



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

ELIZETE EVELYN BONIFÁCIO SÁ

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA(TEA) E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: O ESTUDO SOBRE
A RELAÇÃO DA SITUAÇÃO DE POBREZA E A VIOLÊNCIA SEXUAL
INTRAFAMILIAR**

Salvador - Ba

Fev - 2023

ELIZETE EVELYN BONIFÁCIO SÁ

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA (TEA) E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: O ESTUDO SOBRE
A RELAÇÃO DA SITUAÇÃO DE POBREZA E A VIOLÊNCIA SEXUAL
INTRAFAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (PPGPSC/UCSal), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Políticas Sociais e Cidadania pela UCSal.

Orientador: Profa. Fátima Lepkson

Salvador - Ba

Fev - 2023

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSAL. Biblioteca

S111 Sá, Elizete Evelyn Bonifácio
Crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e
deficiência intelectual: o estudo sobre a relação da situação de pobreza e a
violência sexual intrafamiliar / Elizete Evelyn Bonifácio Sá. – Salvador, 2023.
92 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Pessoa Lepikson.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Criança e Adolescente 2. Deficiência Intelectual 3. Autismo
4. Violência Intrafamiliar I. Sá, Kátia Oliver de – Orientadora II. Universidade
Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 316.356.2-053.6

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIZETE EVELYN BONIFÁCIO SÁ

“CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA(TEA) E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: O ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DA SITUAÇÃO DE POBREZA E A VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR”

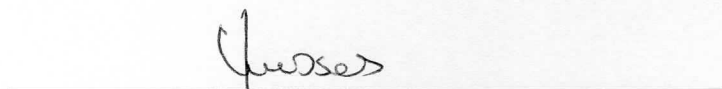
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 27 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Pessôa Lepikson - UCSAL (orientadora)



Prof.^a Dr.^a Jacqueline Mary Soares de Oliveira - UFBA



Prof.^a Dr.^a Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL

Dedico este trabalho às pessoas com deficiência que estão presentes na minha vida, ressaltando, frequentemente, a relevância do meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me abençoado e permitido alcançar os meus objetivos.

A pessoa mais guerreira que conheço, a minha mãe **Elizabete Bonifácio**, mulher de fibra e também Assistente Social. Obrigada por sempre me incentivar, obrigada pelas palavras de carinho e de força.

Ao meu pai, **Francisco Costa**, que com o seu jeito de levar a vida, me ensinou a sempre ter um sorriso no rosto e pensar positivo por mais crítica que seja a situação.

Ao meu esposo **Wesley Sá**, pela paciência, paciência e mais paciência, e todo amor, carinho e apoio neste percurso tão árduo. Agradeço por ser mais que marido, ser meu melhor amigo.

A minha linda irmã, **Alana Santana**, que me apoiou desde o primeiro dia e me aturou até o último dia dessa jornada com muita paciência, não fomos geradas no mesmo ventre, mas o amor que sinto por ti é maior que tudo no mundo.

Aos meus padrinhos amados, **Nena e Alcebiades**, que sempre me deram forças e muito amor, fontes de carinho que me ajudaram a seguir em frente.

Ao meu querido pai **Manoel**, que me adotou lindamente como filha, me apoiou e me ajudou das melhores formas possíveis a vencer essa batalha.

Às minhas irmãs de coração **Ceição e Isis**, que sempre foram meu orgulho, sonhei que quando crescesse seria igual a elas.

A todas as amigas e companheiras de luta. Que sempre mostraram que eu tenho mais força do que imaginava ter, que me escutaram, me apoiaram.. Sem elas eu não seria nada.

Aos **mestres e mestras** que me acompanharam nessa árdua caminhada, que foram bastante compreensivos durante o curso. Muito obrigada!

À minha orientadora: **Profa Maria de Fátima Pessôa Lepikson**. Obrigada pela dedicação e paciência, e por ter me acolhido como orientanda, por ter me direcionado e emanado tanta energia boa, muita mesmo!

Eterna gratidão!

EPIGRAFE

Eu sou o autismo. Não me importo com certo ou no errado. Tenho prazer em vê-lo ser solitário.

Lutarei para tirar-lhe toda a sua esperança. Vou conspirar para roubá-lo de seus filhos e seus sonhos. Farei com que todos os dias você acorde e chore, perguntando-se 'quem cuidará de meu filho depois que eu morrer?' e a verdade é que eu ainda estou ganhando, e você está com medo. E você deveria estar. Eu sou o autismo. Você me ignorou. Isso foi um erro. (...)

E ao autismo, nós dizemos: eu sou pai, mãe, avô, irmão, irmã. Passaremos cada hora acordada tentando enfraquece-lo. Não precisamos dormir porque não vamos descansar até que você desista.

A família pode ser muito mais forte do que o autismo previu, e não seremos intimidados por você, nem o amor e a força da minha comunidade. (...) estamos nos reunindo em todos os climas. Apelamos a todos os credos. Buscamos com tecnologia e vodu e ervas e orações e estudos genéticos e uma consciência crescente que você nunca antecipou. (...) temos tido desafios, mas somos os melhores quando os vencemos. Falamos a única língua que importa: o amor por nossos filhos. Nossa capacidade de amar é maior do que a sua capacidade de vencer. O autismo é ingênuo. Você está sozinho. Somos uma comunidade de guerreiros. Temos uma voz. Autismo, se você não está com medo, deveria estar. Quando você veio pelo meu filho, você esqueceu: você veio por mim. Autismo, você está ouvindo?

Tradução da transcrição da propaganda "eu sou o autismo", produzida pela autism speaks e dirigida por Afonso Cuarón, 2009.

RESUMO

O presente trabalho aborda a relação da situação de pobreza e a violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiência Intelectual. Tem como **questão central**: De que forma a pauperização das famílias impacta nas vulnerabilidades relacionadas a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes com TEA e deficiência intelectual no âmbito familiar? **O objetivo geral** deste estudo: compreender de que modo a violência sexual intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes com TEA e deficiência intelectual no âmbito familiar é marcada pelas condições de pauperização. Tem como **objetivos específicos**: 1. contextualizar a construção social da infância, da adolescência e da sexualidade e suas principais concepções; 2. caracterizar os principais marcos protetivos voltados à criança e adolescente com TEA e DI a partir de uma contextualização histórica; 3. descrever os principais aspectos conceituais sobre violência intrafamiliar; 4. analisar qual a relação da pauperização com a violência contra crianças e adolescentes com TEA e DI; para alcançar os objetivos propostos no estudo, a metodologia utilizada, de abordagem qualitativa, envolve a pesquisa documental, a partir de legislações específicas, assim como a pesquisa bibliográfica a fim de alcançar as respostas para os questionamentos levantados.

Palavras-chave: Criança e Adolescente; deficiência intelectual; e violência intrafamiliar; Autismo.

ABSTRACT

The present work addresses the relationship between poverty and intrafamilial sexual violence against children and adolescents with Autistic Spectrum Disorder (ASD) and Intellectual Disability. Its central question is: How does the impoverishment of families impact vulnerabilities related to sexual violence against children and adolescents with ASD and intellectual disability within the family? The general objective of this study: to understand how intrafamily sexual violence against children and adolescents with ASD and intellectual disability within the family is marked by conditions of impoverishment. Its specific objectives are: 1. To contextualize the social construction of childhood, adolescence and sexuality and its main conceptions; 2. characterize the main protective frameworks aimed at children and adolescents with ASD and ID from a historical context; 3. describe the main conceptual aspects of intrafamily violence; 4. analyze the relationship between impoverishment and violence against children and adolescents with ASD and ID; to achieve the objectives proposed in the study, the methodology used, with a qualitative approach, involves documentary research, based on specific legislation, as well as bibliographical research in order to reach the answers to the questions raised.

