e à participação social. Ambos os autores sugerem que há um “transtorno do contacto” de natureza sócio - afectiva, dificuldades na adaptação social, e que os interesses são restritos e os comportamentos repetitivos. “**Autismo** é uma síndrome definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza sempre por desvios qualitativos na comunicação, na interacção social e no uso da imaginação” (Mello, 2005, p. 16).

Cunha (2014), define que o **Transtornos do Espectro Autista (TEA)** decorre de perturbações do desenvolvimento neurológico, manifestadas geralmente a partir dos 3 anos de idade, período em que os neurónios responsáveis pela comunicação e pelas relações sociais não estabelecem as conexões tipicamente



estabelecidas. É denominado **espectro** por haver uma gama de condições que englobam desde níveis mais leves até níveis mais profundos de comprometimento nestas conexões, resultando em diversos tipos de autismos, que podem diferir bastante de pessoa para pessoa.

Na visão de Duarte & Matias (2018), a **inclusão** é um processo que atende a melhoria do rendimento, actividade e participação de todos os alunos através da aprendizagem colaborativa e activa e do reconhecimento da diversidade como uma mais-valia social.

Nascimento, Morais & Silva (2010) referem que a **orientação educativa** é a assistência dada ao educando a fim de oportunizar o seu pleno desenvolvimento que é mediado na relação entre o ambiente escolar, familiar e comunitário.

Para Maria e Maria (2011), a **orientação educativa** é o conjunto de actividades destinadas aos alunos, aos pais e aos professores, com objectivo de contribuir para o desenvolvimento das suas tarefas no âmbito específico dos estabelecimentos de ensino. Esta orientação educativa prevê acções planeadas que interagem alunos, professores, direcção, currículo escolar e comunidade a fim de promover, de forma humanizada o desenvolvimento físico, pessoal, intelectual e moral do aluno.

2.1 HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO A NÍVEL MUNDIAL

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943 pelo Dr. Leo Kanner (médico austríaco, residente em Baltimore, nos EUA) no seu histórico artigo escrito originalmente em inglês: Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo (DACA). Nesse artigo, Kanner, sistematizou a cuidadosa observação de um grupo de crianças com idades que variavam entre 2 e 8 anos, cujo transtorno ele denominou de ‘Distúrbio Autístico de Contacto Afetivo’. Embora o termo “autismo” já estivesse sido introduzido na psiquiatria por Plouller, em 1906, como item descritivo do sinal clínico de isolamento, a criteriosa descrição de tais anormalidades por Kanner permitiu a diferenciação do quadro de autismo em relação a outros transtornos como esquizofrenia e psicoses infantis.

O trabalho de Kanner foi de fundamental importância para formar as bases da Psiquiatria da Infância nos EUA (Estados Unidos da América) e também mundialmente. Kanner evidenciou nos casos descritos as seguintes características: inabilidade em desenvolver relacionamentos com pessoas; atraso na aquisição da linguagem; uso não comunicativo da linguagem após o seu desenvolvimento; tendência à repetição da fala do outro (ecolalia); uso reverso de pronomes; brincadeiras repetitivas e estereotipadas; insistência obsessiva na manutenção da “mesmice” (rotinas rígidas e um padrão restrito de interesses peculiares); falta de imaginação; boa memória mecânica; e aparência física normal. Segundo Campos & Mendes (2014), tais características não haviam sido consideradas até então na sua “surpreendente singularidade. Já em 1943, Kanner deixou claro que este relato era preliminar e carecia de mais estudos, observações e investigações.



2.2 HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO EM ANGOLA E EM PARTICULAR NO HUAMBO

O ensino especial começou a ser implementado em Angola nos anos 70 do século passado, inicialmente nas províncias de Luanda e Huíla, com o acompanhamento de crianças com deficiências auditivas e visuais. Só a partir de 2002, com o advento da paz, o sistema começou a merecer atenção especial. Até 2003, só existiam duas escolas especiais, mas actualmente a rede escolar é composta por 12 unidades, sendo duas em Luanda, uma em Benguela e igual número na Huíla, no Bengo, Moxico, Lunda Sul, Namibe, Malanje, Huambo, Cuanza- Sul, Cuando Cubango e Cunene e estão a ser construídas escolas nas províncias de Cabinda, Bié, Uíge e Cuanza-Norte. No ano 2005, a rede escolar da Educação Especial estava assim distribuída: 12 escolas especiais, 13 salas especiais e 630 salas integradas em todo país. Em 2006, a educação especial acompanhou um total de 14.171 pessoas em todo o país. Desde a sua implementação, cerca de 60.000 alunos beneficiaram deste serviço nas modalidades para surdos, cegos e deficientes mentais, dentro dos alunos com deficiências mentais onde eram incluídos os alunos que apresentavam TEA (Duarte & Matias, 2018).

3 AUTISMO

Segundo Andrade & Teodoro (2012), o Autismo constitui uma síndrome comportamental de etiologias múltiplas, que compromete o processo do desenvolvimento infantil. Assim, ele pode ser compreendido como um distúrbio global de desenvolvimento que envolve alterações severas e precoces em três áreas: comprometimento qualitativo da interacção social; comprometimento da comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e actividades.

Definindo de forma simples de acordo com Moral, Shimabukuro & Molina (2017), o TEA qualifica-se como um transtorno neuro-psiquiátrico que apresenta sinais e sintomas básicos, como dificuldade de interacção social, *deficit* de comunicação social (quantitativo e qualitativo), e padrões inadequados de comportamento.

3.1 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A incidência do autismo varia de acordo com o critério utilizado por cada autor, no entender de Mello (2005), considera que Brysonno seu estudo conduzido no Canadá em 1988, chegou a uma estimativa de 1:1000, isto é, em cada mil crianças nascidas uma tem autismo. Segundo a mesma fonte, o autismo é duas vezes e meia mais frequente em pessoas do sexo masculino do que em pessoas do sexo feminino.

A incidência é de 1:500, ou 2 casos em cada 1000 nascimentos. O autismo afeta de 2 até 6 pessoas em cada 1000, isto é, pode afetar até 1 pessoa em cada 166. O autismo é 4 vezes mais frequente em pessoas do sexo masculino. O autismo incide igualmente em famílias de diferentes raças, credos ou classes sociais.



Por outro lado, Pinto *et al.* (2016), estimam que, actualmente, a prevalência mundial do TEA esteja em torno de 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente em meninos. As possíveis razões para a elevação da prevalência desta síndrome relacionam-se aos aspectos diversos, os quais incluem as alterações nos critérios de diagnósticos, maior conhecimento dos pais e sociedade acerca da ocorrência e manifestações clínicas e o desenvolvimento de serviços especializados em TEA.

Segundo Pinto *et al.* (2016), pesquisas recentes apontam que a incidência de Transtorno do Espectro Autista é de uma pessoa a cada 100, sendo mais predominante em meninos do que em meninas. O TEA é mais comum do que se imagina, por causa da enorme diversidade de manifestações dentro do espectro.

Em questões de prevalência, o DSM – V (2014), relata que nos anos recentes, as frequências relatadas de Transtorno do Espectro Autista, nos Estados Unidos e nos outros países, alcançaram 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Ainda não está claro se as taxas mais altas reflectem 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.

Na visão de Duarte & Matias (2018), Espectro Autista é uma incapacidade, sem cura na actualidade, que se mantém ao longo da vida. Afecta cerca de 1 criança em cada 100 (nos Estados Unidos da América a frequência sobe para 1 em cada 50 crianças) e a sua prevalência é superior nas crianças do sexo masculino em relação às crianças do sexo feminino numa proporção de 4 crianças do sexo masculino para 1 criança do género feminino.

