

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS — CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

BRUNA DE OLIVEIRA MARINHO

**UMA ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO
DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

**CAMPINA GRANDE
2020**

BRUNA DE OLIVEIRA MARINHO

**UMA ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO
DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Patrícia Crispim Moreira.

**CAMPINA GRANDE
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M338u Marinho, Bruna de Oliveira.
Uma análise das contribuições do Serviço social no processo de efetivação dos direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista [manuscrito] / Bruna de Oliveira Marinho. - 2020.
24 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020.
"Orientação : Profa. Ma. Patrícia Crispim Moreira, Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Saúde mental. 2. Direito do Autista. 3. Autismo. 4. Transtorno do Espectro Autista. 5. Serviço social. I. Título
21. ed. CDD 362.1

BRUNA DE OLIVEIRA MARINHO

UMA ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Patrícia Crispim Moreira

Profa. Ma. Patrícia Crispim Moreira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thereza Karla de Souza Melo

Profa. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Noalda Ramalho

Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À minha filha, por ser fonte de inspiração e motivo de persistência, DEDICO.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	O HISTÓRICO DO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	8
3	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO	11
4	A POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA	14
5	RELAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM AS PESSOAS COM TEA	15
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
	REFERÊNCIAS	19

UMA ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

AN ANALYSIS OF THE CONTRIBUTIONS OF SOCIAL SERVICE IN THE EFFECTIVENESS' PROCESS OF THE RIGHTS OF PEOPLE WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Bruna de Oliveira Marinho¹

RESUMO

O presente artigo foi desenvolvido com o objetivo de entender o que é o autismo, apontar legislações existentes no Brasil para proteger os direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e analisar como o Serviço Social pode contribuir no processo de efetivação desses direitos. Trata-se de um estudo bibliográfico e de natureza qualitativa, elaborado através de leitura de material já produzido sobre a temática. Este artigo se organizou teoricamente da seguinte forma: inicialmente, procuramos retratar de forma breve o histórico do atendimento à pessoa com deficiência; em seguida, apresentamos a construção histórica do diagnóstico do TEA. Por ser uma conquista relevante, também mencionamos a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. E, por fim, destacamos a relação do Serviço Social com as pessoas com TEA. Dessa forma, constatou-se que é notória a necessidade de discutir mais esse tema, inclusive no Serviço Social, por ser uma profissão que trabalha com a afirmação dos direitos humanos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Direitos. Autismo.

ABSTRACT

The present paper was developed aiming to understand what is autism, to point out existing legislation in Brazil that protects the rights of the person with Autistic Spectrum Disorder (ASD), and to analyze how Social Service can contribute in the process of enforcing these rights. This is a bibliographic study with qualitative nature, elaborated by reading material already produced on the theme. The paper was theoretically organized as follows: initially, we briefly showcased the history of assistance to people with disabilities; in sequence, we presented the historical construction of the diagnosis of ASD. Because it is a relevant achievement, we also mentioned the National Policy for the Protection of the Rights of People with Autistic Spectrum Disorder. And, at last, we highlighted the relationship between Social Service and people with ASD.

Keywords: Mental Health. Rights. Autism.

¹ Estudante concluinte do curso de Serviço Social oferecido pela Universidade Estadual da Paraíba, Campus I. E-mail de contato: brunamarinho2104@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido um tema bastante discutido devido ao aumento significativo de sua incidência. São muitas as lutas enfrentadas diariamente para que autistas e seus familiares ou responsáveis consigam acessar os direitos comuns a todo cidadão, além do usufruto de garantias diferenciadas, devido às especificidades de quem possui o transtorno. Os desafios são os mais diversos, tais como: acesso à medicação e terapias pelo serviço público, permanência do aluno em sala de aula, entre outros.

O presente artigo aborda a importância do Serviço Social no processo de efetivação dos direitos da pessoa com TEA. O interesse pelo assunto surgiu após a realização do estágio² obrigatório, desenvolvido através do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), localizado no bairro das Malvinas, Campina Grande – PB, no período de junho/2012 a dezembro/2013.

O estágio propiciou nossa aproximação com a temática, tendo em vista que os serviços ofertados também abrangem pessoas com deficiência, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e a comunidade. Contudo, apesar desse segmento ser um público previsto de atendimento pelos CRAS, no cotidiano do estágio pudemos observar a ausência de demandas com essa especificidade. Isto nos chamou atenção de modo especial, por lidarmos na nossa trajetória de vida com uma criança com TEA, e estarmos cientes de uma série de dificuldades que se enfrenta nessas situações, desde a definição do diagnóstico até se conseguir o tratamento adequado e o devido acompanhamento no espaço escolar. Diante disso fomos instigadas a investigar a importância da atuação do Assistente Social para a viabilização dos direitos com pessoas com deficiência no âmbito dos serviços oferecidos na área da assistência social.

Segundo as Orientações Técnicas – CRAS (BRASIL, 2009), esse centro é uma unidade de acesso a direitos socioassistenciais, que presta serviços de caráter preventivo, protetivo e proativo. Um de seus eixos é a matricialidade sociofamiliar, que se refere à centralidade da família³ como núcleo social fundamental para efetividade de ações e serviços da política de assistência social. Foi observado que o Serviço Social no CRAS tem como finalidade acompanhar as famílias referenciadas a ele, ofertando serviços, programas, projetos e benefícios de Proteção Social Básica⁴. Para tanto, busca-se entender a realidade territorial e planejar estrategicamente, estabelecendo metas que promovam mudança na situação encontrada. Nesse sentido, o assistente social atua defendendo o protagonismo e a autonomia dos usuários, combatendo a discriminação por deficiência, divulgando

² A Lei Federal 11.788, de 25 de setembro de 2008, conhecida como Lei do Estágio, afirma em seu Artigo 1º que “O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho”.