Keywords: Child and Adolescent; intellectual disability; and intrafamily violence; Autism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (FIGURAS), GRÁFICOS, QUADROS

FIGURA 1 CAUSAS DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

QUADRO 01 CAUSAS COMUNS DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

QUADRO 02 CAPACIDADE ADULTA DE ACORDO COM O GRAU DE INCAPACIDADE INTELECTUAL

QUADRO 03 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
CPTEIA Autista	Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
DI	Deficiência Intelectual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SJDHDS Bahia	Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da Bahia
SUDEF	Superintendência de Direitos das Pessoas com Deficiência da Bahia
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UCSal	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): CONCEITOS, CONTEXTUALIZAÇÕES E SEXUALIDADE.....	16
2.1 O significado social da infância e adolescência.....	16
2.2 Sexualidade na adolescência.....	19
2.3 A deficiência intelectual e o TEA: aspectos conceituais	22
2.4 Criança e adolescente com deficiência intelectual e TEA: uma contextualização histórica	31
3.CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA E DI: SUJEITOS DE DIREITOS.....	37
3.1 Marcos legais de proteção integral à criança e ao adolescente no Brasil	37
3.2 Direitos das pessoas com deficiência	41
3.3 Direitos das crianças e adolescentes com deficiência intelectual e TEA.....	44
4. METODOLOGIA.....	54
4.1 Metodologia: O caminho para a construção da pesquisa.....	54
4.2 Procedimento para levantamento e análise de dados.....	55
4.3 Método.....	57
5. VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA E DI: UMA RELAÇÃO COM A POBREZA.....	58
5.1 Violência: contextualização e tipicidade.....	58
5.2 Violência intrafamiliar.....	65
5.3 Violência X Pobreza	67
5.4 Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista.....	71
6. CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS.....	87

INTRODUÇÃO

A minha primeira aproximação com o objeto de estudo, especificamente com as pessoas com deficiência, iniciou-se a partir da experiência de estágio curricular e extracurricular decorrente do curso de graduação em Serviço Social na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Esta aconteceu no Programa Passe Livre Intermunicipal, vinculado à Superintendência de Direitos das Pessoas com Deficiência da Bahia (SUDEF), que pertence à Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da Bahia (SJDHDS-BA), espaço que, inclusive, foi local da pesquisa de campo da monografia da graduação de Serviço Social, no qual abordei sobre o processo de inclusão/exclusão das pessoas com deficiência na cidade: um estudo sobre o acesso ao transporte intermunicipal da Bahia.

Posteriormente, atuei como Assistente Social, frente às demandas familiares, na Secretaria de Assistência Social do município de Morro do Chapéu/BA, no Programa Laços de Proteção que atende de forma multidisciplinar a crianças e adolescentes com deficiência. Lá me aproximei com uma realidade impactante, diversos casos de violência contra esse público em especial, e uma especificidade desse público, era que estes se encontravam em situação de pobreza.

O trabalho nesse equipamento me aproximou das mais diversas formas de deficiência intelectual, e foi nesse momento que tive a oportunidade de conhecer a realidade de crianças e adolescentes com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A complexidade das famílias empobrecidas, as demandas apresentadas pela mesma, como por exemplo a baixa escolaridade, que dificultava muitas vezes em compreender as especificidades do autismo, me chamou muita atenção, e ao pesquisar sobre essa demanda e não encontrar fontes que me auxiliassem nesse processo de trabalho, decidi que uma pesquisa e um diálogo sobre essa temática deveria ser realizado.

Dessa forma, o tema escolhido deu-se pelo fato de estar na mesma linha de atuação da minha experiência profissional e acadêmica, o qual foi pauta de pesquisa nos trabalhos de conclusão de curso de graduação e de dos cursos de especialização *Lato Sensu*, o que irá contribuir positivamente para a categoria

profissional, para o fortalecimento na trajetória profissional da defesa de garantia de direitos das pessoas com deficiência, especialmente das crianças e adolescentes com TEA, e, mais assim, contribuir no âmbito acadêmico no incentivo a novas pesquisas sobre a temática. Nesse sentido, este estudo tem como **questão central**: De que forma a pauperização das famílias impacta nas vulnerabilidades relacionadas a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes com TEA e deficiência intelectual no âmbito familiar?

O objetivo geral deste estudo: compreender de que modo a violência sexual intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes com TEA e deficiência intelectual no âmbito familiar é marcada pelas condições de pauperização. E tem como **objetivos específicos**: 1. contextualizar a construção social da infância, da adolescência e da sexualidade e suas principais concepções; 2. caracterizar os principais marcos protetivos voltados à criança e adolescente com TEA e DI a partir de uma contextualização histórica; 3. descrever os principais aspectos conceituais sobre violência intrafamiliar; 4. analisar qual a relação da pauperização com a violência contra crianças e adolescentes com TEA e DI;

Nesse sentido a construção desse estudo, considerou aspectos históricos e ao observar a história da humanidade é fato que a trajetória das pessoas com deficiência foi marcada por preconceitos e lutas em defesa de direitos e da garantia da cidadania. Isso ocorreu ao longo de um processo histórico onde as pessoas com deficiência sofreram um “apagamento”, o que conseqüentemente tem um grande /impacto quanto às suas conquistas. Muitos direitos foram conquistados e estão garantidos por lei, porém a grande dificuldade ainda existente é a efetivação das políticas públicas.

Desde o período colonial já eram notadas as práticas de exclusão das pessoas com deficiências na sociedade brasileira, sendo que estas ficavam escondidas pelas famílias ou pelo Estado no interior de suas casas, em Santas Casas, ou prisões. Segundo Aranha (2005), durante um grande período o trato direcionado às pessoas com deficiência tinha característica asilar e caritativa, existia um determinado paradigma de institucionalização que foi mantido por investimentos e doações comunitárias.

O movimento das pessoas com deficiência por muito tempo na história foi invisibilizado pela institucionalização desses sujeitos. A luta dessa população foi incorporada às lutas da sociedade civil no final da década de 1970 no Brasil, no qual o país passava por um processo de redemocratização. A partir daí, intensifica-se as relações do movimento das pessoas com deficiência e da formulação de políticas sociais focado na construção da cidadania e na participação democrática

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal do Brasil, trouxe um momento de grande importância para os movimentos sociais reivindicativos no país, inclusive o movimento político das pessoas com deficiência, que tiveram suas propostas incorporadas à Constituição, como por exemplo o direito a não-discriminação (Art 7, Inciso XXXI), o direito à seguridade social (Art. 204, Inciso V), a inclusão (Art. 208, Inciso III) e a garantia de assistência social (Art. 203, Inciso IV). Conforme Ferreira (2013, p. 93) essas propostas abarcavam o “rompimento com a trajetória de tutela; o rompimento do viés caritativo; o direito do respaldo jurídico, ou seja, uma conquista reconhecida pela sociedade brasileira”.

Na década de 1990 foi promulgado o decreto 3.298/99, que regulamenta a lei 7.853/89 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Essa política emana a criação de várias redes nacionais que focalizam os serviços destinados a esse público e tem como finalidade transferir a responsabilidade de garantir à pessoa com deficiência o íntegro exercício de seus direitos ao Estado.

O Brasil ratificou em junho de 2008, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, promulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007, na cidade de Nova York. Foi reafirmado através desse documento o compromisso que o Estado deve ter sobre os direitos das pessoas com deficiência.

Nesse sentido afirma Leite (2012 p. 49) que a Convenção traz uma nova visão da deficiência, na qual essa não é mais característica das pessoas, aponta que esta é advinda de externalidades, ou seja, “uma condição que se expressa a partir das dificuldades, de barreiras sociais, e principalmente das barreiras físicas, em que terá o indivíduo que as transpor para poder usufruir plenamente do espaço em que se vive”. Assim, a forma que a cidade está estruturada urbanisticamente interfere nas

limitações presentes na vida das pessoas com deficiência, porém devemos considerar também os aspectos sociais os quais implicam no acesso desses indivíduos aos serviços básicos e essenciais, e no caso da pesquisa aos documentos e conhecimentos produzidos nos espaços acadêmicos.

De acordo com Caiado (2009, p. 333), “o foco da deficiência se desloca de um impedimento puramente orgânico e patológico e passa a ser o da existência de barreiras sociais que impedem a participação plena na vida social”. Nesse sentido afirma Leite (2012 p. 49) que a Convenção traz uma nova visão da deficiência, na qual essa não é mais característica das pessoas, aponta que esta é advinda de externalidades, ou seja, “uma condição que se expressa a partir das dificuldades, de barreiras sociais, e principalmente das barreiras físicas, em que terá o indivíduo que transpô-las para poder usufruir plenamente do espaço em que se vive”

O acesso às políticas públicas e aos serviços essenciais para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência, não depende somente da qualidade técnica dos ambientes, mas também do justo acesso à cidade, sendo necessário observar o conceito mais amplo de acessibilidade. A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, (BRASIL, 2000) define acessibilidade como: “a possibilidade e a condição de alcance para a utilização com segurança e autonomia dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes, dos sistemas e também dos meios de comunicação pela pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.” (I do Art. 2º).

A criança e o adolescente com deficiência encaram uma realidade de muita violência e violação de direitos, tanto dentro do seu lar, como em espaços públicos. Ficando evidente que se trata de uma violência, que muitas vezes compromete a interação e comunicação desse grupo, o que impede, por exemplo, que estes expressem que estão sofrendo qualquer tipo de abuso.