Segundo os autores, nos últimos anos, as estimativas da prevalência do autismo têm aumentado dramaticamente. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, de 1 para cada 150 crianças de 8 anos em 2000 e 2002, a prevalência do TEA aumentou para 1 para cada 68 crianças em 2010 e 2012, chegando à prevalência de 1 para cada 58 em 2014, mais que duplicando o número de casos durante esse período. Esse aumento na prevalência do TEA é, em grande parte, um resultado da ampliação dos critérios diagnósticos e do desenvolvimento de instrumentos de rastreamento e diagnóstico com propriedades psicométricas adequadas.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), com o rápido aumento da prevalência do autismo, muitas famílias têm tido dificuldades em obter este diagnóstico em tempo adequado para o início das intervenções e de suporte especializados. Alterações nos domínios da comunicação social e linguagem e comportamentos repetitivos entre 12 e 24 meses têm sido propostos como marcadores de identificação precoce para o autismo. Estes sinais clínicos já são identificados pela maioria dos pais a partir do primeiro ano de vida, porém, estas crianças muitas vezes só terão seu diagnóstico de TEA na idade pré-escolar ou até mesmo escolar.

3.1.1 Causas

Em relação à etiologia do autismo, o autismo, actualmente, faz parte de um conjunto de comportamentos, onde sua etiologia pode ter múltiplos factores e influências, tais como: genética, social e cultural.

Para Mello (2005), as causas do autismo são desconhecidas. Acredita-se que a origem do autismo esteja em alguma parte do cérebro ainda não definida de forma conclusiva e, provavelmente, de origem genética. Além disso, admite-se que possa ser causado por problemas relacionados a factos ocorridos durante a gestação ou no momento do parto. A hipótese de uma origem relacionada à frieza ou rejeição materna já foi descartada, relegada à categoria de mito há décadas. Porém, a respeito de todos os indícios e da retratação pública dos primeiros defensores desta teoria, persistem adeptos desta corrente que ainda defendem ou defendem teorias aparentemente diferentes, mas derivadas desta. Já que as causas não são totalmente conhecidas, o que pode ser recomendado em termos de prevenção do autismo são os cuidados gerais a todas as gestantes, especialmente cuidados com ingestão de produtos químicos, tais como remédios, álcool ou fumo.

Ainda de acordo a mesma fonte, existe uma série ampla e diversificada de hipóteses. Alguns autores sugerem que a rejeição ou outros traumas emocionais nos primeiros meses de vida seriam a causa desse distúrbio. Outros atribuem a origem dessa síndrome a perturbações profundas na relação da criança com o meio. Acredita-se, também, que o autismo acontece em crianças organicamente predispostas, nas quais um trauma emocional precipitou a desordem.

Para Campos & Mendes (2014), entre as causas ambientais, admite-se que agentes que acarretam agressões cerebrais nas áreas envolvidas com a patogênese do TEA podem ser determinantes no desenvolvimento do transtorno. Entre elas, infecções perinatais, prematuridade e asfixia são as mais importantes. Causas genéticas conhecidas de TEA incluem:

- Alterações cromossômicas detectáveis por métodos usuais (cariótipo) (5%);
- Microdeleções/micro-duplicações (10%);
- Doenças monogênicas nas quais achados neurológicos estão associados à TEA (5%).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) alinha na mesma visão quando referem que o TEA é causado por uma combinação de factores genéticos e factores ambientais. Estudos, comparando gémeos idênticos e gémeos fraternos, mostram que a taxa de concordância do TEA é significativamente maior entre os primeiros do que entre os segundos, sugerindo um forte componente genético na etiologia do autismo.

De facto, há evidência de que a arquitectura genética do TEA envolve centenas ou milhares de genes, cujas variantes, herdadas ou de novo, e comuns ou raras na população, compreendem múltiplos modelos de herança. Apesar de ser claramente importantes, os factores genéticos não actuam sozinhos, sendo sua acção



influenciada ou catalisada por factores de risco ambiental, incluindo, entre outros, a idade avançada dos pais no momento da concepção, a negligência extrema dos cuidados da criança, a exposição a certas medicações durante o período pré-natal, o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer.

Todas as posições tomadas pelos teóricos consultados indicam que o assunto relacionado a causa ainda carece de um vasto cominho investigativo e, porém, podemos dizer que existe uma combinação de factores que concorrem para o surgimento do quadro sindrómico do Transtorno do Espectro Autista.

3.1.2 Características

O autismo pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida, mas é comum os pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas.

Na visão de Lopes *et al.* (2018), a criança com autismo, ao longo do seu desenvolvimento apresenta as seguintes características:

1ª Etapa dos zero (0) aos seis (6) meses

- Não é muito pedinte;
- Não é uma criança afectuosa;
- É indiferente perante ausência ou presença da mãe;
- Não responde aos sorrisos.

2ª Etapa dos seis (6) aos doze (12) meses

- Recusa a ingestão de alimentos sólidos;
- Não é uma criança afectuosa;
- Quando levanta, os músculos podem estar muito duros ou muito moles.

3ª Etapa dos dois (2) aos três (3) anos

- Mostra interesse pela estimulação de áreas específicas (por exemplo, os sons);
- Observa atentamente e de forma muito próxima os objectos em movimento;
- É indiferente diante do contacto interpessoal.

4ª Etapa dos seis (6) anos à adolescente

- O relacionamento com as pessoas continua a ser deficiente e problemático;
- A linguagem continua a ser muito limitada;
- Melhora as respostas aos estímulos sensoriais;



- Não é efectiva;
- Continua alheia e emocionalmente distante;
- Nalguns casos, comunica de forma desconexa e irrelevante;
- Pode ser impulsiva ou com pouco autocontrolo (p. 19).

Ao analisarmos os sinais recorreremos ao DSM-V (2014) observando que a idade e o padrão de início também devem ser observados para o Transtorno do Espectro Autista. Os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 à 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis.

A descrição do padrão de início pode incluir informações sobre atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas. Nos casos em que houve perda de habilidades, pais ou cuidadores podem relatar história de deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou nas habilidades linguísticas. Em geral, isso ocorre entre 12 e 24 meses de idade, sendo distinguível dos raros casos de regressão do desenvolvimento que ocorrem após pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal (anteriormente descrito como transtorno desintegrativo da infância).

As características comportamentais do Transtorno do Espectro Autista 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 Transtorno do Espectro Autista apresentam platôs ou 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. Tais perdas são raras em outros transtornos, podendo ser um sinal de alerta útil para o Transtorno do Espectro Autista. Muito mais incomuns e merecedoras de investigação médica ampla são perdas de habilidades além da comunicação social (p. ex., perda do autocuidado, do controle de esfíncteres, de habilidades motoras) ou as que ocorrem após o segundo aniversário.

Os primeiros sintomas do Transtorno do Espectro Autista frequentemente envolvem atraso no desenvolvimento da linguagem, em geral acompanhado por ausência de interesse social ou interações sociais incomuns (p. ex., puxar as pessoas pela mão sem nenhuma tentativa de olhar para elas) padrões estranhos de brincadeiras (p. ex., carregar brinquedos, mas nunca brincar com eles), e padrões incomuns de comunicação (p. ex., conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome). Um diagnóstico de surdez é geralmente considerado, mas costuma ser descartado.