³ Para a PNAS (BRASIL, 2005), família é o grupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade. A família, independente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade. Caracteriza-se como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, sendo a família a base fundamental no âmbito da proteção social.

⁴ Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

informações, simplificando processos, direcionando o usuário ao acesso a benefícios e renda.

Segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social — NOB-SUAS (BRASIL, 2005) a assistência social é a:

política de direito universal e direito de cidadania, capaz de alargar a agenda de direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros, de acordo com suas necessidades e independente de sua renda, a partir de sua condição inerente de ser de direitos. (pp. 15 e 16)

Como foi dito, os serviços disponibilizados pelo CRAS também abrangem o grupo das pessoas com deficiência e, dentre elas, as que possuem o TEA, as quais recebem importante acompanhamento, apoio e orientação dos assistentes sociais para o acesso aos seus direitos. Inclusive, a Assistência Social também está determinada às pessoas com TEA pela Lei 12.764/12, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012).

A referida Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012) conceitua o Autismo como uma síndrome marcada pela deficiência significativa da comunicação verbal e não verbal, interação social e comportamentos repetitivos que se manifestam através de estereotípias⁵ motoras e verbais. A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, em sua décima edição – CID 10, nomeia autismo como um transtorno global do desenvolvimento, que se manifesta antes dos três anos de idade, sendo comumente acompanhado por fobias, perturbação do sono, restrições alimentares, agressividade e autoagressividade (CID 10, 1993, pp. 246, 247). Conforme a *National Society for Autistic Children – ASA*, essa inadequação no desenvolvimento pode ser encontrada em famílias de qualquer classe social, raça ou etnia, e, até hoje, não se conseguiu provar a causa.

A psiquiatra inglesa, Lorna Wing, juntamente com Judith Gold, fundou a *National Autistic Society*. Wing era mãe de uma criança autista e seus trabalhos ajudaram a entender melhor o transtorno. A Tríade de Wing reúne características que permitem o diagnóstico do autismo, tais como: transtornos na comunicação, interação social e uso da imaginação. (MENDOZA, 2017). A introdução do conceito de “Espectro do Autismo” também foi proposta por Wing, o que facilita a compreensão de que existe uma variedade de comportamentos dentro do transtorno e essa diversidade permite a divisão do autismo em três graus: leve, moderado e severo.

Apesar do TEA ter ganhado notoriedade pela crescente demanda, ainda é um tema que envolve dúvidas em relação a sua origem, conceito e tratamento. Como se faz necessário entender para intervir, quanto mais propagado esse assunto for, melhor será para o fortalecimento de serviços já existentes, bem como para nortear o desenvolvimento de ações que promovam inclusão social.

A fim de atingir o objetivo proposto, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema, no intuito de entender o que é o autismo, apontar legislações que existem no Brasil para proteger os direitos da pessoa com TEA e analisar o vínculo existente com o Serviço Social.

Dessa forma, o presente artigo retrata, inicialmente, de forma breve o histórico do atendimento à pessoa com deficiência; em seguida, apresenta a construção histórica

⁵ Esteriotipias são repetições transitórias ou permanentes e de forma automática e inconsciente de gestos, palavras ou movimentos.

do diagnóstico do TEA, menciona a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e, por fim, destaca a relação do Serviço Social com a pessoa com TEA.

2 O HISTÓRICO DO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em se tratando do tratamento dispensado às pessoas com deficiência, encontramos o registro histórico de algumas fases distintas, conforme tratado por Sassaki (2003), a saber: exclusão, segregação, integração e inclusão. Durante o período de exclusão, era comum que portadores de necessidades especiais fossem tratados como animais, sendo, por vezes, totalmente negligenciados e isolados da sociedade; alguns chegavam a afirmar que se tratava de pessoas possuídas por demônios. Durante a segregação, o hábito era que as pessoas com deficiência fossem relegadas aos cuidados oferecidos por instituições especiais, permanecendo institucionalizadas e afastadas do convívio até mesmo com familiares. Na fase de integração, começa-se a perceber portadores de deficiências menos severas sendo encaminhados para escolas regulares finalmente, a fase de inclusão, surgem organizações/instituições que permitem aos portadores de necessidades especiais façam parte do convívio considerado normal, oferecendo condições para que tais pessoas recebam instrução escolar formal e sejam incluídas no mercado de trabalho. (SASSAKI, 2003)

Durante muito tempo na história, qualquer tipo de deficiência, física ou intelectual, era considerada como um castigo divino, algum tipo de punição dos deuses, o que justificava a exclusão como uma prática comum. Conforme Lorentz,

Na Antiguidade Clássica, os filósofos Platão e Aristóteles adotavam posturas de exclusão em relação às pessoas com deficiência, baseadas em dois fundamentos, o primeiro seria a salvaguarda das necessidades das cidades, da organização das polis, o segundo decorria do estigma de que as pessoas com deficiência carregavam a malquerença dos deuses, ou de que a deficiência seria um produto de castigo, ou uma pena divina por um mau comportamento da pessoa ou de seus pais. (LORENTZ, 2006, p. 113)

Posteriormente, a sociedade passou a enxergar a pessoa com deficiência como alguém inferior que necessitava de caridade. Nesse período, surgem as “Casas de Assistência”, no intuito de isolar essas pessoas, representando apenas uma nova roupagem da exclusão.