Estes são ainda mais vulneráveis dentre os vulneráveis, pois muitos dos seus impedimentos ocasionam o não acesso às políticas públicas. Essas pessoas também estão mais suscetíveis a todas as violações de direitos, dentre elas a violência, que pode partir tanto de familiares, quanto de outras pessoas.

Para o alcance dos objetivos já mencionados, no primeiro capítulo, foi realizada uma contextualização sobre o significado social da questão infantojuvenil, da sexualidade e os aspectos conceituais da Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro Autista.

No segundo capítulo, foi realizado uma caracterização dos marcos legais de proteção integral à criança e ao adolescente, além de uma análise em torno do percurso histórico da criança e adolescente com TEA e DI e uma abordagem em torno dos direitos das mesmas.

No terceiro capítulo foi descrito os procedimentos metodológicos, e no quarto e último capítulo, foi dialogado sobre os principais aspectos conceituais sobre violência intrafamiliar e qual a relação da pauperização com a violência sexual contra crianças e adolescentes com TEA e DI.

CAPÍTULO 02. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Para alcançarmos os objetivos propostos neste capítulo foi necessário dialogarmos pelos principais aspectos conceituais, significados sociais, assim como realizarmos uma contextualização histórica, especialmente no que diz respeito ao tratamento e à regulamentação dos direitos das crianças e adolescentes com TEA e DI. Para isso, é de suma importância abordarmos no primeiro momento, como a sociedade ao longo da história reconheceu a criança e o adolescente. Em seguida iremos dialogar sobre a sexualidade na adolescência enfatizando a importância da educação sexual para o combate à violência sexual; mais adiante, visando compreender as especificidades do sujeito estudado, a criança e o adolescente com TEA e DI contextualizaremos a história dos direitos das crianças e dos adolescentes com deficiência intelectual.

O significado social da infância e adolescência

A infância por muito tempo na história, não era entendida como um período da vida humana que necessitasse de uma atenção especial. Esta ideia foi sendo construída com o tempo. Conforme Niehues (2012, p.284) “percebe-se que esta concepção foi historicamente construída, perpassando pelo o adulto em miniatura na Idade Média e chegando à criança cidadã na Contemporaneidade.” A autora traz ainda uma citação importante de Áries (1981) sobre o lugar da infância: “na sociedade medieval a criança a partir do momento em que passava a agir sem solícitude de sua mãe, ingressa na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes” Conforme Niehus, com base em Ariès, o autor que retrata um período no qual as crianças eram vistas como miniaturas de pessoas adultas.

Nesse sentido, a criança passou por tratamentos diferenciados, considerando as questões acima. Segundo Mesquita (2011, p.74) “É o século XIX, ao assistir o surgimento de uma nova configuração social, de um espírito individualista crescente, que irá fomentar o surgimento de um significado de infância que compreende a criança como um ser que ainda não é adulto e que não pode

tornar-se adulto sozinho.” É nesse período que começa a surgir uma mobilização a fim de realizar o controle desse desenvolvimento, a partir da escola e da família de novas concepções advindas da igreja católica.

Segundo o autor, “a partir do século XIX, essas duas instituições tornam-se cada vez mais centrais para a experiência formativa do sujeito e para a reprodução de padrões de conduta social”. (MESQUITA, 2011, p.74). Mas as considerações sobre a infância não foram iguais para todos, as crianças que eram direcionadas para um processo educativo, eram aquelas pertencentes à elite. Segundo Lorenzi, (2007) para as camadas pauperizadas os cuidados eram direcionados através de ações de caridade da igreja católica.

A partir de então os cuidados em torno da infância foram sendo modificados, a família tornou-se o núcleo responsável pela atenção ao desenvolvimento da criança. Segundo Niehues (2012, p. “esta concepção de indivíduo fez com que a criança se tornasse alvo do controle familiar, bem como, do meio ao qual estava inserida.” Ainda conforme a autora (2012, p.287):

Nas concepções atuais, elas são consideradas como ser histórico-social, condicionadas por vários fatores, *seja* eles sociais, econômicos, culturais ou até mesmo político. Partindo desse pressuposto cria-se uma visão romanceada da infância, como um momento repleto de encanto e ludicidade, com várias outras propriedades inexistentes em determinados contextos sociais. A criança é considerada um ser competente, tem suas necessidades, seu modo de pensar e agir, modos que lhe são próprios. No entanto, as representações de infância variam conforme a colocação da criança na família, na classe social, a questão de gênero, etnia, grupo etário, na sociedade em geral.

Nesse sentido, a infância passa a demandar uma atenção em especial, considerando a dependência dos adultos para que futuramente se tornem também adultos autônomos para conviver em sociedade. Assim como a infância, a adolescência também demanda cuidados, sendo esta uma etapa da vida com características específicas de desenvolvimento.

É essencial compreender o significado social da adolescência, e o que esse período representa. De acordo com Duarte (2011), a adolescência é um período

pelo qual nem sempre é vivenciado com simplicidade e tranquilidade. Sendo esse momento da vida, o qual o ser humano vive diversas formas de instabilidade emocional e social. É neste que são experienciados, descobertos e desenvolvidos os principais aspectos da personalidade.

O termo adolescência advém do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (MUUSS, 1982 apud Duarte 2011, p,8). Atualmente é considerado uma fase transitória distinta do desenvolvimento do ser humano o qual ocorrem transformações psicológicas e físicas. Muuss (1974, p. 16) destaca que:

Sociologicamente, adolescência é o período de transição da dependência infantil para a autossuficiência adulta. Psicologicamente, adolescência é uma “situação marginal” na qual novos ajustamentos, que distinguem o comportamento da criança do comportamento adulto em uma determinada sociedade tem que ser feitos. Cronologicamente, é o tempo que se estende dos doze ou treze até a casa dos vinte e um, vinte e dois com grandes variações individuais e culturais. Este período tende a ocorrer mais cedo para as moças do que para os rapazes, e terminar mais cedo em sociedade mais primitivas.

A Organização Mundial da Saúde aponta algumas considerações em torno da adolescência, definindo critérios que poderão ser utilizados com o objetivo de estabelecer estatísticas e definir políticas, apontado também os conceitos e as etapas no processo de desenvolvimento da adolescência.

Segundo Silva e Lopes (2009, p.88): “Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência constituiria um processo fundamentalmente biológico, durante o qual se aceleraria o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange as idades de 10 a 19 anos, divididas nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos).” E afirma Kahharle (1997) é esse tempo de vida se trata do período de transição da infância para a fase adulta, o qual ocorrem diversas transformações de maneira intensa e rápida, momento em que se faz presente essas alterações corporais e fisiológicas, próprias da maturação do indivíduo.

Esse período da vida já foi nomeado de diversas formas. Como aponta Silva e Lopes (2009, p.88), “juventude, mocidade, adolescência, puberdade, flor da idade,

novo, nubilidad, muitos são os termos e conceitos utilizados para se caracterizar esse período da vida.” Assim como a infância, a adolescência teve suas concepções construídas ao longo da história.

É necessário então reconhecer o contexto histórico, para dialogar sobre as concepções definidas em torno desse período da vida humana. Sendo assim, de acordo com Segundo Silva e Lopes (2009, p.88):

O termo adolescência parece estar mais vinculado às teorias psicológicas, considerando o indivíduo como ser psíquico, pautado pela realidade que constrói e por sua experiência subjetiva. Ao passo que o termo juventude parece ser privilegiado no campo das teorias sociológicas e históricas, no qual a leitura do coletivo prevalece. Sendo assim, a juventude só poderia ser entendida na sua articulação com os processos sociais mais gerais e na sua inserção no conjunto das relações sociais produzidas ao longo da história.

Nesse sentido, a adolescência é um período resultante de um conjunto de fatores biopsicossociais. Para Erikson (1976, p.156) “a adolescência constitui um período de ‘moratória psicossocial’ por ser uma época na qual o jovem se sente livre para experimentar papéis e estilos de vida adulta”. Como disposto neste tópico, as concepções da infância e da adolescência foram formadas ao longo da história e o principal fator foi a influência da igreja Católica e suas considerações sobre família, designando-a aos cuidados com o desenvolvimento dos futuros adultos, observando a moralidade como base naquele período, especialmente no que tange à sexualidade dos adolescentes.

Sexualidade na adolescência

Para dialogarmos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes com TEA e DI (a ser discutida posteriormente), é imprescindível abordarmos sobre sexualidade na adolescência, visto que uma das formas de combate a essa forma de violência é a educação sexual.