Durante o segundo ano, comportamentos estranhos e repetitivos e ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais evidentes. Segundo DSM – V (2014), uma vez que muitas crianças pequenas com



desenvolvimento normal têm fortes preferências e gostam de repetição (p. ex., ingerir os mesmos alimentos, assistir muitas vezes ao mesmo filme, ou novela), em pré-escolares pode ser difícil distinguir padrões restritos e repetitivos de comportamentos diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista. A distinção clínica baseia-se no tipo, na frequência e na intensidade do comportamento (p. ex., uma criança que diariamente alinha os objectos durante horas e sofre bastante quando algum deles é movimentado).

Normalmente, o que chama a atenção dos pais inicialmente é que a criança é excessivamente calma e sonolenta ou então que chora sem consolo durante prolongados períodos de tempo. Uma queixa frequente dos pais é que o bebê não gosta do colo ou rejeita o aconchego. Mais tarde os pais notarão que o bebê não imita, não aponta no sentido de compartilhar sentimentos ou sensações e não aprende a se comunicar com gestos comumente observados na maioria dos bebês, como acenar as mãos para cumprimentar ou despedir-se. Geralmente, estas crianças não procuram o contacto ocular ou o mantêm por um período de tempo muito curto.

Para Mello (2005), é comum o aparecimento de estereotípias, que podem ser movimentos repetitivos com as mãos ou com o corpo, a fixação do olhar nas mãos por períodos longos e hábitos como o de morder-se, morder as roupas ou puxar os cabelos. Problemas de alimentação são frequentes, podendo se manifestar pela recusa a se alimentar ou gosto restrito a poucos alimentos. Problemas de sono também são comuns.

O reconhecimento da sintomatologia manifestada pela criança com autismo é fundamental para a obtenção do diagnóstico precoce. De acordo com Pinto et al. (2016), comumente, as manifestações clínicas são identificadas por pais, cuidadores e familiares que experienciam padrões de comportamentos característicos do autismo, tendo em vista as necessidades singulares dessas crianças. Os sinais possuem expressividade variável e geralmente iniciam-se antes dos três anos de idade. A criança com TEA apresenta uma tríade singular, a qual se caracteriza pela dificuldade e prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não-verbal, na interatividade social e na restrição do seu ciclo de actividades e interesses. Neste tipo de transtorno, podem também fazer parte da sintomatologia movimentos estereotipados e maneirismos, assim como padrão de inteligência variável e temperamento extremamente lábil.

Duarte & Matias (2018), também descrevem alguns sinais que podem apresentar as pessoas com TEA como: Baixa tolerância aos outros, dificuldade em aguardar a sua vez ou em partilhar, não gostar de perder nem de participar em jogos sociais, comportamento social desadequado aos diferentes contextos e/ou actividades, falta de ou pouca empatia em relação aos outros.

3.2 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

“O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve seguir critérios definidos internacionalmente, com avaliação completa e uso de escalas validadas. A complexidade enfrenta a heterogeneidade etiológica e fenotípica dos casos” (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).



Quanto aos critérios para o diagnóstico o DSM – V (2014) apresenta os seguintes critérios:

Deficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, actualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos e não exaustivos).

Deficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afecto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

Deficits nos comportamentos comunicativos não-verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não-verbal pouco integrada a anormalidade no contacto visual e linguagem corporal ou deficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não-verbal.

Deficits 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.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou actividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios:

Movimentos motores, uso de objectos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, fixação motoras simples, alinhar brinquedos).

Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos verbal ou não verbal (por exemplo, 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).

Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego ou a preocupação com objectos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

Híper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença perante a dor, temperatura, reacção contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objectos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Segundo o DSM –V (2014), 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).

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



Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do autismo costumam a ser comórbidos.

Para Duarte & Matias (2018), o diagnóstico precoce, normalmente efetuado por pediatras ou pedopsiquiatras em cooperação com outros técnicos (de acordo com critérios médicos definidos em publicações internacionais como o DSM V e a CIF 107), possibilita uma intervenção atempada que permite que a criança desenvolva, desde muito cedo, as competências necessárias para que aprenda a adaptar o seu comportamento individual e a interagir de forma adequada, controlada e estruturada em todos os contextos da vida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), o diagnóstico tardio e a consequente intervenção atrasada em crianças com TEA causam prejuízos no seu desenvolvimento global. Este aspecto tardio de diagnóstico tem sido associado directamente com baixa renda familiar, etnia, pouco estímulo, pouca observação sobre o desenvolvimento das crianças por parte dos pais, profissionais da saúde, educadores e cuidadores e formas clínicas menos graves de apresentação dos sintomas. A crença de familiares e profissionais de saúde de que “vamos aguardar o tempo da criança”, mesmo quando ela apresenta atrasos evidentes, é um dos factores que interferem directamente na detenção precoce. O ditado popular de “vamos aguardar o tempo da criança” deve respeitar os limites pré-definidos da idade máxima de aquisição de cada marco, de acordo com as escalas validadas para o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor.

Para Duarte & Matias (2018), o diagnóstico tardio conduz, na maior parte das vezes, a sentimentos de isolamento, solidão, confusão, depressão e auto ou heteroagressão que se podem agravar com o passar dos anos. A hipersensibilidade aos estímulos sensoriais, variações na intensidade de luz, na cor, na intensidade ou tipo de som, nos sabores e nos cheiros podem conduzir a sentimentos de desorientação, descompensação comportamental ou fixação em objectos e/ou movimentos.

De acordo com Morgado (2011), o diagnóstico da síndrome é composto por duas fases. A primeira fase consiste no preenchimento, pelos pais e professores, de um questionário composto por uma lista de verificação. O objectivo do questionário é detectar os sinais da síndrome. A segunda fase consiste na avaliação de diagnóstico, feita por clínicos e baseia-se em critérios estabelecidos. A avaliação de diagnóstico tem a duração mínima de uma hora e consiste no exame ao nível das competências sociais, linguísticas, cognitivas e motoras, e interesses das crianças.

No final aplica-se a informação obtida aos critérios formais. Só é possível o reconhecimento da síndrome, através de observação de comportamentos, não é um comportamento específico, mas deduzido mediante análise de um padrão comportamental. Os investigadores têm-se associado de forma a elaborar critérios coerentes para o referido diagnóstico.



Para começar a traçar as estratégias de intervenção, é necessário em primeiro lugar fazer recurso ao diagnóstico ou, pela avaliação, identificar o que devemos ensinar a uma criança com autismo, o que é uma tarefa complicada e delicada, adaptando o método de ensino aos alunos com autismo. De acordo com Morgado (2011), todas as formas de avaliação, dar-nos-ão informações suficientes para definição dos objectivos, se forem escolhidos em função dos seguintes critérios: adequação à evolução da criança; apresentação de evolução normal; funcionalidade, na medida do possível e adaptação da criança com autismo a ambientes naturais. Estes critérios deverão ser considerados ao seleccionar as actividades que se pretendem trabalhar para atingir os objectivos nas áreas prioritárias na educação de alunos com autismo. Em suma, os blocos específicos na educação da criança com TEA são aqueles em que apresentam realmente maiores dificuldades: comunicação – interacção; linguagem; desenvolvimento cognitivo.

Para Campos & Mendes (2014), o objectivo da avaliação não é apenas o estabelecimento do diagnóstico por si só, mas a identificação de potencialidades da pessoa e de sua família. Isso pode ser alcançado extraindo das equipas o que elas têm de expertise nos seus respectivos campos de atuação, ao mesmo tempo em que cada área interage com a outra. Considerando-se: (a) que o diagnóstico do TEA envolve a identificação de “desvios qualitativos” do desenvolvimento (sobretudo no terreno da interacção social e da linguagem); (b) a necessidade do diagnóstico diferencial; e (c) a identificação de potencialidades tanto quanto de comprometimentos, é importante que se possa contar com uma equipa de, no mínimo, psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo.