É evidente que neste contexto inspirado na caridade, na pena e na repulsa, a interação da sociedade com a PPD [Pessoa Com deficiência] era caracteristicamente angustiada, baseada predominantemente na piedade (caridosa) e no distanciamento, já que se tratava de uma relação entre pessoas não iguais, implicando a existência de um superior (o que tem pena) e de outro inferior (do qual se tem pena), relação está também marcada pelas noções católico-cristãs de culpa e pecado em não assistir a uma pessoa necessitada. (LORENTZ, 2006, p. 131)

Nessa fase, conhecida como segregação, a responsabilidade por seus cuidados se restringia ao âmbito familiar ou aos manicômios, que eram hospitais psiquiátricos em que se depositavam pessoas com os mais variados transtornos mentais. Os manicômios eram caracterizados pelas condições desumanas e cruéis disponibilizadas àqueles que nada tinham a oferecer ao “mundo do trabalho”, ao sistema capitalista (ANDRADE, 2009).

No período chamado de Idade das Trevas⁶, a “loucura” era associada à heresia, possessão demoníaca (ANDRADE, 2009). Já no modo de produção capitalista, a pessoa que apresenta algum tipo de deficiência é considerada incapaz de gerar lucro para o capital. O “louco” não se enquadrava no perfil necessário para venda da força de trabalho, o que o tornava “improdutivo” e uma ameaça social. A solução encontrada para aliviar esse “peso social” foi o isolamento de tais indivíduos em hospitais psiquiátricos.

Os manicômios se tornaram grandes depósitos de seres humanos e os métodos de tratamento utilizados nos pacientes eram os mais variados: confinamento, choque elétrico, espancamento, entre outros. Muitas pessoas, inclusive, chegavam a falecer no interior dessas instituições. (ANDRADE, 2009, p. 5)

Segundo Marcantonio (2010), a emergência dos manicômios no mundo ocidental, se dá no intuito de uniformizar a sociedade, no sentido de preservar valores morais. Os manicômios representavam uma forma de mascarar, de tirar o foco da responsabilidade do Estado em intervir na saúde, em todos os seus âmbitos, especialmente na saúde mental. Conforme Foucault (1978), o isolamento surge na tentativa de controle social, tendo em vista que “a loucura, conforme as ideias do século XVIII, é uma doença, nem da natureza, nem do homem, mas da sociedade”.(FOUCAULT, 1978, p. 480)

O progresso da ciência favoreceu uma transformação no comportamento da sociedade em relação à pessoa com deficiência, que deixou de explicar as causas como justiça divina e passou a focar na investigação de formas que proporcionasse sua qualidade de vida. Nesse momento, o objetivo não era excluir, nem segregar, mas integrar as pessoas na sociedade. Apesar dessa fase representar um grande avanço, Lorentz (2006), aponta os seguintes erros:

O primeiro equívoco desta fase é que inicialmente o modelo médico visava à busca da cura e da “normalização” destas pessoas, a qualquer custo, descambando quase sempre em fracasso e desilusão. Na verdade, esta fase tinha como pano de fundo a necessidade de primeiro ajustar, consertar, curar a PPD para depois inseri-la no seio da sociedade. Era preciso, nesta linha de pensamento, preparar a pessoa com deficiência para o convívio social, para numa fase posterior permitir seu convívio com as pessoas ditas “normais” da sociedade. [...] O segundo grande erro foi o de colocar a pessoa com deficiência como paciente do modelo médico e não como agente de mudanças. (LORENTZ, 2006, p. 135)

No Brasil, a década de 1970 foi marcada pela luta antimanicomial. Trabalhadores da área da saúde e a população se uniram com o intuito de reformular o modelo vigente na época. Esse movimento teve forte influência do médico psiquiatra italiano Franco Bagnalia, que foi “... o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental e cuidar delas.” (AMARANTE, 1994, p.33) O processo de Reforma Psiquiátrica representou uma série de mudanças na política nacional de

⁶ A “Idade das Trevas” da Grécia Antiga remete ao processo de formação da civilização grega. Após a queda do Império Romano — início do período — a sociedade era marcada pela hierarquia da igreja católica e a fé em Deus. Os humanistas compreendem que a Idade Média teria substituído os estudos dos fenômenos naturais e das relações sociais, por meio da observação. A Idade Média seria então o tempo do misticismo religioso. (ANDRADE, 2009)

saúde mental. Ganhou visibilidade ao criticar fortemente o modelo hospitalocêntrico, evidenciando a violência dos manicômios e a mercantilização da loucura.

A partir da década de 1970, período da ditadura militar, a saúde passou por um processo de reforma, transferindo o atendimento psiquiátrico para o sistema previdenciário em convênio com a esfera privada. Assim, o número de hospitais psiquiátricos sofreu um aumento significativo, fazendo com que a saúde mental passasse ser tratada como mercadoria, tendo em vista a geração de lucros. (AMARANTE, 2007, p. 6)

Com a reforma, vários hospitais psiquiátricos foram fechados. Não há como dimensionar a quantidade de danos causados por esse modelo de assistência psiquiátrica, mas podemos destacar minimamente que os usuários desse serviço tiveram seus direitos humanos violados. Daí a necessidade, não apenas, de reabilitação, mas também de garantia de direitos básicos, como liberdade, dignidade e cidadania. O Movimento de Reforma Psiquiátrica traz à tona uma discussão que vai muito além da estrutura física e do modelo institucional. Abrange, também, a luta pelos direitos dessas pessoas, um atendimento mais humanizado, multiprofissional, o fortalecimento dos vínculos familiares e a reinserção do indivíduo na sociedade (BRASIL, 2005).