Então a sexualidade nesse momento da vida tem suas especificidades, e precisamos refletir sobre a mesma. Sendo assim vale destacar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1975 define sexualidade como:

A Sexualidade Humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas, e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamento, sentimentos, ações e integrações, e portanto à saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a sexualidade, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. A saúde mental e a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais, emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. (EGYPTO, 2003, p. 15)

De acordo com Cano et al (2000, p. 24), “a definição de identidade sexual só se dará ao longo de um complexo processo bio-psicológico e social, no qual as atitudes da família influem de maneira determinante.” Ou seja, a forma que o indivíduo se relaciona na sociedade está diretamente ligada a construção da identidade sexual, assim como as relações existentes no âmbito familiar.

A influência da família na sexualidade do adolescente está na forma aplicada dos papéis sexuais nos filhos desde criança. Se tornar adulto é um processo complexo o qual o adolescente vai abandonar os aspectos específicos da infância. Caso os vínculos familiares estejam fragilizados, a construção da sexualidade pode acontecer de forma indevida ou também antecipada.

Nesse processo, a maneira que os pais se comportam em torno da sexualidade dos adolescentes vai definir como será dada a construção da mesma. De forma sutil, ou até mesmo não tão sutil assim, os familiares vão “impondo” diferenças entre os meninos e as meninas, assim como os papéis sexuais de cada um. A sociedade por sua vez, tende a acentuar essas diferenças e papéis sexuais.

Sendo assim, os aspectos sociais da sexualidade, se relaciona também com as mudanças físicas do/da adolescente que está num processo de transição do

infantil para o mundo adulto. É importante destacar então que a construção da identidade sexual e o início da sexualidade estão ligados aos aspectos biopsicossociais nas condições de crescimento destes/destas adolescentes. De acordo com Cano (2000, p.22)

As mudanças físicas correlacionadas com as mudanças psicológicas levam o adolescente a uma nova relação com os pais e com o mundo, mas isto só será possível se o adolescente puder elaborar lentamente os vários lutos pelos quais passa, ou seja, o da perda do corpo infantil, a perda dos pais na infância e a perda da identidade infantil. Quando o adolescente vive todo esse processo, ele se inclui no mundo com um novo corpo já maduro e uma imagem corporal formada, que muda sua identidade, e é esta a grande função da adolescência, a busca da identidade que ocupa grande parte de sua energia.

Nesse sentido, o início e/ou desenvolvimento da sexualidade do jovem podem ocorrer de forma natural ou antecipada. O início natural está relacionado com o biológico, quando os sentimentos de desejo afloram naturalmente no corpo de adolescente. Porém quando isto acontece antecipadamente, estará relacionado às condições sociais externas a esses jovens.

Segundo Canon (2000, p.23) “quando um jovem está desestruturado e cede a essas pressões, as relações sexuais costumam trazer muito mais angústias do que prazer.” Nesse sentido Duarte afirma (2011) que os fatores que podem influenciar na sexualidade precoce são: a falta de apoio família e de expectativas de vida, perda de autoestima, a falta de lazer, a curiosidade natural, necessidade de expressar amor e confiança, solidão, carência afetiva, forçadas no período da adolescência.

O avanço da tecnologia, advindo da globalização mundial e da reestruturação econômica interfere nas relações sociais desses adolescentes. O acesso aos meios de comunicação como a internet, por exemplo, permitem que os/as jovens se aproximem cada vez mais da temática, e contemplem as curiosidades em relação ao assunto. Porém de acordo com Beraldo (2000, p.2)

Desde a antiguidade a sexualidade vem gerando polêmicas, mexendo com a sensação e fantasia das pessoas, associada a coisas feias, inconvenientes e impróprias. Apesar da revolução sexual, da globalização e

dos meios de comunicação terem contribuído para uma modificação nas atitudes morais e nas questões ligadas ao sexo e sexualidade, esse assunto ainda assim continua sendo um tabu.

No contexto da saúde pública a antecipação do momento de sexualidade dos jovens tem causado muita preocupação. Essa preocupação se inverte também no âmbito educacional, nesse sentido, profissionais da saúde, pais e professores estão cada vez mais atentos a essa situação. Principalmente quando se refere às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), abuso e violência sexual, o qual, devido a imaturidade do público pode torná-los mais suscetíveis.

Diante dessa realidade, a sexualidade deve ser um tema de discussão e debate entre pais, educadores e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar maneiras de informar e orientar os jovens para que protejam ao máximo sua iniciação sexual, tenham responsabilidade, auto-estima e pratiquem sexo com segurança. A sexualidade é um dos importantes aspectos da adolescência, muito enfatizado não apenas pelos dados já apontados, mas também por que é nessa fase da vida do ser humano que a identidade sexual está se formando. (CANO, 2000, p. 24)

Observando as múltiplas condições que podem levar à sexualidade antecipada, deve-se destacar que o acontecimento dessa pode ocasionar em consequências para os/as adolescentes. A partir do exposto, percebemos a necessidade de investimento nas políticas de educação sexual, em todos os âmbitos com o objetivo de proporcionar conhecimento sobre os principais riscos relacionados a violência sexual. E ao compreendermos sobre essa importância para crianças e adolescentes, é preciso então compreender as especificidades destas com TEA E DI.

Sendo assim, no próximo tópico iremos dialogar sobre os principais aspectos conceituais sobre a deficiência intelectual, e o Transtorno do Espectro Autista. O que é essencial para entender, como a violência sexual atinge o público em questão.

A deficiência intelectual e o TEA: aspectos conceituais

Durante o presente tópico buscamos apresentar conceitos e concepções sobre a criança e o adolescente com deficiência intelectual. A partir daí abordaremos sobre o Transtorno do Espectro Autismo. Neste primeiro momento, é essencial compreender a questão deficiência intelectual, de um modo geral, para depois, avançarmos no TEA.

Conforme a Convenção de Guatemala (1999), adotada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001: O termo "deficiência" significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social (BRASIL, 2001, Art.1).

É importante ressaltar que conforme Tedde (2012, p. 12) a Unicef aponta como principais causas da deficiência no Brasil

[...] a nutrição inadequada de mães e crianças, doenças infecciosas, acidentes e ocorrências de acontecimentos anormais nas fases pré-natais e pós-natais”, assim como “violência, acidentes, baixo nível socioeconômico, falta de conhecimentos, uso de drogas, exclusão e abandono social.

De acordo com Caiado (2009, p. 333) “o foco da deficiência se desloca de um impedimento puramente orgânico e patológico e passa a ser o da existência de barreiras sociais que impedem a participação plena na vida social”. Nesse sentido afirma Leite (2012 p. 49) que a Convenção traz uma nova visão da deficiência, na qual essa não é mais característica das pessoas, aponta que esta é advinda de externalidades, ou seja, “uma condição que se expressa a partir das dificuldades, de barreiras sociais [...]” Conforme a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID, 1989):

Deficiência - perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

O conceito de deficiência intelectual foi evoluindo com o passar dos anos,

que veremos adiante, e isso foi interferindo na forma em que a sociedade passou a reconhecer a pessoa com deficiência intelectual enquanto sujeito de direitos. Sendo esta, conforme Vasconcelos (apud, Tedde 2012), o tipo de deficiência mais diagnosticada nas crianças e adolescentes. A autora afirma ainda que:

As causas da D.I. são desconhecidas de 30 a 50% dos casos. Estas podem ser genéticas, congênitas ou adquiridas. Dentre as quais as mais conhecidas são: Síndrome de Down, Síndrome alcoólica fetal, Intoxicação por chumbo, Síndromes neurocutâneas, Síndrome de Rett, Síndrome do X-frágil, Malformações cerebrais e Desnutrição proteico-calórica. (2012, p.24)

A figura 1 diz respeito às causas da deficiência intelectual. Vejamos

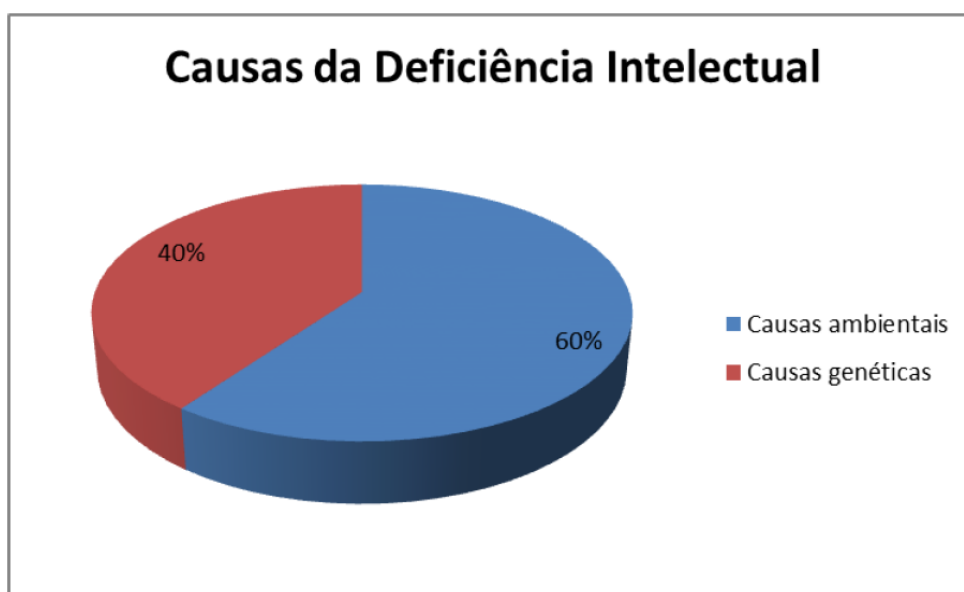


Fig 1: Causas da Deficiência Intelectual segundo a Organização das Nações Unidas (HONORA & FRIZANCO, APUD TEDDE 2012, P.24)