A avaliação médica, independentemente da especialidade, inclui anamnese e exame físico e, se necessário, exames laboratoriais e de imagem. Quando existirem, por exemplo, alterações emocionais e comportamentais muito importantes, alterações de sono, apetite, consciência, marcha, excesso de agressividade e agitação psicomotora que necessitem de avaliação mais precisa e de intervenções medicamentosas, geralmente é recomendada a actuação dos especialistas das áreas de neurologia e/ou psiquiatria. A indicação é feita caso a caso. A avaliação psiquiátrica classicamente inclui dois tipos de entrevista: 1) a subjectiva (avaliação directa do paciente); e 2) a objectiva (avaliação do comportamento do indivíduo por meio do relato de familiares, cuidadores ou outras pessoas da convivência do indivíduo).

Para que haja um diagnóstico médico preciso do TEA, segundo Morgado (2011), a criança deve ser muito bem examinada, tanto física como psico-neurologicamente. A avaliação deve incluir entrevistas com os pais e outros familiares interessados, observação e exame psico-mental e algumas vezes, exames complementares para doenças genéticas e/ou hereditárias. Hoje em dia, pode-se proceder a alguns estudos bioquímicos, genéticos cromossómicos, electroencefalográficos, de imagens cerebrais anatómicas e funcionais e outros que sejam necessários para o esclarecimento do quadro clínico. Não obstante, o diagnóstico do Autismo continua a ser predominantemente clínico e, portanto, não poderá ser feito puramente com base em testes e/ou algumas escalas de avaliação.



Na avaliação de indivíduos em idade escolar ou em fase de desenvolvimento, além da observação directa do comportamento, é necessário o relato de professores e outros profissionais que actuam na comunidade, pois é comum haver diferenças significativas no comportamento de acordo com o ambiente. A avaliação neurológica objectiva avaliar os aspectos funcionais do sistema nervoso central susceptíveis de análise pelo exame clínico- neurológico. O fonoaudiólogo é habilitado a avaliar aspectos linguísticos que diferenciam os TEA de outras condições, sobretudo dos distúrbios de linguagem na presença de deficiência auditiva ou de quadros primários de linguagem. Para tal, deve-se atentar para os seguintes aspectos:

- Anamnese às famílias voltadas para o levantamento do histórico geral;
- Os dados fornecidos por entrevistas complementares (com a escola e outros profissionais);
- O exame do paciente deve objectivar a descrição das condutas verbais e/ou não verbais e a identificação dos processos simbólicos, bem como a identificação da disponibilidade interaccional com diferentes interlocutores e a descrição dos recursos comunicativos;
- O exame do paciente deve objectivar a detenção de dificuldades e/ou idiossincrasias alimentares e a identificação de condições orgânicas e/ou simbólicas;
- O exame do paciente deve esclarecer as condições e qualidades vocais e identificar as condições orgânicas e/ou simbólicas a elas subjacentes (Campos & Mendes, 2014).

3.3 IMPACTO SOCIO-EMOCIONAL DA FAMÍLIA FRENTE AO DIAGNÓSTICO INICIAL DOS ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A família se constitui no primeiro contexto relacional de um indivíduo. Por esse motivo, possui importante influência na determinação do comportamento humano e na formação da personalidade. Nela, a participação de cada membro, com suas particularidades, afeta todos os outros, bem como é afetada por eles, numa relação de interdependência. Assim, toda mudança exerce influência em cada membro individualmente e no sistema como um todo. Algumas situações de mudança do sistema familiar podem ser acompanhadas por estresse, sendo as suas principais fontes:

- Contacto de um membro com forças extrafamiliares;
- Contacto de toda a família com forças extrafamiliares;
- Pontos de transição na família;
- Problemas idiossincráticos.

O contacto estressante de um membro com forças externas à família se constitui em uma situação que impõe aos seus componentes a necessidade de se ajustar às novas circunstâncias enfrentadas por um de seus membros, como a perda do emprego. Por sua vez, Andrade & Teodoro (2012), afirmam que a



dificuldade em pontos de transição da família caracteriza-se por mudanças inerentes ao ciclo de desenvolvimento familiar, por exemplo, quando nasce uma nova criança.

Segundo Monte & Pinto (2015), ao esperar o nascimento de uma criança, a família é envolvida por expectativas: de como será a criança, se será homem ou mulher, sua forma física e até sobre sua personalidade, se sua genética será mais parecida com a da sua mãe ou de seu pai. Os sentimentos de amor, medo e carinho também fazem parte disso. Quando a família verifica que possui um filho acometido pelo Transtorno do Espectro Autista, essas expectativas de como será a criança, sua genética, personalidade, futuro, amor, medo e carinho, tornam-se mais intensa e confusa. Podem ocasionar comprometimento e mudanças em relação aos aspectos afectivo-emocionais dos pais e como consequência ocorrem prejuízos na psicodinâmica familiar.

Na visão de Yoshijima (2000), o início do convívio com uma criança autista coloca a família diante de uma realidade que ainda lhe é desconhecida, e que só deixará de sê-la quando esta for capaz de entrar em contacto consigo própria; o que significa a aceitação das situações então estabelecidas. É nesse momento que a família se depara com os seus próprios preconceitos, que poderão caminhar para a rejeição ou para a aceitação do autismo. Poder aceitar observar a realidade, sendo esse o ponto de partida que possibilitará a criação de instrumentos capazes de interferir e, assim, até modificar a realidade. De contrário, ficará sempre adiado o contacto com o autismo, por ser este demais doloroso. O conceito de família muitas vezes aprisiona o comportamento da mesma diante das suas dificuldades. Poder criar o seu próprio conceito de convivência familiar deve ser o papel de cada família, de acordo com as demandas de cada membro.

Para Monte & Pinto (2015), a presença de uma criança com autismo na família pode apresentar reacções diversas nos membros familiares causando estresse gerado pela mudança na rotina com terapias, médicos, gastos com medicamentos. A solidariedade e rupturas também podem estar presentes em algumas famílias. Cada família reagirá de maneira diferente, não existe uma definição exacta ou padrão de comportamento da família, isso depende da sua proximidade com a criança e de acordo com as expectativas que criou em torno da criança diagnosticada com autismo.

Na perspectiva de Andrade & Teodoro (2012), o estresse em torno de problemas idiossincráticos se refere a dificuldades específicas surgidas em função do tempo. Por exemplo, uma família que se encontra adaptada em determinado momento às demandas de uma doença crônica num dos seus membros pode apresentar dificuldades em fases subsequentes, devido a novas demandas próprias do desenvolvimento humano. A emergência de uma doença crônica na família é uma mudança que implica no entrelaçamento de três fios evolutivos: da doença, dos ciclos de vida do indivíduo e da família.

Segundo Monte & Pinto (2015), o estresse pode alterar a psicodinâmica da família e principalmente a da figura materna, que é considerada a figura primordial na recuperação de seus filhos. Sendo que os estudos explicitados, a mãe também é portadora principal de aspectos estressores que levam em



consideração o seu tempo de dedicação e envolvimento nas actividades terapêuticas da criança. Algumas mães tem que abrir a mão da sua carreira profissional para se dedicar integralmente aos processos terapêuticos do seu filho, consideram que as rotinas das terapias são intensas em que as mães são as que se fazem presentes, disponíveis e participantes.