A política de saúde desenvolvida no Brasil é resultado de longas e intensas transformações. Na década de 1980 ocorreram avanços significativos, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (MACHADO, 1986) marcada pela participação dos trabalhadores e da população. Todo esse processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, conduzido pelo Movimento de Reforma Sanitária, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/90, é uma política pública pautada na concepção de saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir acesso e qualidade ao conjunto de ações e serviços que buscam atender às diversas necessidades de saúde sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à justiça social. (BRASIL, 1990)

O enfoque patológico acerca das pessoas com algum tipo de deficiência, fez com que surgisse, além dos manicômios, grandes instituições de caridade, onde abrigou as pessoas com deficiência junto com doentes ou com idosos; sendo um momento marcado por situações de rejeição e preconceito vivenciadas pelas mesmas. Tais instituições foram se especializando por tipo de deficiência e fortalecendo a prática da segregação social, em que tal grupo social era atendido dentro de muros institucionais.

Posteriormente a esse momento, com o surgimento do paradigma da integração social, essa realidade foi se modificando, pois as pessoas com deficiência começaram a ser estimuladas para saírem das instituições especializadas e a se integrarem nos sistemas comuns da sociedade. Assim, as políticas sociais foram se fortalecendo para essa categoria e muitos serviços foram sendo criados para atendê-los.

Nesse sentido, a partir da Constituição Federal de 1988, tivemos o surgimento da reflexão em torno da inclusão social, que sugere a adaptação da sociedade para acolher as pessoas com deficiência em todos os sistemas sociais, a exemplo da educação e saúde.

Segundo o documento criado pelo Ministério da Saúde e intitulado Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com TEA, é necessário que “os serviços de saúde estejam próximos do território vivido pelas pessoas, respeitando a identificação de especificidades locorregionais” (BRASIL, 2015) e que a população deve ter espaço no processo de formulação de políticas públicas, por conhecer as dificuldades enfrentadas.

O conceito de território é fundamental para a saúde mental por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar conhecer e interagir com as dimensões da vida cotidiana dos usuários e de sua rede social. Dessa forma, trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias (BRASIL, 2005, p. 13).

A citação anterior faz referência aos impactos concretos vivenciados por autistas e seus familiares, visto que a falta de conhecimento sobre as diferentes realidades pode dificultar o acesso a serviços e direitos, o que implica em uma necessidade de maior aproximação e divulgação do tema para a identificação das situações de risco e vulnerabilidade e, conseqüentemente, uma atuação mais eficaz na redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida destas famílias.

Dentre todo o grupo de pessoas com deficiência, destacaremos, em especial, as pessoas com TEA, já que o propósito principal do presente artigo é enfatizar as contribuições do Serviço Social no processo de efetivação dos seus direitos.

3 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Dentre a diversidade de diagnósticos que se evidenciam na sociedade, encontramos o TEA. Por não ser uma deficiência visível, comumente pode passar despercebida, ser desvalorizada ou, até mesmo, confundida com falta de educação, causando, ainda mais, sofrimento para a família e para o próprio portador do transtorno, que é julgado e enquadrado nas regras do mundo neurotípico⁷.

Segundo Gauderer (1993), para a *National Society for Autistic Children (ASA)*, o autismo é definido como sendo:

Uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave durante toda a vida. É incapacitante e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acomete cerca de cinco entre cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos que meninas. É encontrada em todo mundo e em família de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar qualquer causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar a doença. (GAUDERER, 1993, p.03)

Conforme as estatísticas de abril de 2018 do Centro de Controle e Prevenção de doenças (CDC), órgão do governo dos Estados Unidos, uma em cada 59 crianças tem autismo (PIGNATARI, 2018). Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), no mundo, há aproximadamente 70 milhões de pessoas com autismo. No

7 É considerado neurotípico a pessoa que está enquadrada dentro do desenvolvimento esperado, sem nenhum tipo de alteração (PAPALIA; FELDMAN, 2014)

Brasil, embora não haja estudos sobre a incidência do transtorno, estima-se cerca de 2 milhões de autistas diagnosticados e pelo menos 1 milhão ainda sem diagnóstico. (STOCK, 2018)

Por ser um transtorno global do desenvolvimento, o autista apresenta uma série de peculiaridades, uma variedade de características que demandam acompanhamento multidisciplinar com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo, entre outros. Os tipos e quantidade de terapias necessárias variam de acordo com a necessidade de cada um. Isso influencia diretamente no desenvolvimento das habilidades e na conquista da autonomia dentro dos limites de cada indivíduo.

O termo 'autismo' foi usado pela primeira vez por Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, em 1906, descrevendo um grupo de sintomas relacionados à esquizofrenia. Autismo não era considerado um diagnóstico individual. No primeiro Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais — DSM-I, de 1952, traços de autismo faziam parte de um subgrupo da esquizofrenia infantil. (RANGÉ, 2011, p. 538)

“Inicialmente, o autismo foi classificado entre as psicoses infantis. A falta de critérios bem estabelecidos para o diagnóstico de autismo permitiu que esta confusão persistisse por diversos anos.” (STELZER, 2010)

A primeira descrição formal foi feita por Leo Kanner, em 1943. Ele definia que

É autista aquela pessoa para a qual as outras pessoas são opacas e imprevisíveis, aquela pessoa que vive como ausente — mentalmente ausentes — as pessoas presentes, e que por tudo isso, se sente incompetente para regular e controlar sua conduta por meio de comunicação. (KANNER, 1943, p. 234, *grifo do autor*).