Segundo Garghetti et all (2013, p,104) “o conceito de deficiência intelectual mais divulgado nos meios educacionais tem como base o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – AAIDD”.A autora aborda ainda sobre o conceito definido pela AAIDD:

A deficiência intelectual é compreendida como uma condição caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual, quanto no

comportamento adaptativo, que está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas, manifestadas antes dos dezoito anos de idade (AAMR, 2006). (GARGHETTI EAT ALL 2013, p,104)

O termo deficiência intelectual é bem recente e surgiu para substituir a denominação "deficiência mental". A mudança ocorreu devido a movimentação das próprias pessoas com deficiência e também dos seus familiares. O termo deficiência intelectual considera os aspectos biopsicossociais do sujeito, ao contrário dos termos utilizados anteriormente como "débil mental", "idiota", "retardado mental", "excepcional", "incapaz mentalmente". De acordo com Tedde (2012, p.22):

Nos dias atuais a maior dúvida para classificar essa deficiência encontra-se entre deficiência mental (D.M.) e deficiência intelectual (D.I.). Mas através de modificações de documentos (Declaração de Salamanca) e nomes de associações influentes (American Association of Mental Retardation (AAMR) para American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)), percebe-se que hoje o termo correto a ser utilizado é "pessoa com deficiência", para qualquer deficiência, e no caso da deficiência cognitiva o termo correto a ser utilizado é "pessoa com deficiência intelectual".

O conceito de deficiência intelectual foi evoluindo no passar dos anos, que veremos adiante, e isso foi interferindo na forma em que a sociedade reconhecia a pessoa com deficiência intelectual enquanto sujeito de direitos. Sendo esta, conforme Vasconcelos (apud, Tedde 2012), o tipo de deficiência mais diagnosticada nas crianças e adolescentes. A autora afirma ainda que:

As causas da D.I. são desconhecidas de 30 a 50% dos casos. Estas podem ser genéticas, congênitas ou adquiridas. Dentre as quais as mais conhecidas são: Síndrome de Down, Síndrome alcoólica fetal, Intoxicação por chumbo, Síndromes neurocutâneas, Síndrome de Rett, Síndrome do X-frágil, Malformações cerebrais e Desnutrição proteico-calórica. (2012, p.24)

É importante abordar aqui as causas da deficiência intelectual, para assim realizarmos a contextualização histórica e compreendermos o percurso no decorrer do tempo e os acontecimentos até chegar a estas. O quadro abaixo, dispõe sobre a relação dos tipos de deficiência intelectual e suas causas.

Tabela C.1.1 Causas comuns de deficiência intelectual		
Categoria	Tipo	Exemplos
Pré-natal (antes do nascimento)	Distúrbios Cromossômicos	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down* • Síndrome do X frágil • Síndrome de Prader Willi • Síndrome de Klinefelter
	Desordens de gene único	<ul style="list-style-type: none"> • Erros inatos do metabolismo, como galactosemia* • Fenilcetonúria* • Mucopolissacaridoses • Hipotireoidismo* • Doença de Tay-Sachs • Síndromes neuro-cutâneas, como a esclerose tuberosa e a neurofibromatose • Malformações cerebrais como microcefalia genética, hidrocefalia e mielo-meningocele* • Outras síndromes dismórficas, como síndrome Laurence-Moon-Biedl
	Outras condições de origem genética	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Rubinstein-Taybi • Síndrome de Comélie de Lange
	Influências ambientais adversas	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências*, tais como deficiência de iodo e deficiência de ácido fólico • Desnutrição grave na gravidez* • Uso de substâncias* como álcool (síndrome alcoólica fetal), nicotina e cocaína durante o início da gravidez • Exposição* a outros produtos químicos prejudiciais, tais como poluentes, metais pesados, abortivos e medicamentos prejudiciais, tais como a talidomida, fenitoina e varfarina no início da gravidez • Infecções maternas, como rubéola*, sífilis*, toxoplasmose, citomegalovirus e HIV • Outros, como a exposição excessiva à radiação* e incompatibilidade Rh*
Perinatal (em torno da época de nascimento)	Terceiro trimestre (final da gravidez)	<ul style="list-style-type: none"> • Complicações da gravidez* • Doenças* na mãe, tais como doenças cardíacas e renais, diabetes • Disfunção placentária
	Trabalho de parto (durante o parto)	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridade severa, muito baixo peso ao nascer, asfixia ao nascer • Parto difícil ou complicado* • Trauma de nascimento*
	Neonatal (quatro primeiras semanas de vida)	<ul style="list-style-type: none"> • Septicemia, icterícia grave*, hipoglicemia
Pós-natal (na infância e adolescência)		<ul style="list-style-type: none"> • Infecções no cérebro, como tuberculose, encefalite japonesa, e meningite bacteriana • Trauma craniano* • Exposição crônica ao chumbo* • Desnutrição grave e prolongada* • Sub-estimulação severa *
*Definitivamente ou potencialmente evitáveis.		

Sobre o conceito de deficiência intelectual Tedde (2012, p.24), a DSM-IV tr (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) define como:

- a. Funcionamento intelectual inferior à média: QI de aproximadamente 70 ou abaixo;
- b. Déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo atual, em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança;
- c. Início anterior aos 18 anos. (TEDDE, 2012, p. 24)

E conforme a AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) a autora descreve:

- a. reflete a expressão das limitações no funcionamento individual dentro do contexto social;
- b. não é fixa, mas transformacional, dependendo das limitações funcionais da pessoa e dos apoios disponíveis no ambiente;
- c. Pode ser minimizada quando se pode contar com o provimento de intervenções, serviços ou apoios que focalizam a prevenção, a aquisição de habilidades adaptativas e o estabelecimento de papéis socialmente valorizados para a pessoa. (TEDDE, 2012, p. 29)

A capacidade intelectual de crianças e adolescentes com deficiência intelectual não é estática. Ela varia de acordo com o grau de incapacidade intelectual, o que pode impactar na suscetibilidade da violência sexual, assim como veremos adiante nos próximos capítulos.

O quadro a seguir apresenta como se delimitar os graus de incapacidade intelectual, as faixas de QI e a capacidade adulta:

Tabela C.1.2 Capacidade adulta de acordo com o grau de incapacidade intelectual

Grau	Faixa de QI	Capacidade adulta
Leve	50-70	<ul style="list-style-type: none"> • Alfabetização + • Habilidades de auto-ajuda ++ • Boa fala ++ • Trabalho semiquualificado +
Moderado	35-50	<ul style="list-style-type: none"> • Alfabetização +/- • Habilidades de auto-ajuda + • Fala em casa + • Trabalho não qualificado, com ou sem supervisão +
Grave	20-35	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de auto-ajuda assistidas + • Fala mínima + • Tarefas domésticas assistidas +
Profundo	Abaixo de 20	<ul style="list-style-type: none"> • Fala +/- • Habilidades de auto-ajuda +/-

Nota: +/- algumas vezes atingível; + atingível; ++ definitivamente atingível

Fonte: Capacidade adulta de acordo com o grau de incapacidade intelectual (Soares e Cavalcante, 2015, p.5)

Contudo, a deficiência intelectual não era vista dessa forma. Os estudos e relatos que tratam a criança e o adolescente com deficiência intelectual estão relacionados a fatos históricos. Sendo assim, compreendendo os principais aspectos conceituais da deficiência intelectual, passaremos a dialogar sobre o autismo e a deficiência intelectual, pois existe muitas vezes a dúvida se o TEA é uma deficiência intelectual.

Então, é importante já pontuarmos que de acordo com Rios (2017, p.214) a lei no 12.764, “reconhece os autistas como pessoas com deficiência para todos os efeitos legais”. Porém, nem todas as crianças com TEA, possuem deficiência intelectual, mas conforme Freitas et al (2016, p.3 apud Gauderer et al, 1997) “a prevalência para a DI no autismo está em torno de 70% dos casos”, e é considerando esses casos, os mais suscetíveis a sofrer violência sexual é que passaremos a destacá-lo nesse estudo.