Monte & Pinto (2015), afirmam que os pais necessitam de acompanhamento de profissionais, pois passam a vivenciar, tais sentimentos com cargas intensas de emoções, podendo gerar um estado de confusão mental. Cada membro familiar irá reagir de maneira singular a essas informações, e é através de acompanhamento, intervenções terapêuticas que informações podem ser obtidas, o que resulta na alteração da autoestima, dissolução dos estigmas e informações distorcidas. O profissional precisa ouvir mais a família e buscar, em conjunto com ela, uma solução para cada caso. Os pais as vezes podem deparar-se com profissionais que pouco sabem sobre as suas necessidades, seus conflitos, suas expectativas e seus sonhos.

Segundo Campos & Mendes (2014), a apresentação do diagnóstico deve ser complementada pela sugestão de tratamento, incluindo todas as actividades sugeridas no projecto terapêutico singular. O encaminhamento para os profissionais que estarão envolvidos no atendimento do caso deve ser feito de modo objectivo e imediato, respeitando, é claro, o tempo necessário para cada família elaborar a nova situação. É importante esclarecer que o quadro do autismo é uma “síndrome”, que significa “um conjunto de sinais clínicos”, conjunto que define uma certa condição de vida diferente daquela até então experimentada pela família. Além disso, tal condição impõe cuidados e rotinas diferenciadas. É igualmente importante esclarecer que os cuidados serão compartilhados entre a equipe profissional responsável pelo tratamento e a família. Ou seja, é importante fazê-la notar que ela (a família) não estará sozinha nesse processo e que terá respeitada a sua autonomia na tomada das decisões.

Para Monte & Pinto (2015), os pais quando recebem o diagnóstico de que seu filho é acometido pelo Transtorno do Espectro Autista, apresentam uma organização, que se caracteriza da seguinte maneira: a nova agenda de horários, atendimentos, consultas, alimentação. Essa organização pode gerar uma carga de estresse inicial.

Pinto *et al.* (2016), salientam que é uma situação que desencadeia alterações na vida familiar devido às necessidades de acompanhamento da criança para o seu desenvolvimento. O diagnóstico de uma doença crónica no âmbito familiar, especialmente tratando-se de crianças, constitui uma situação de impacto, podendo repercutir na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasionando efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares.

Frente ao momento de revelação da síndrome crónica, a exemplo do TEA, a família comumente perpassa por uma sequência de estágios, a saber: impacto, negação, luto, enfoque externo e encerramento, as quais estão associadas a sentimentos difíceis e conflituosos. Deste modo, compreende-se que a revelação



diagnóstica do autismo torna-se um momento complexo, delicado e desafiador para a família, assim como para os profissionais de saúde responsáveis por essa missão.

O ambiente físico associado às demais circunstâncias relacionadas à notícia poderá interferir positivamente ou não para a minimização do sofrimento familiar. A falta de tempo, a inabilidade em comunicação e apoio emocional do profissional de saúde ainda constituem importantes barreiras para esta actividade que legalmente compete ao médico. Entretanto, deve-se considerar a importância da presença da equipe multiprofissional nesse processo a fim de compartilhar os questionamentos, as angústias e as necessidades dos familiares que se estabelecem no momento do diagnóstico.

Contudo torna-se necessário planejar o modo como será revelado à família esse diagnóstico mantendo-se a relação dialógica compreensiva para facilitar o fluxo de informações fornecidas, bem como viabilizar uma melhor aceitação por parte da família, a fim de que esta estabeleça as estratégias de enfrentamento do problema do aluno autista.

3.3.1 Orientações educativas às famílias dos alunos com TEA

Antes de abordar sobre a orientação educativa às famílias dos alunos com TEA, primeiro importa realçar, que a orientação é um processo que visa assessorar as famílias com diversas estratégias que possibilitam as mesmas terem um relacionamento salutar com os seus filhos-alunos. Assim, Nascimento, Morais & Silva (2010) referem que a assistência dada ao educando a fim de oportunizar o seu pleno desenvolvimento, é mediado na relação entre o ambiente escolar, familiar e comunitário. Esta orientação educativa prevê estratégias planificadas que interagem alunos, professores, direcção, currículo escolar e comunidade a fim de promover, de forma humanizada o desenvolvimento físico, pessoal, intelectual e moral do aluno.

Para Maria & Maria (2011), a orientação educativa é o conjunto de actividades destinadas aos alunos, aos pais e aos professores, com objectivo de contribuir para o desenvolvimento das suas tarefas no âmbito específico dos estabelecimentos de ensino.

Com base nos pressupostos apresentados pelos autores supracitados podemos concordar que a orientação educativa é um sistema de acções direccionadas aos diversos actores do Processo de Ensino Aprendizagem especificamente aos alunos e as famílias com vista ao desenvolvimento integral, promovendo assim, a inclusão socioeducativa do aluno.

Diante do diagnóstico de autismo muitos pais vêm suas expectativas e desejos frustrados já que os sintomas de autismo podem, entre outros, envolver hiperatividade, choro, agressividade, dificuldade em estabelecer contacto visual, repetições de palavras e acções, impulsividade, gritos e interacção social diferente do padrão. Para Yoshijinna (2000), é importante que a família procure os especialistas que fornecerão conhecimento, explicações e tratamento, além de diferenciar diversas características e detalhes



do transtorno, através de acompanhamento ligado à família do aluno, procurando saber as histórias familiares, aspectos culturais, socioeconômicos, entre outros, a fim de os pais ampliar o olhar sobre determinadas situações e fazer um apanhado da sua origem para que saibam comportar-se e ajudar quando as crises surgirem. É necessário e vital o envolvimento e entendimento dos pensamentos e atitudes de todos os familiares para que, juntos, possam cuidar dos momentos difíceis e vivenciá-los de forma mais natural possível. É preciso ter coragem e perseverança para mudar daquilo que conhecemos para aquilo que sonhamos.

O aluno com necessidades educativas especiais precisa de atenção, cuidado e carinho da família, e todo o acompanhamento e estímulo para o seu progresso, porque ele pode até ter excelentes profissionais que o estimulem, mas é fundamental a dedicação e a paciência dos pais na vida deste aluno com transtorno, pois os pais são à base dele, e o envolvimento deles é extremamente importante para o desenvolvimento deste aluno autista, como confirma Cunha (2014), o aluno com autismo só consegue desenvolver-se se estiver verdadeiramente integrada no ambiente familiar. Os pais têm um impacto maior sobre o desenvolvimento dos seus filhos do que outro profissional que se conheça. Se os pais passarem pelo menos duas horas interagindo com os seus filhos diariamente, eles influenciarão no seu progresso infantil duas ou três vezes mais do que qualquer professor ou terapeuta.

As famílias constituem então o primeiro universo de relacionamentos sociáveis onde os alunos se desenvolvem, como frisa Dessen (2001), especialmente tratando-se de alunos com TEA, os quais requerem atenção e cuidados específicos das famílias. Portanto, as famílias serão fundamentais em todo o processo.