Nesse mesmo período, Hans Asperger também observava e pesquisava o comportamento de crianças que não se enquadravam em nenhum diagnóstico, mas apresentavam dificuldades graves de socialização. Asperger (1944 *apud* FRITH, 1999) publicou um trabalho relevante sobre autismo, no mesmo período que Kanner (1943), descrevendo quatro crianças que apresentavam dificuldades de interação social, movimentos estereotipados, linguagem diferente, embora sem ecolalia⁸. Porém, por ter sido escrito em idioma alemão, seu trabalho permaneceu desconhecido em diversos países. Apenas na década de 1980 seu nome passa a ser reconhecido como um dos pioneiros do autismo.

Durante os anos de 1950, houve muita confusão sobre a compreensão das possíveis causas do autismo. Por muitos anos, o autismo foi considerado um transtorno emocional, sendo culpa das mães distantes e frias⁹. O que causou muita dor e frustração em pais, por algo que não depende deles.

Kanner descreveu os pais de crianças autistas como frios, ausentes e distantes, mas que “havam se descongelado por tempo suficiente para

⁸ Ecolalia é um distúrbio no desenvolvimento da fala em que o paciente repete mecanicamente as frases ou palavras que escuta. (NEUROSABER, 2018)

⁹ Interessante notar como as mães são consideradas culpadas, ao longo da história, por algo que independe delas. Além de toda a responsabilidade referente ao tratamento, cuidados e manejo, que comumente recai de forma mais significativa sobre as mães, ainda têm que lidar com um sentimento de culpa. Como se não fosse o bastante toda a sobrecarga emocional, física, financeira e todos os desgastes gerados diante desse diagnóstico. Mesmo não havendo nenhum embasamento científico para esse tipo de pensamento, o peso histórico gera um desgaste emocional sem proporções. (LOPES, 2017)

produzir uma criança”. Por outro lado, é interessante de se observar que Kanner, em suas anotações pessoais, destacava que poucas vezes em sua prática clínica ele identificava crianças tão bem observadas pelos seus pais (SILVERMAN *et al.*, 2007 *apud* STELZER, 2010)

No período de 1940 a 1960, especialmente nos países de língua inglesa, desenvolveu-se uma verdadeira “orgia de ataques aos pais” [...] Bruno Bettelheim (1987) e muitos de seus colegas psicólogos interpretavam, a partir da década de 1950, o autismo sob o prisma freudiano, bastante em voga naquele período, como uma síndrome de alteração do ego resultante de rejeição inconsciente dos pais. Com base no conceito das “mães-geladeira”, sugerido inicialmente por Kanner. Bettelheim e seus colegas indicavam, como um passo aparentemente lógico, psicoterapia tanto para os pais como para os portadores de autismo. No entanto, ao invés de levar à melhora, observava-se somente aumento do sofrimento dos pais e a persistência das manifestações de comportamento nas crianças (VAN KREVELEN, 1971; SILVERMAN *et al.*, 2007 *apud* STELZER, 2010)

No segundo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais — DSM-II, de 1962, o autismo ainda era colocado sob o termo “esquizofrenia infantil” (Suplicy, 1993), assim como no primeiro DSM-I. Apenas na terceira edição do Manual, em 1980, surgem alterações significativas. Critérios diagnósticos específicos são implementados e o autismo, pela primeira vez, foi reconhecido e colocado em uma classe de transtornos: os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs).

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde na sua décima edição (OMS, 1993), nomeia o autismo em um grupo denominado Transtorno Global do Desenvolvimento.

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidade de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. [...] um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes dos três anos; apresenta uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interação social, comunicação e comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, como fobias, perturbações do sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (autoagressividade). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 246,247)

Ainda não há consenso sobre as causas do transtorno. O assunto se torna mais complexo diante das especificidades de cada indivíduo afetado. Observa-se que estão ocorrendo mudanças no que se refere aos critérios diagnósticos que possibilitam a identificação de sintomas cada vez mais cedo. Com isso, as intervenções também podem ocorrer mais precocemente, melhorando-se os prognósticos. Vale salientar que o diagnóstico de transtorno não é dado mediante exame, apenas por observação comportamental.

A busca pela causa do autismo não está ligada a atribuição de responsáveis pela disfunção, mas sim à possibilidade de soluções e opções de tratamentos que podem contribuir para o aumento da qualidade de vida da pessoa que está dentro do espectro.