Posto isso, veremos então o conceito de autismo que trata de:

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. [...] Os sintomas [...] incluem:

1. Distúrbio no ritmo de aparecimento de habilidades físicas, sociais e linguísticas;
2. Reações anormais às sensações. As funções ou áreas mais afetadas são: visão, audição, tato, dor, equilíbrio, olfato, gustação e maneira de manter o corpo;
3. Fala e linguagem ausentes ou atrasadas. Certas áreas específicas do pensar presentes ou não. Ritmo imaturo da fala, restrita compreensão de ideias. Uso de palavras sem associação com o significado.
4. Relacionamento anormal com objetos, eventos e pessoas. Respostas não apropriadas a adultos ou crianças. Objetos e brinquedos não usados de maneira devida. [...] A pessoa portadora de autismo tem uma expectativa de vida normal. Uma reavaliação periódica é necessária para que possam ocorrer ajustes necessários quanto às suas necessidades, pois os sintomas mudam e alguns podem até desaparecer com a idade. (GAUDERER, 1993, pág. 3, 4).

A palavra autismo advém da junção das palavras gregas “*autos*” que significa “em si mesmo” e “*ismo*” que significa “voltado para”, ou seja, o termo autismo originalmente expressava “voltado para si mesmo” (LIRA, 2004; GOMES, 2007). Esse termo foi utilizado pela primeira vez no âmbito da psiquiatria, no ano de 1906 por Plouller, que estudava as alterações relacionadas aos pacientes esquizofrênicos.

Em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço utilizou o termo autismo para caracterizar um dos sintomas da esquizofrenia, no qual identificava a ausência do contato com a realidade e o isolamento com os outros sujeitos. (LIRA, 2004; GOMES, 2007). Porém somente em 1943 através das pesquisas de Kanner que se passou a compreender o autismo divergente da esquizofrenia e, mesmo com as iniciativas de pesquisa sobre essa temática surgirem em 1943, foi somente no início da década de 1960 que foram lançados os mais relevantes estudos sobre o tema.

O autismo é classificado na categoria do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e afeta o indivíduo principalmente em três áreas: interação social, comunicação e comportamento. Na atualidade trata-se sobre os autistas, pois pode afetar os indivíduos em diversos graus, do mais leve até o mais severo, conforme

mostra a seguir:

Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista		
Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 'Exigindo apoio muito substancial'	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens Incomuns apenas para satisfazer a necessidade e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos – repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento, dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 - “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 - “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

	estranhas e comumente malsucedidas.	
--	--	--

(MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-5 PAG 52, 2014).

Sendo assim, o TEA, apresenta estes três níveis, e para tratamento e acompanhamento das crianças e adolescentes com TEA apresenta-se de acordo com o “Método (A.B.A) - Análise Aplicada do Comportamento e o Método Teacch que contribui para mudanças de comportamentos, base para aprendizagem, facilitando a autonomia do indivíduo com TEA.”. Dessa forma, ao compreendermos as especificidades do TEA, se faz de suma importância, realizarmos uma incursão histórica no próximo tópico, de como às crianças e adolescentes com deficiência intelectual, foram tratadas no decorrer da história.

A criança e o adolescente com deficiência intelectual e TEA: uma contextualização histórica

Os primeiros achados arqueológicos de civilizações humanas que trazem demonstrações da relação das pessoas com deficiência e a sociedade foi no Egito Antigo onde a convivência ocorria de forma integrada, em todas as classes e em diferentes funções de trabalho como artesãos, músicos, agricultores, entre outros. Era valorizado nos ensinamentos morais egípcios o respeito às pessoas com nanismo e outros tipos de deficiência (GUGEL, 2009).

Na Grécia a cultura da guerra e do combate, valorizava os mais fortes, aqueles capazes de defender a terra das invasões, sendo que as pessoas nascidas com alguma deficiência eram eliminadas. Filósofos como Aristóteles e Platão traziam em seus escritos que nenhuma criança nascida com deformidade deveria ser criada (GUGEL, 2009).

Na Roma Antiga as leis também não eram favoráveis àqueles que nasciam com qualquer tipo de deficiência. As crianças que nasciam com algum tipo de

deficiência no período da Grécia e na Roma antiga eram eliminadas, de alguma forma. De acordo com Feijó e Pinheiro (2012, p.3)

Ressaltam-se os aspectos jurídicos, legitimadores desse tratamento, vez que demonstram toda a elaboração de arcabouço legislativo, capaz de ratificar que a conduta tomada contra esse grupo social não seria ilegal. Assim, existiam leis que autorizavam a morte de crianças imperfeitas, como a Lei das XII Tábuas (451 a. C.) de Roma, cuja Tábua IV, que tratava do pátrio poder, autorizava o filho nascido monstruoso, expressão utilizada, ser morto imediatamente.

Somente com o surgimento do cristianismo no Império Romano as crianças tratadas como “indesejadas” foram acolhidas através da caridade da Igreja Católica. De acordo com Garghetti et al (2013, p,102),

Durante séculos, os “diferentes” ficaram à margem dos grupos sociais, mas, na medida em que o direito do homem à igualdade e a cidadania tornou-se motivo de preocupação, a percepção em relação à pessoa com deficiência começou a mudar. A rejeição cedeu lugar a atitudes de proteção e filantropia que até hoje prevalecem, apesar dos esforços do movimento das pessoas com deficiência e seus apoiadores para que essa postura seja substituída pelo reconhecimento da igualdade de direitos e acessos.

Já na Idade Média, com a consolidação do Cristianismo, as pessoas que apresentavam características relacionadas à deficiência intelectual, eram desconsideradas enquanto possuidoras de almas. E quanto mais a Igreja Católica se fortalecia, a “caça” a essas pessoas aumentava. De acordo com Garghetti et al (2013, p,105),

A abordagem ao diferente variava conforme o grupo, sendo que alguns eram objetos de caridade, outros eram punidos por serem considerados resultantes de possessão demoníaca e outros, ainda, eram mortos. A pessoa com deficiência era vista como insignificante no contexto da organização social, política e econômica e a pouca atenção recebida associava-se às crenças religiosas.

Com a Revolução Industrial, a procura de pessoas produtivas foi cada vez mais crescente, surge um novo sistema de produção: o modo capitalista. É nesse período que surge a divisão de classes, os detentores do capital e os operários que vendiam a força de trabalho e que a pessoa com deficiência era considerada como improdutivo. Segundo Garghetti et al (2013, p.105) “O deficiente era considerado improdutivo, do ponto de vista econômico, passando a ser tratado pelos métodos da medicina disponíveis na época”. A autora afirma ainda que:

Até o século XVIII, a própria ciência confundia deficiência mental com doença e procurava tratamentos que trouxessem uma "melhora" para essa condição. Na Medicina, esse século foi um período mais de assimilação e de consolidação do conhecimento já produzido, do que de grandes descobertas. A deficiência mental continuava sendo considerada hereditária e incurável e, por isso, a maioria das pessoas que apresentava essa especificidade, era abandonada em hospícios ou asilos. (2013, p. 107)

No Brasil as primeiras formas de acolhimento também foram através das Igrejas, que recebiam as crianças que eram abandonadas, “tendo em vista esse abandono foram criadas em 1726 as chamadas “rodas de expostos” onde as crianças eram colocadas e recolhidas por religiosas” (FERNANDES, 2011, p.135).

Ao tratarmos especificamente da abordagem para as pessoas com deficiência intelectual, a história converge, porém com suas particularidades. Como afirma Garghetti et al (2013, p,104),

Durante todo esse processo, a condição que hoje se conhece por deficiência intelectual foi marcada ao longo da história por conceituações diversas, incluindo: idiota, imbecil, débil mental, oligofrênico, excepcional, retardado, deficiente mental, entre outros. Esses nomes apareceram na medida em que novas estruturas teóricas surgiram e os nomes mais antigos passaram a indicar um estigma.

Somente no século XIX, foi visto a possibilidade de educar as crianças e adolescentes com deficiência intelectual. Isso aconteceu devido aos estudos do médico Jean Itard, no qual, ao ser desafiado a lidar com o garoto Victor de Aveyron, que foi diagnosticado como um “idiota”, esforçou-se a comprovar as possibilidades de educação daquele jovem. Sendo assim, de acordo com Gargetti et al (2013) a partir daí, o médico teve resultados significativos o que impactaria na didática educacional voltado às pessoas com deficiência intelectual.