3.3.2 Importância da família no contexto da inclusão escolar dos alunos com TEA

Percebe-se que muitos profissionais na área da educação que, quando estão diante de alunos com necessidades educativas especiais particularmente com TEA, não têm conhecimento nem informação necessária como atuar com eles, o que dificulta o processo de inserir estes alunos especiais na escola regular, porque, para incluir esses alunos, necessita-se primeiro de docentes preparados para receber e dar atendimento especializado. Segundo Cunha (2014), muitos pais e outros profissionais também não estão preparados e capacitados para lidar com essa situação e, dessa forma, dar o acompanhamento e a atenção necessária, porque o autismo é um tema pouco discutido e muito difícil de explicar e de diagnosticar na infância, porque uma das características da criança, alunos autistas é a dificuldade de comunicação. Esses alunos têm dificuldades de se expressar oralmente, o que dificulta aos adultos, pais, educadores, compreenderem o que eles sentem, por isso se torna difícil diagnosticar com precisão se têm transtorno, visto que as crianças na faixa etária de um a três anos ainda estão no processo de domínio da linguagem.

A família, por sua vez, muitas vezes não está preparada para aceitar e ajudar a criança, por falta de informação e de conhecimento sobre o assunto. Na maioria dos casos, o tratamento é procurado pela família



quando a criança já está na faixa etária de três a quatro anos, geralmente quando se dá início à vida escolar. Vale ressaltar que, nos primeiros anos de vida, os sinais indicativos de risco de autismo não são tão perceptíveis para quem não possui um mínimo de informação e conhecimento sobre o assunto. Muitas vezes os sinais não são valorizados pelos pais, familiares e médicos porque, diante dos indícios e sinais, conclui-se erroneamente como processo normal para a idade da criança. Um deles, normalmente é o atraso na fala, que começa a surgir e a se intensificar em torno dos três anos de vida, no entanto muito tempo já foi perdido no sentido de uma intervenção precoce e de procura de possibilidades de uma mudança no quadro que foi se constituindo, porque, quanto mais rápido for o diagnóstico, mais cedo começam o tratamento e as intervenções correctas, que resultarão nas crianças progredirem.

3.4 TRATAMENTO E INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA DOS ALUNOS COM TEA

É bom ressaltar a distinção que podemos fazer entre intervenção e tratamento. O histórico sobre o autismo mostra que alguns sintomas são persistentes e que, na sua maioria, vitalícios com diferentes níveis de severidade. O termo tratamento refere-se usualmente a terapêutica medicamentosa ou não, enquanto a intervenção pode ser compreendida como a busca por um desenvolvimento melhor das habilidades do indivíduo com vista a superação de suas dificuldades. O tratamento e a intervenção devem ser conduzidos articuladamente por uma equipe de profissionais com diferentes formações.

De acordo com Cunha (2014), para muitos especialistas, a cura, segundo os critérios médicos tradicionais, seria conseguir que os pacientes com autismo passassem a se comportar, em todos os sentidos, como indivíduos típicos. Na realidade os resultados esperados são reduzir os comportamentos anormais e minimizar os prejuízos presentes. Por isso, o tratamento e a intervenção psicopedagógica devem ser conduzidos em conjunto, com diretrizes específicas e combinadas de educação. A terapia medicamentosa não deverá ser isolada, mas acompanhada por outras formas de ajuda.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), o tratamento padrão-ouro para o TEA é a intervenção precoce, que deve ser iniciada tão logo haja suspeita ou imediatamente após o diagnóstico por uma equipe interdisciplinar que consistirá num conjunto de modalidades terapêuticas que visam aumentar o potencial do desenvolvimento social e de comunicação do aluno, proteger o seu funcionamento intelectual reduzindo danos, melhorar a qualidade de vida e dirigir competências para autonomia, além de diminuir as angústias da família e os gastos com terapias sem bases de evidência científicas.

Cada criança com TEA apresenta necessidades individualizadas, que estão de acordo com a sua funcionalidade, sua dinâmica familiar e a quantidade de recursos que a comunidade oferece e, portanto, necessita de uma avaliação terapêutica personalizada que permita o estabelecimento de um plano individualizado de intervenção (*Ibid*).



De entre as modalidades terapêuticas estão:

Estimulação Cognitivo Comportamental baseada em (ABA): programa comportamental amplamente utilizado e reconhecido, que visa desenvolver habilidades sociais e comunicativas, ao lado da redução de condutas não adaptativas, partindo de estratégias de reforço. Enquanto Mello (2005) vai mais longe quando diz que o tratamento comportamental analítico do autismo visa ensinar ao aluno habilidades que ele não possui, através da introdução destas habilidades por etapas. Cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução. Quando necessário, é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo seja possível, para não tornar o aluno dependente dele. A resposta adequada do aluno tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ele, o que na prática é uma recompensa. Quando a recompensa é utilizada de forma consistente, o aluno tende a repetir a mesma resposta.

Coaching Parental: orientações familiares e treinamento dos pais, visando manejo do comportamento dos cuidadores, adequações de rotinas e coresponsabilização para estimulação.

Comunicação suplementar e alternativa: a partir do uso de sinais, gestos, símbolos e figuras (como o PECS- Sistema de Comunicação por Troca de figuras) em autistas não- verbais; foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação. Segundo Morgado (2011), o sistema é utilizado primeiramente com indivíduos que não comunicam ou que possuem comunicação, mas a utilizam com baixa eficiência. O PECS visa ajudar o aluno a perceber que através da comunicação ele pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-o assim a comunicar. Não requer materiais complexos ou dispendiosos e foi desenvolvido tendo em vista a sua utilização por educadores, familiares, numa multiplicidade de ambientes e locais que o aluno frequenta. O sistema pode ser utilizado com os alunos que não comunicam ou que possuem comunicação de baixa eficácia. Os interlocutores utilizam cartões para que se estabeleça a comunicação, possibilitando a satisfação das necessidades dos indivíduos nos seus contextos do quotidiano.

De acordo com Mello (2005), método TEACCH se baseia na organização do ambiente físico através de rotinas organizadas em quadros, painéis ou agendas e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para o aluno compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dele. Através da organização do ambiente e das tarefas do aluno, o método TEACCH visa desenvolver a independência do aluno de modo que ele necessite do professor para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte do seu tempo ocupando-se de forma independente.

No método TEACCH são usados estímulos visuais (fotos, figuras, cartões etc), estímulos corporais (apontar, gestos, movimentos corporais etc.) e estímulos auditivos (sons, palavras, etc.). A prática do método é estruturada no uso de agenda com rotinas individuais que trabalham a noção de início, desenvolvimento e



fim. Usa-se bastante a visão em actividades com objectos, figuras e palavras, dependendo da fase do método em que o aluno está.

É importante que a família tenha conhecimento do funcionamento dos métodos de intervenção, sejam eles comportamentais ou ambientais, pois o trabalho realizado nas escolas ou instituições especializadas deve ter uma continuidade no ambiente familiar. Pois “o progresso no desenvolvimento do convívio familiar e social do autista depende da eficácia do papel da família na busca de uma qualidade de vida deste aluno autista e essa busca deve ser o tempo todo reforçado e objectivando bons resultados” (Lopes, 2018, p.59).

Para Mello (2005), deve-se procurar, antes, desenvolver a autonomia e a independência entre outras habilidades (a comunicação não verbal; as regras sociais). Ao mesmo tempo é importante: trabalhar na redução dos problemas de comportamento; utilizar tratamento farmacológico se necessário; que a família receba orientação e informação; que os professores recebam assessoria e apoio necessários.

De acordo com o autor, as maiores críticas ao TEACCH têm sido relacionadas à sua utilização com alunos de alto nível de funcionamento. A nossa experiência tem mostrado que o TEACCH, adequadamente usado, pode ajudar muito estes alunos. Tem-se conseguido resultados acima do esperado, não deforma súbita e milagrosa, mas como fruto de um trabalho demorado e sempre voltado para as características individuais de cada aluno.