No item seguinte apresentaremos um dos documentos mais significativos para a categoria das pessoas com TEA, uma vez que aborda importantes conquistas

e direitos em diversas áreas, garantidos como política pública: A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada no Brasil a Lei nº 12.764, com o principal objetivo de instituir uma Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. Por ser fruto de constantes lutas travadas pelos pais para conseguir a melhoria da qualidade de vida de seus filhos, ficou conhecida popularmente como Lei Berenice Piana, mãe de um autista. (BRASIL, 2012)

Essa lei instituiu a Política Nacional de Proteção da pessoa com TEA e conferiu uma série de direitos no âmbito da saúde, educação e assistência social. De acordo com o parágrafo 2º do artigo 1º da Lei 12.764/2012, para todos os efeitos legais, a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência. Como o autista apresenta uma série de peculiaridades, mostrou-se necessária uma legislação específica para que eles tivessem direito à atenção integral e acompanhamento multidisciplinar. (BRASIL, 2012)

O reconhecimento do autismo como deficiência permitiu o acesso a diversos direitos. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) assegura que União, Estado, Distrito Federal e Municípios devem cuidar da saúde e assistência social das pessoas com deficiência (Art. 23, Inciso II), legislar sobre a proteção e integração das mesmas (Art. 24, Inciso XIV), assim como prestar assistência social com o objetivo de habilitar, reabilitar e integrar pessoas com deficiência à vida em comunidade (Art. 203, Inciso IV), independente de contribuição à seguridade social. Em reforço, a Lei Berenice Piana, em seu artigo 3º, IV, "d", determina que é direito da pessoa com TEA o acesso à previdência e assistência social.

Outra legislação existente que também garante direitos à pessoa com deficiência é o Estatuto da Criança e do Adolescente — ECA (BRASIL, 1990). Este assegura proteção integral à criança e ao adolescente, considerando o direito à vida, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, sem distinção. Também garante o direito de atendimento especializado: “A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação” (Art. 11, parágrafo 1), fornecimento gratuito de medicações ou outros recursos necessários para o tratamento da criança e adolescente:

Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. (BRASIL, 1990, Art. 11, parágrafo 2)

Além de prioridade de atendimento nas ações e políticas de prevenção e proteção às famílias com crianças e adolescentes com deficiência (Art. 70). De acordo com seu artigo 208, toda criança tem direito à educação, preferencialmente na rede regular de ensino (Política Nacional de Educação Inclusiva). No caso da pessoa com TEA não é diferente.

Durante muito tempo, entendia-se que o ensino paralelo ao ensino regular seria a melhor opção para a educação de pessoas com deficiência. No entanto, a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), as pessoas com deficiência adquiriram o direito de participar da educação formal no ensino regular nas salas de aulas

comuns com os demais alunos e, ao Atendimento Educacional Especializado (AEE), no contraturno como um serviço de apoio. Nessa perspectiva, a Lei nº 9393/96 — Lei de Diretrizes e Bases da Educação diz que:

A educação é direito de todos, as pessoas com necessidades educacionais especiais devem ter atendimento educacional preferencialmente na rede regular de ensino, garantindo atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência. (BRASIL, 1996)

Assim, a referida LDB determina que haverá, caso seja necessário, serviços de apoio especializado, dentro da escola regular, para atender às demandas e peculiaridades dos alunos com necessidades especiais. Como exemplo disso, podemos mencionar a criação das salas de recursos multifuncionais e o acompanhante especializado em sala de aula, que em algumas redes de ensino é conhecido como o cuidador(a).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Documento "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)", abordando o transtorno como pertencente ao campo das deficiências e propondo o tratamento por via da reabilitação. No documento é salientado que a Rede SUS, os serviços de proteção social e de educação devem trabalhar em conjunto para garantir a efetivação da atenção integral à pessoa com TEA (BRASIL, 2014).

Diante das garantias legais conquistadas, o exercício profissional dos (as) assistentes sociais voltado para as pessoas com TEA tem crescido consideravelmente, uma vez que a busca pela concretização de seus direitos é hoje uma das principais bandeiras de luta do grupo e um campo vasto para a atuação do Serviço Social, que tem dado importantes contribuições para a efetivação de tais direitos. Reflitamos, no item que segue, um pouco da relação da profissão de Serviço Social com os usuários com TEA.

5 RELAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM AS PESSOAS COM TEA

Segundo Rosa (2008), aproximadamente em 1905, nos Estados Unidos, o Serviço Social começa a ter vínculo com a saúde mental. Isso acontece pela necessidade de reinserir o indivíduo na sociedade e de lutar contra o preconceito existente. A atuação do assistente social incluía família e comunidade, articulando-se com a psicologia. No Brasil, essa ligação pode ser percebida já nas primeiras escolas de Serviço Social. Vasconcelos (2002) afirma que "...a constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental..." (VASCONCELOS, 2002, p. 185). Ele destaca a quantidade de disciplinas relacionadas com o tema de higiene mental nos cursos.

Na década de 1940, os assistentes sociais foram introduzidos em instituições voltadas para a infância, os Centros de Orientação Infantil e os Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ). Posteriormente, começaram a trabalhar em hospitais psiquiátricos. O trabalho consistia em fazer levantamento de dados, orientação familiar, elaboração de atestados sociais e realização de encaminhamentos. Porém, essa atuação ocorria de maneira acrítica, assistencialista e sempre subordinada aos médicos ou diretores da instituição. (VASCONCELOS, 2010)

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmou que "saúde é um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade". Essa abordagem biopsicossocial demandou a atuação de diversos

profissionais, entre eles o assistente social. No período da ditadura militar, segundo Bisneto (2009), o número de hospitais psiquiátricos aumentou, possibilitando a ampliação do mercado de trabalho para o assistente social. Nesse mesmo período, “o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental.” (BISNETO, 2009, p.25)

Conforme Vital (2007), nos anos de 1974 a 1979, o Serviço Social permaneceu com uma visão conservadora das relações sociais, em que o indivíduo era culpabilizado por sua situação social ou seu estado de saúde, sendo competência do assistente social reintegrá-lo através de uma ação moralizadora. É nessa época que os movimentos sociais se reestruturam, após o longo período de repressão ditatorial, surgindo o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que resultou, posteriormente, na Reforma Psiquiátrica.