A abordagem voltada às crianças e adolescentes com deficiência foi mudando com o passar do tempo, e com as evoluções científicas e tecnológicas. Contudo, o século XIX foi marcado pela consolidação do Paradigma da Institucionalização. Segundo Gargetti et al (2013, p.108) “este paradigma caracterizou-se pela retirada das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção delas em instituições, frequentemente situadas em localidades distantes de suas famílias.”

Desde o período colonial já era notado as práticas de exclusão das pessoas com deficiências na sociedade brasileira, sendo que estas ficavam escondidas pelas famílias no interior de suas casas, em Santas Casas, ou prisões.

Em um certo tempo o trato direcionado às pessoas com deficiência tinha característica asilar e era aceito por todos, como um determinado paradigma de institucionalização, o mesmo foi mantido por investimentos e doações comunitárias. “A questão da deficiência foi tangenciada pela preocupação higienista com as doenças infectocontagiosas potencialmente incapacitantes.” (GUGEL, 2008, p.2). O maior objetivo dessas instituições na época era o de afastar os adoentados da população, nessa perspectiva pois fim todo e qualquer vínculo familiar ou comunitário pré-existente, com a justificativa de proteção da sociedade.

Nesse período no Brasil, as instituições educacionais também possuíam caráter asilar, com o objetivo de inicialmente abrigar crianças e adultos do sexo masculino que foram abandonados por suas famílias (GUGEL, 2009). Foi também no século XIX que surgiram os primeiros locais de iniciativa estatal com atendimento direcionado às pessoas com deficiência como a criação do Hospício Dom Pedro II e posteriormente o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos fundada pelo Imperador Dom Pedro II, todos no Rio de Janeiro.

O marco histórico da educação especial no Brasil tem sido estabelecido no período final do século XIX, com a criação inspirada na experiência europeia do Instituto dos Meninos Cegos,¹ em 1854, sob a direção de Benjamin Constant, e o Instituto dos Surdos-Mudos,² em 1857, sob a direção do mestre francês Edouard Huet (Jannuzzi, 1985, 2004; Mazzotta, 2005). Para os historiadores da educação a criação destas instituições pioneiras, pareceram atos inusitados, considerando-se o contexto da época (GUGEL, 2009, p. 22).

Surgiram fortes críticas ao Paradigma da Institucionalização, e estas vieram de diversos segmentos e por diferentes razões. Considerando o modo de produção capitalista, se tornava custoso manter as pessoas com deficiência institucionalizadas. Conforme Garghetti et al (2013, p.105):

No século XIX, o questionamento e a pressão contrária à institucionalização vieram de diferentes direções e determinados por interesses: primeiramente do sistema, ao qual custava cada vez mais caro manter a população institucionalizada na improdutividade e na condição de segregação; e segundo, do processo geral de reflexão e de crítica que naquele momento permeava a vida nas sociedades ocidentais; aliada a estes, existia ainda a crescente manifestação de duras críticas ao paradigma da institucionalização.

De acordo com Fernandes et al (2011), o enfoque dado para este contexto assistencial era a de que a institucionalização das pessoas com deficiência representava um custo para o sistema que, por sua vez, tinha o interesse no discurso da autonomia e da produtividade.

A inserção dessas pessoas no mercado de trabalho faz cumprir os interesses do capitalismo, transformando-os em consumidores do mercado em potencial. Porém esta inserção se dá de forma precária, com baixos salários e subempregos, visando a prática capitalista de obtenção da mais-valia através da exploração da mão de obra do trabalhador, sendo ainda mais intensa essa exploração no que se diz respeito às pessoas com deficiência.

Como resultado das pressões em torno da quebra do Paradigma da Institucionalização, “assegurou tratamentos diferenciados, passando pelo abandono, confinamento e a volta ao hospício, ou ainda pela Educação Especial.” (GAEGHETTI EAT ALL 2013, p. 105). O que fez impulsionar a percepção da

responsabilidade do Estado frente às demandas das pessoas com deficiência e o fracasso do paradigma.

Ao longo dos próximos séculos, as instituições voltadas às pessoas com deficiência foram sendo ampliadas, assim como a percepção que se construiu sobre as pessoas com deficiência. (GUGEL, 2009) No último século, estas conquistas se ampliaram de forma muito significativa. Sendo assim,

O século XX trouxe avanços importantes para as pessoas com deficiência, sobretudo em relação às ajudas técnicas ou elementos tecnológicos assistivos. Os Instrumentos que já vinham sendo utilizados – cadeiras de rodas, bengalas, sistema de ensino para surdos e cegos, dentre outros foram se aperfeiçoando. A sociedade, não obstante às sucessivas guerras, organizou-se coletivamente para enfrentar os problemas e para melhor atender a pessoa com deficiência (GUGEL, 2009, p. 18).

Somente em 1932, foram fundadas pela sociedade civil organizações relacionadas à assistência nas áreas da saúde e educação, como as Sociedades Pestalozzi que foi criada no Rio Grande do Sul, a partir de iniciativa e apoio de familiares e profissionais em defesa das pessoas com deficiência e posteriormente, em 1954, após a expansão das Pestalozzis, foi criada as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no Rio de Janeiro.

As instituições fundadas nesse período eram de caráter assistencialista, focadas na caridade e não na garantia de direitos e cidadania. Na década de 1960 surge um novo paradigma de abordagem para as pessoas com deficiência: o Paradigma de Serviços. De acordo com Garghetti et al (2013, p.105):

A década de 1960 representa um marco importante na modificação do padrão de relação da sociedade com a pessoa com deficiência. Considerando que o paradigma de institucionalização tinha fracassado na busca da restauração do funcionamento normal do indivíduo, iniciou-se o movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização como uma nova tentativa para integrar a pessoa com deficiência na sociedade. Os primeiros usos da palavra desinstitucionalização descreviam os esforços para tirar as pessoas de instituições, colocando-as num sistema o mais próximo possível do considerado como uma vida normal em comunidade.

Esse paradigma era focado na integração da pessoa com deficiência à

sociedade. Ou seja, buscar no indivíduo características que pudessem ser adaptadas para que o mesmo convivesse com a sociedade, sendo estas não inclusivas. Buscava então apresentar aspectos da “normalidade” para que as pessoas com deficiência fossem “moldadas” a partir do oferecimento de serviços com esse objetivo.

CAPÍTULO 03. CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA E DI: SUJEITOS DE DIREITOS

Que as concepções de infância, adolescência e família, foram construídas ao longo da história, já compreendemos a partir do que já foi descrito até então. E para além dessas concepções, os direitos destes também foram sendo reconhecidos no decorrer da história. Faz-se necessário então discorrer sobre como os marcos legais de proteção à criança e ao adolescente, para que possamos dialogar especificamente para aquelas com TEA ou DI.

Marcos legais de proteção integral à criança e ao adolescente no Brasil

Na história do Brasil, até o início do século XX, não há registro de políticas de promoção de direitos para crianças e adolescentes. Conforme Lorenzi, (2007, p. 1)

Não se tem registro, até o início do século XX, do desenvolvimento de políticas sociais desenhadas pelo Estado brasileiro. As populações economicamente carentes eram entregues aos cuidados da Igreja Católica através de algumas instituições, entre elas as Santas Casas de Misericórdia. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada no ano de 1543, na Capitania de São Vicente (Vila de Santos). Estas instituições atuavam tanto com os doentes quanto com os órfãos e desprovidos. O sistema da Roda das Santas Casas, vindo da Europa no século XIX, tinha o objetivo de amparar as crianças abandonadas e de recolher donativos.

No período ditatorial a denominação “menor” que orientava a Política do Bem-Estar do Menor (Lei 4513/64) e o Código de Menores (Lei 6697/79), e não retratava diferença entre o “abandonado”, o “carente” e o “infrator” (ALMEIDA, 2003). Essa realidade contribui para o preconceito de classe e reforçava a ideia da

infância em situação irregular, tomando como normalidade os padrões da classe média. De acordo com Lorenzi (2007, p. 2)

O Código de Menores de 1979 constituiu-se em uma revisão do Código de Menores de 27, não rompendo, no entanto, com sua linha principal de arbitrariedade, assistencialismo e repressão junto à população infanto-juvenil. Esta lei introduziu o conceito de "menor em situação irregular", que reunia o conjunto de meninos e meninas que estavam dentro do que alguns autores denominam infância em "perigo" e infância "perigosa". Esta população era colocada como objeto potencial da administração da Justiça de Menores. É interessante que o termo "autoridade judiciária" aparece no Código de Menores de 1979 e na Lei da Fundação do Bem Estar do Menor, respectivamente, 75 e 81 vezes, conferindo a esta figura poderes ilimitados quanto ao tratamento e destino desta população.