3.4.1 Equipe interdisciplinar

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), os principais pilares são a família, a equipe de educação e a de saúde para a condução adequada das crianças com TEA com o objectivo do aprendizado ter modificações comportamentais trabalhadas por equipas interdisciplinares (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos e outros). Os pais também devem ser capacitados por esses profissionais para trabalharem com o aluno no âmbito domiciliar. Pesquisas recentes confirmam que as famílias que receberam treinamento comportamental baseado em ABA, tiveram resultados significativamente melhores nos mais variados contextos.

3.4.2 Intervenção familiar

Segundo Andrade & Teodoro (2012), diante da presença de um membro com autismo na família, os pais gradualmente desenvolvem diferentes estratégias de *coping* para lidar com as dificuldades: negação activa, foco no problema, pensamento positivo e religiosidade. Diante das dificuldades que se referem ao comportamento do filho, eles utilizam predominantemente as estratégias de acção directa e de aceitação. Para lidar com as emoções, recorrem preferencialmente à distração, busca de apoio social/religioso, inação



e evitação. Já as famílias que utilizam uma variedade de estratégias de enfrentamento activas não apenas experienciam a diminuição dos níveis de estresse, mas também têm como consequência o aumento da coesão familiar. Os pais que utilizam estratégias de *coping* activo também vêm sua experiência como mais gratificante e satisfatória.

De acordo com Yoshijinna (2000), a família tem o papel fundamental de poder escolher os caminhos dos quais necessita, pois convive com essas dificuldades todo o tempo. Os resultados dos tratamentos não estão directamente vinculados nem a um número excessivo de terapias a que o aluno autista esteja submetido, nem a um comprometimento ilimitado do orçamento doméstico. Há que se buscar um equilíbrio, verificando a relação custo/benefício de cada tratamento. A família não deve abrir mão do seu lazer, do seu bem-estar e dos seus limites, o aluno autista precisa ser tratado como um membro da família e não como um soberano, a quem é tudo permitido. Ninguém é culpado por ter um autista na família. Ninguém, portanto, precisa ser penalizado. Claro que existe os estresses que o próprio convívio com um autista ocasiona, mas que pode ser atenuado, na medida em que, a família consegue canalizar suas expectativas.

Para Andrade & Teodoro (2012), durante este todo processo os pais constroem crenças explicativas da causalidade do Transtorno do Espectro Autista dos seus filhos. Eles geralmente atribuem o transtorno a causas únicas e/ou inabilidade dos médicos. Também fazem atribuições de causalidade relacionadas à hereditariedade e ao ambiente. No geral, atribuições à própria culpa e ao ambiente se relacionam a um pior ajustamento dos pais à condição dos filhos. Nesse caso, torna-se necessária uma reformulação das crenças. Além disso, a formulação de um sistema de crenças de aceitação, adaptação e optimismo possibilitam sentimentos de esperança e controlo e permitem extrair sentido da adversidade.

Neste sentido segundo Yoshijinna (2000), torna-se evidente que o papel dos pais é muito difícil, pois o filho que um dia pensaram ter, não se desenvolveu como os filhos dos amigos, dos vizinhos e não só, e reescrever o projecto de vida a partir de uma realidade da qual nada se conhecia. Mas é tateando aqui e ali que se pode tornar possível uma vida melhor passando por muitos acertos e muitos erros. E é preciso ter coragem e perseverança para mudar daquilo que conhecemos para aquilo que sonhamos.

O apoio social refere-se ao auxílio dos familiares, cônjuges e amigos na participação dos cuidados de alunos com Transtorno do Espectro Autista. Para Andrade & Teodoro (2012), os cônjuges que estabelecem relações de parceria proporcionam a melhor fonte de apoio informal, fornecendo tempo de descanso ao parceiro, dividindo as responsabilidades da gestão da casa e partilhando o papel de disciplinador. A utilização de serviços de apoio permite aos pais se envolver em actividades sociais e recreativas, uma vez que, no geral, eles relatam sentir dificuldade de ter acesso aos serviços de recreação e lazer devido às questões relacionadas a ter um filho com autismo. Viabilizar este tempo de descanso pode reduzir o estresse e dar-lhes tempo para o desenvolvimento pessoal, tornando-os mais capazes de lidar com o filho em relação àqueles que não utilizam esse auxílio.



3.5 INCLUSÃO EDUCATIVA DE ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A escolarização dos alunos com Transtorno do Espectro Autista é um campo em construção marcado pelos diferentes modos de compreender esses alunos, seu desenvolvimento e as possibilidades educativas de cada abordagem. Na visão de Pletsch & Lima (2014), historicamente, a escolarização desses alunos ficou sob a responsabilidade das instituições especializadas de educação especial. O atendimento aos alunos com Transtorno do Espectro Autista nessas instituições baseava-se no modelo clínico médico no qual o trabalho educativo estava centrado na deficiência do aluno, visando a corrigir ou amenizar o *deficit*, cristalizando a imagem do aluno com Transtorno do Espectro Autista ao seu diagnóstico e determinando uma incapacidade de aprender e se desenvolver.

Teodoro *et al.* (2016), para que a inclusão ocorra de facto é necessário que haja uma conscientização, aceitar as diferenças e aprender a conviver com a diversidade, essa convivência é benéfica tanto para o professor tanto para os demais alunos e todos os demais indivíduos da comunidade escolar. O professor também deve estar bem preparado para atender os alunos com deficiência, especialmente o aluno autista e suas peculiaridades, buscando obter uma formação continuada, cursos na área da educação especial e reflectir sobre o tema. O professor deverá fazer as adaptações curriculares necessárias, para que o aluno com Transtorno do Espectro Autista aprenda como os demais alunos.

Pensar na inclusão é mais do que simplesmente inserir um aluno dentro da sala de aula regular e é preciso preparação para incluir estes alunos com NEE, em particular, com Transtorno de Espectro Autista. A capacitação, formação contínua dos professores e aperfeiçoamento é um dos principais caminhos para que a inclusão dos alunos com TEA seja um facto. O estado, a família, comunidade escolar e a sociedade de modo geral devem assegurar a qualquer pessoa com NEE, neste caso especificamente os alunos com Transtorno de Espectro Autista (TEA) tenham uma educação de qualidade desde a Educação Infantil até o Ensino Superior.

Para Battisti & Heck (2015), partindo do pressuposto de que é necessário saber o que cada aluno necessita aprender, é importante também a constante análise e avaliação do currículo proposto durante o Processo de Ensino - Aprendizagem. A partir disso, o educador poderá avaliar o educando nos seus avanços e entraves.

No entanto, os mesmos autores, Battisti & Heck (2015), dizem para que o educador consiga fazer essa relação sobre o que e como ensinar o aluno com autismo é necessária formação adequada, caso contrário a metodologia utilizada em sala não servirá para alcançar o objectivo desejado, que é a aprendizagem. Esse é um grande problema encontrado nas escolas, pois os professores não estão preparados para lidar com esses alunos, pela falta de formação. A inclusão dos alunos com Transtorno do Espectro Autista na escola regular precisa de atenção de todos os envolvidos como citado anteriormente, dessa maneira:



Segundo Teodoro *et al.* (2016), no âmbito da educação inclusiva essa contribuição da família e da escola faz com que os alunos se sintam mais confiante com a participação e a interação da família. Incluir os alunos deficientes no ensino regular também é dever da família que precisa tomar conhecimento das leis que defendem e amparam os seus filhos e, porém, também precisam amparar a escola, incentivar e ser activo na vida escolar dos educandos.