Em relação ao autismo, especificamente, a criação da política pública foi marcada por dois grupos diferentes, que desenvolveram ações ao mesmo tempo, porém, paralelamente. De um lado, encontrava-se os trabalhadores da área da saúde, que lutavam por mudanças significativas no modelo de serviço ofertado às pessoas com transtornos mentais. Enquanto do outro lado, pais e familiares de autistas organizavam grupos de apoio, com o objetivo de trocar experiências, buscar conhecimento e criar estratégias para o acolhimento destes. Desta luta coletiva resultou a Lei 12.764, representando um marco histórico na luta pelos direitos da pessoa com TEA. A referida lei ficou popularmente conhecida como Lei Berenice Piana, o nome de uma mãe de autista, por ser fruto do engajamento dos pais de pessoas que estão dentro do Espectro Autista (OLIVEIRA et al, 2017).

A Lei Berenice Piana (BRASIL, 2012) determina que a Assistência Social é direito da pessoa com TEA. Nesse caso, o(a) assistente social deve analisar as relações que estes usuários estão inseridos, a sua relação com a família, com a comunidade, devendo intervir nas questões de sua competência. (CABRAL E RODRIGUES, 2013)

É sabido que um dos desafios enfrentados por autistas e seus familiares reside na falta de informação da sociedade em relação ao que seja o autismo e como lidar com pessoas que têm esse diagnóstico. Não é tão simples identificar alguém com esse transtorno, devido à ausência de características físicas. Essa falta de conhecimento tem resultado, ao longo dos tempos, em preconceito e exclusão. Famílias são orientadas a deixar de frequentar certos lugares por causa do comportamento inapropriado de seus filhos, por exemplo. Antes de existir a lei 12.764/12, era comum que gestores escolares se recusassem a efetuar a matrícula de alunos com TEA. Atualmente, se isso acontecer, a punição é de 3 a 20 salários mínimos, podendo ocorrer perda do cargo. (BRASIL, 2012)

A falta de conhecimento a respeito do assunto gera consequências na vida do indivíduo, de sua família e da própria sociedade, pois reproduz uma cultura de discriminação, menosprezo e descaso. É comum enxergar a diversidade através de características comportamentais diferentes dos padrões sociais e culturais, porém, de forma negativa. Geralmente, a sociedade olha para aquele indivíduo com desdém, ridiculariza e até zomba. A exclusão desse indivíduo e seu impacto na família, não reconhecer nem perceber suas potencialidades e, conseqüentemente, não as aproveitar em prol do seu próprio benefício e desenvolvimento, no âmbito familiar e social, são questões a serem discutidas. É necessário entender que reduzir o indivíduo a um diagnóstico significa limitar suas potencialidades.

O VI princípio fundamental do Código de Ética do(a) Assistente Social determina o “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando

o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.” Outra grande dificuldade encontrada por autistas e seus familiares é a falta de conhecimentos de seus próprios direitos e acesso a serviços de atendimento público. O Código de Ética do(a) Assistente Social também afirma que é dever do(a) assistente social “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as através dos programas e políticas sociais.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011)

O CRAS é a unidade que desempenha as funções de gestão da proteção social básica e oferta o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), assegurando às famílias o direito à escuta, informação, encaminhamento de suas demandas de proteção social estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS). (BRASIL, 2005)

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2014) descreve o PAIF da seguinte forma:

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família — PAIF — consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. As ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico. (BRASIL, 2014, p. 12)

Essa centralidade na família não deve ser confundida com o modelo socioassistencial marcado pela ausência da responsabilidade do Estado. Pelo contrário, segundo o próprio texto constitucional, “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1988, Art. 226). Segundo as Orientações Técnicas – CRAS (BRASIL, 2009), o CRAS concretiza a presença do Estado no território, pois viabiliza o acesso a direitos socioassistenciais, fortalece a cidadania e permite um alcance maior das políticas públicas de assistência.

Dessa forma, o(a) assistente social participa ativamente do processo de inclusão das pessoas com TEA, o encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um exemplo disso. O citado benefício é assegurado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com o objetivo de garantir o atendimento às necessidades básicas da sociedade, em especial daqueles que não têm condições de prover seu próprio sustento nem de tê-lo provido pela própria família. Trata-se de um benefício socioassistencial que garante um salário-mínimo por mês à pessoa com deficiência e ao idoso, cuja renda familiar não ultrapasse 1/4 do salário mínimo vigente, por pessoa. (LOAS, Art. 2, Inciso I, "e") (BRASIL, 2014)

Assim, a relação do serviço social com as pessoas com TEA é essencial, pois sua contribuição para a concretização dos direitos sociais dessa categoria social é inegável.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, percebemos o quanto o indivíduo com transtorno mental foi submetido a situações degradantes, desumanas e cruéis. Vemos também que a falta de entendimento a respeito do assunto traz consequências devastadoras. E que o preconceito gera barreiras que impedem a participação e inclusão social, violando direitos básicos garantidos por leis gerais e específicas.

A partir da realização do presente estudo, ressaltamos a importância do Serviço Social na construção da autonomia da pessoa com deficiência, bem como sua contribuição no processo de efetivação de direitos sociais. Apesar de os serviços de proteção social não tratarem do transtorno ou deficiência, possuem papel relevante no que se refere à reinserção dos indivíduos na sociedade.