A inclusão não acontece de forma rápida, para incluir é preciso trabalho em equipa, pensar no bem-estar de todos, ter um relacionamento entre escola e família onde um ampara o outro, relação entre aluno e professor, preparação da escola e dos alunos e também da sociedade, fazendo assim uma equipe que inclua os alunos com deficiência e não apenas o insira sem pensar na aprendizagem. Sendo assim fica sublinhada a importância da união família/escola no processo de ensino e aprendizagem dos alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Assim, Teodoro *et al.* (2016), com a chegada de novos alunos Público-Alvo da Educação Especial, a escola deve estar totalmente preparada, sendo necessário para uma inclusão bem sucedida uma reestruturação do sistema educacional em todos os níveis, político - administrativo, escolar e na própria sala de aula.

Para Duarte & Matias (2018), uma boa articulação entre a escola, a família e a comunidade constitui uma condição imprescindível para uma educação de qualidade que se pretende para todos. A ausência de relação entre a escola e a família criará problemas aos alunos que se evidenciarão no meio escolar e afectarão o seu desenvolvimento. A importância de uma boa articulação entre todos pode contribuir para um maior apoio ao aluno com NEE, no caso, Transtorno do Espectro Autista, para que esta aprenda a saber ser igual na diferença. A participação activa e a co-responsabilização de todos os intervenientes, assumindo cada uma responsabilidade diferenciada mas complementar, no apoio ao aluno com Transtorno do Espectro Autista, pode criar condições para uma educação inclusiva que se pretende para todos.

De acordo com Cunha (2014), ainda que no lar toda situação deve ser pedagógica, de vez em quando, os pais se sentem inseguros para corrigir o filho, buscam meios de atrai-lo para o mundo familiar menos rigoroso, deixando para a escola, entretanto, uma intervenção comportamental mais exigente.

Nesta linha de pensamento, a família não pode deixar esta responsabilidade somente a escola, mas ambas instituições constituem os dois principais ambientes de desenvolvimento humano nas sociedades contemporâneas. Por isso, sabe-se que a relação família e escola são fundamentais no desenvolvimento de qualquer criança, sobre tudo para os alunos com TEA. Assim Marturano (1999) citado por Henrique (2021), salienta que a escola e a família constituem sistemas nos quais a criança está inserida e onde devem desempenhar papéis diversos, por isso, devem participar no processo de educação dos alunos com TEA, mas muitas vezes a família não está em condições de desempenhar este papel, porquanto não têm conhecimentos científicos para poderem relacionar-se de forma saudável com os educandos autistas.



Na perspectiva de Cunha (2014), uma grande ajuda para todos os indivíduos com autismo, independentemente do grau de severidade, vem das relações familiares, em razão do enfoque na comunidade, interacção social e no afecto. A escola e a família precisam ser concordes nas acções e nas intervenções de aprendizagem, principalmente, porque há grande suporte na educação comportamental. Isto significa dizer que a maneira como o autista come, veste-se, banha-se, escova os dentes, manuseia os objectos e os diversos estímulos que recebe para o seu contacto pessoal precisam de ser analisados consoantes nos dois ambientes.

Por isso, corrobora-se com os autores citados, porquanto no processo de inclusão de alunos com Transtorno do Espectro Autista é necessário o envolvimento e intercâmbio entre a família e a escola para que este desiderato seja alcançado com a participação activa das duas instituições. A escola por uma instituição dotada de especialistas deve orientar às famílias com conhecimentos científicos que possibilitem as mesmas terem um relacionamento adequado com os alunos autistas nas suas residências. E a família deve ver a escola como um parceiro digno na busca de solução das inquietações definidas nos seus educandos, e para tal deve depositar confiança e ser mais aberta com a escola e o filho autista, seguindo as orientações emanadas pela instituição escolar.



REFERÊNCIAS

- Andrade, A. A., & Teodoro, M. L. (2012). *Família e o Autismo: Uma Revisão de Literatura*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de psic.bvalud.org.
- Battisti, A. V., & Heck, G. M. (2015). *A Inclusão Escolar de Crianças com Autismo na Educação Básica: Teoria e Prática*.
- Campos, M. F., & Mendes, V. L. (2014). *Directrizes de atenção: A Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro de Atenção* (Vol. 1ª). Brasília-DF: Ministério da Saúde. Recuperado el 20 de 4 de 2020, de www.bvsmg.gov.br
- Cunha, A. E. (2014). *Autismo e Inclusão: Psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família*. Rio de Janeiro: Wak editora.
- Código da Família - Lei n.º 1/88, de 20 de Fevereiro, Angola.
- Dessen, M. A. (2007). *A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano*. Paidéia. Ribeirão Preto, v.17 n.36, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 11/11/ 2020.
- Decreto Presidencial nº 187/2017, de 16 de Agosto. A Política Nacional de Educação Especial Orientada para a Inclusão Escolar, Angola.
- Duarte, J., & Matias, N. (2018). *Manual de Educação Especial para Professores do Ensino Primário*. Porto: Porto Editora.
- DSM-V (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climenpsis.
- Henrique, C.G. (2021). *Intervenção educativa em contexto da sala de aula inclusão de alunos com Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade*. (Dissertação de Mestrado não Pública). ISCED – Benguela, Angola.
- Lopes, Y. A., Martinho, J. J., Miguel, C. C., Manuel, J. B., Kimuenho, G. J., & Marciano, P. M. (2018). *Manual de Auxílio às Famílias de Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Caxito, Bengo, Angola: ESP-BENGO.
- Maria A. R. de Azevedo e Maria de F. R. de Andrade (2011). O trabalho de orientação dos estágios frente aos diferentes cenários educacionais. *Currículo sem Fronteiras*, v.11, n.2, pp.147-161, Jul/Dez 2011.
- Mello, A. M. (2005). *Autismo: Guia Prático*. Brasília.
- Moral, A., Shimabukuro, E. H., & Molina, A. G. (2017). *Entendendo o Autismo*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de <https://www.iag.usp.br>.
- Morgado, V. L. (2011). *Estratégias a utilizar para promover a inclusão escolar de um aluno com autismo*. Lisboa.
- Monte, L. d., & Pinto, A. A. (2015). *Família e Autismo: Psicodinâmica familiar diante do Transtorno e Desenvolvimento Global na Infância*. *Revista Estação Científica*.



Nascimento, M., S., Morais, L. M. e Silva, G. C. R. F. (2010). Enfoques de aprendizagem novos temam em orientação educativa no currículo de formação de professores. *Amazónica*, vol. 5, no 2, p. 114 -125.

Pletsch, M. D., & Lima, M. F. (2014). *A inclusão escolar de alunos com autismo: Um olhar sobre a mediação pedagógica*. I seminário sobre inclusão escolar, pág. 7.

Pinto, R. N., Torquato, I. M., Collet, N., Relchert, A. P., Neto, V. L., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo Infantil: Impacto do Diagnostico e Repercussões nas Relações Familiares. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de <http://www.scielo.br/rgenf>.

Sociedade Brasileira de Pediatria. (5 de Abril de 2019). *Transtorno do Espectro do Autismo*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de <http://www.sbp.com.br>.

Teodoro, G. C., Godinho, M. C., & Hachimine, A. H. (2016). A inclusão de alunos com transtorno do espectro autista no ensino fundamental. *Research*.

Yoshijinna, M. M. (2000). *Autismo: Orientação para Pais*. (S. Tolipam, Ed.) Brasília. Recuperado el 20 de Abril de 2020.