O autismo é um transtorno que ainda exige pesquisa e aprofundamento, já que existem muitas questões a serem esclarecidas. Porém, a pessoa com TEA e sua família precisam de uma rede de apoio que vai além de terapias. É necessário considerar os fatores sociais para garantir a inclusão do indivíduo. E é nesse ponto que o Serviço Social atua, organizando serviços para proteger e apoiar autistas e seus familiares, acolhendo, respeitando e conduzindo a uma melhor qualidade de vida. Enxergando as vulnerabilidades e riscos aos quais essas pessoas estão expostas, na perspectiva de articular serviços socioassistenciais que possibilitem a superação de fragilidades sociais.

É necessário entender que lidar com a diferença olhando pelo ângulo negativo não traz avanços para a sociedade. Quanto mais o Estado investir em políticas públicas, tratamento especializado e suporte adequado, mais autonomia o indivíduo terá, facilitando a superação de dificuldades e limitações, e possibilitando uma inclusão genuína.

Cabe destacar que a propagação de conhecimento sobre o tema proporciona o planejamento adequado de políticas de inclusão mais eficazes, com base nas reais necessidades apresentadas pelos autistas.

Mesmo tendo o direito à Assistência Social garantido por lei, sua efetivação ainda representa grande desafio. As terapias, consultas médicas e medicações fazem parte do cotidiano dos autistas na busca por uma melhor qualidade de vida. No entanto, o trabalho social não deve ser considerado menos importante, tendo em vista a necessidade de acolhimento por parte dos serviços públicos, entendimento da população em relação ao que seja autismo, direcionamento da própria família para usufruto dos direitos que possuem. Evitando, assim, ferir a dignidade e cidadania das pessoas com TEA, o que representaria um verdadeiro retrocesso, considerando que a luta por respeito, ampliação e execução dos direitos já existentes se converte em ato contínuo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B. et al. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol. 62, n.5, pp. 675-680. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 20 de fevereiro 2020.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio. A trajetória de Franco Basaglia. **História ciências e saúde - Manguinhos**, v.1 n.1. Rio de Janeiro July/Oct. 1994.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.

ASPERGER, H. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: FRITH, Uta. (Ed.). **Autism and Asperger Syndrome**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 37-92.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, Senado Federal, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> Acesso em 26 de fevereiro de 2020.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei número 9393, 20 de dezembro de 1996.

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm> Acesso em 10 de julho de 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/Suas)**. Brasília, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Orientações Técnicas: **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. – 1. ed. – Brasília: MDS, 2009. 72 p.

BETTELHEIM, B. **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CABRAL, Ingrid de Assis Camilo; RODRIGUES, Valeska Quitanilha Arena. **“Rompendo a Cortina de Fumaça”: o Serviço Social no Capsad – Resende 1**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2013, Águas de Lindoia, São Paulo. Anais.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2011.

Autismo e fala: o que é Ecolalia e como o fonoaudiólogo pode ajudar? Instituto Neurosaber, 2018. Disponível em: <<https://institutoneurosaber.com.br/autismo-e-fala-o-que-e-ecolalia-e-como-o-fonoaudiologo-pode-ajudar/>> Acesso em 17 de julho de 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. (original de 1961).

GAUDERER, C. E. **Autismo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. *Nervous Child*. V. 2. PP. 217-50. 1943.

LOPES, Bruna Alves. Autismo e culpabilização das mães: uma leitura de Leo Kanner e Bruno Bettelheim. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s World Congress**. 2017, Florianópolis. Anais.

LORENTZ, Lutiana Nacur. **A norma da igualdade e o trabalho das pessoas com deficiência**. São Paulo: LTr, 2006.

MACHADO, Francisco de Assis. Participação social em saúde. In: **Conferência Nacional de Saúde**, 8., *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

MARCANTONIO, Jonathan Hernandez. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 139-159, outubro, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 julho 2020.

MDS. CNAS. LOAS. Legislação e consolidação de leis. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/leis/arquivos/lei-08-742-07-12-1993-loas-consolidada-lei-12-435_2011.pdf/download> Acesso em: 20 de julho de 2020.

MENDOZA, Renata Teixeira Villarim. **O Direito à Educação Inclusiva para Crianças com o Espectro Autista**. 1 ed. Curitiba: Editora Prismas, 2017.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de et al . Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação1. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 707-726, July 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300707&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300017>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**: 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

PIGNATARI, Graciela. CDC divulga novos números de autismo nos EUA: 1 para 59. **Tismoo**, 2018. Disponível em <<https://tismoo.us/destaques/cdc-divulga-novos-numeros-de-autismo-nos-eua-1-para-59/>> Acesso em: 20 de agosto de 2020.

RANGÉ, Bernard *et al.* **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão Construindo uma Sociedade para Todos**. 5. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

STELZER, Fernando Gustavo. Uma pequena história do autismo. In: **Cadernos Pandorga de Autismo**. 1ªed. v. 01. São Leopoldo: Associação Mantenedora Pandorga, 2010.

STOCK, Adriana. Quais são as teorias e as pesquisas sobre as possíveis causas do autismo. **BBC News Brasil**, 2018. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-43577510>> Acesso em 20 de agosto de 2020.

SUPLICY, A. Autismo infantil, revisão conceitual. In: **Rev. Neuropsiq. da Infância e**

Adolescência, 1 (1): 21 - 28, 1993.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VITAL, N. S. **Atuação do Serviço Social na Área de Saúde Mental Frente ao Neoliberalismo**. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.