Os modelos assistencialistas e correccionais repressivos eram os que mais se adequaram no tratamento social dado às crianças e adolescentes que pertenciam às camadas pauperizadas. Foi somente com a democratização da década de 1980, que implicou na participação de vários setores da sociedade e em amplos debates em torno desta questão, que a noção de "menor" foi oficialmente extinta sob a orientação do Estatuto da Criança e do Adolescente (em 13/07/1990 lei de nº 8069).

Os movimentos sociais tiveram uma grande importância no Brasil no período de redemocratização na década de 1970. Nesse período o país vivia sobre um regime autocrático burguês-democrático que foi instalado através de golpe militar em 1964. Nesse período surgiu uma forte militância em favor das crianças e adolescentes, no qual era reivindicada a consideração desses indivíduos como sujeitos de direitos e a promoção e garantia dos mesmos. (ALMEIDA, 2003).

As conquistas de alguns direitos foram regulamentadas através Constituição Federal de 1988. Uma das características da Constituição Cidadã é a universalização da proteção das crianças e dos adolescentes (art.227), não mais restrita, como antes, a partir da promulgação desta, todas as crianças e adolescentes se tornam sujeitos de direitos. Destaca-se os seguintes artigos:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à

saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores [...] . (BRASIL, 1988)

Em relação às crianças e adolescentes, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 203, afirma que aquelas em situação de carência, que "necessitarem" , devem contar com o "amparo" da política de Assistência Social. "Art. 203 – A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social e tem por objetivo: II – O amparo às crianças e adolescentes carentes; (BRASIL.1988)"

Os direitos sociais salvaguardados na Constituição Cidadã de 1988 abrangem a todas as crianças e adolescentes, independentemente de estarem ou não em situação de carência, ou serem pessoas com deficiência ou não, orientando a instituição do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/90, ECA. Conforme Lorenzi (2007, p. 4)

A promulgação do ECA (Lei 8.069/90) ocorreu em 13 de Julho de 1990, consolidando uma grande conquista da sociedade brasileira: a produção de um documento de direitos humanos que contempla o que há de mais avançado na normativa internacional em respeito aos direitos da população infanto-juvenil. Este novo documento altera significativamente as possibilidades de uma intervenção arbitrária do Estado na vida de crianças e jovens.

Em 1990, a partir do ECA, podemos afirmar que se rompeu o padrão das políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes brasileiras existentes há mais de um século. O ECA rompeu principalmente com a tradição da visão que se tinha do menor, constante no código de menores de 1927, com a Doutrina da Situação Irregular, consubstanciada no Código de 1979 e na Política Nacional do Bem-Estar do Menor (ALMEIDA, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, tem como base a proteção integral estabelecida inicialmente pela Declaração Internacional da Criança e

editada pela Organização das Nações Unidas – ONU em 1989, consolidando uma nova visão das questões que envolvem criança e adolescente.

Diferente da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a pré-adolescência, a adolescência e a juventude para fins políticos, no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente as reconhece a partir dos 12 anos aos 18 anos incompletos. Como aponta Eisenstein (2005, p.6):

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2o), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos.

A partir do ECA (1990) crianças e adolescentes passam a ser sujeitos de direitos e, sua proteção é devida, de forma prioritária pela família, pela sociedade e pelo Estado.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, **além de deixá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão** (BRASIL, 1990, p. 23). (grifo da autora)

Os princípios constitucionais que inspiram o ECA espelham-se no direito internacional, especialmente nas seguintes normas da ONU: Declaração dos Direitos da Criança (1959); Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da infância e da Juventude (1985); Diretrizes das nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (1988). Segundo Lorenzi (2007, p.3)

Pelo exposto é possível afirmar que a garantia dos direitos das crianças e adolescentes não é só dever do Estado, mesmo esse sendo o responsável pela efetivação das políticas públicas. Compete também à família e à sociedade, garantir

o bem-estar e colaborar com a igualdade e isso inclui crianças e adolescentes com deficiência.

Direitos das pessoas com deficiência

Como visto, por muito tempo na história as pessoas com deficiência foram invisibilizadas pela institucionalização. A luta das pessoas com deficiência em prol da garantia de seus direitos foi incorporada às lutas da sociedade civil no final da década de 1970 no Brasil, no qual o país passava por um processo de redemocratização.

Esse associativismo deu início a um processo de formalização das categorias políticas do movimento político das pessoas com deficiência, quando as pessoas com deficiência foram às ruas, saindo do anonimato, juntamente aos movimentos de negros, mulheres, índios, trabalhadores, sem-teto, sem-terra entre outros.

A partir daí, intensifica-se as relações do movimento das pessoas com deficiência e da formulação de Políticas Sociais focado na construção da cidadania e na participação democrática. De acordo com França e Pagliuca (2002) as pessoas com deficiência só tiveram oportunidade de se expressar porque o contexto social desse período estava priorizando as demandas de diversos segmentos da sociedade civil.

No ano de 1980 ocorreu o I Encontro de Entidades de Pessoas com Deficiência em Brasília, com aproximadamente mil participantes, dentre eles pessoas com deficiência visual, auditiva, física, hansenianos e outros. Dessa maneira, foi dada relevância aos discursos das pessoas com deficiência e em 1981 foi promulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência. Conforme Ferreira e Filho (2013, p 104):

As pessoas envolvidas no processo de luta por demanda de inclusão social passaram a distinguir “instituições para” e “instituições de”, quando se trata de pessoas com deficiência, denotando a identidade do movimento, que busca caracterizar o protagonismo, a capacidade de expressão e a possibilidade de autonomia.

Dessa vez sem representações externas, as próprias pessoas com deficiência se reuniram para falar delas, por elas. Nesse contexto surgiram vários encontros do movimento de pessoas com deficiência com o objetivo de defesa dos direitos dos mesmos. As mobilizações das pessoas com deficiência só ocorreram devido ao contexto histórico vivido pela sociedade naquele momento. Quando o país passava por um processo de redemocratização e várias vertentes de movimentos foram às ruas com suas reivindicações. Nesse sentido afirma França e Pagliuca (2002, p 61):

Como as formações discursivas são manifestações de um momento histórico dado e de determinadas formações econômico-sociais, o discurso das pessoas com deficiência surtiu efeito e o Estado reconheceu que a absorção destas pessoas pelo mercado, mesmo quando capacitadas, era diminuta.

É nesse contexto que o paradigma dos “serviços” começa a ser questionado, pelos educadores, familiares, e pelas próprias pessoas com deficiência, pois as tentativas de normalização destas, sofreram frequentes fracassos. Percebe-se então que é a sociedade que deve se tornar inclusiva e ser acessível para garantir a mobilidade e a equidade de acesso às pessoas com deficiência aos serviços e espaços que conduzam a garantia dos direitos dos mesmos. Nesse sentido afirma Garghetti et al (2013, p.110)

O paradigma de serviços começou a enfrentar críticas da academia científica, das próprias pessoas com deficiência e de seus familiares, organizados em associações e outros órgãos de representação. Parte das críticas era proveniente das dificuldades encontradas no processo de busca de “normalização” da pessoa com deficiência. Ainda que alguns tenham alcançado vida independente e produtiva ao serem submetidos à prestação de serviços organizada na comunidade, muitos ainda apresentaram dificuldades na tentativa de alcançar um funcionamento semelhante aos não deficientes, devido às próprias características do tipo de deficiência.

E em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, reconhecida como uma Constituição Cidadã, foi um momento de grande importância para os movimentos participativos no país, inclusive o movimento político das pessoas com

deficiência, que tiveram suas propostas incorporadas à Constituição. É um marco na história brasileira, e um incentivo para o surgimento de legislações específicas que orientem as políticas públicas de promoção aos direitos das minorias.

Conforme Filho e Ferreira (2013, p. 87) essas propostas abarcavam “rompimento com a trajetória de tutela; o rompimento do viés caritativo; o direito do respaldo jurídico, ou seja, uma conquista reconhecida por toda a sociedade brasileira”. Faz-se necessário pontuar o que é reconhecido pela Constituição Federal no enunciado do art. 5º, caput e inciso I, que determinam que:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Após o enfraquecimento do Paradigma de Serviços, e normatização dos direitos através da “Constituição Cidadã”, reconhecendo que todos devem ter acesso a garantia dos direitos sem distinção, surge um novo paradigma, voltado à atenção ao acesso equânime das pessoas com deficiência às oportunidades e a efetivação dos direitos dos mesmos. Segundo Garghetti et al (2013, p.110),

A ideia da normalização começou a perder força e ampliou-se a discussão sobre a pessoa com deficiência como um cidadão com os mesmos direitos às oportunidades disponíveis na sociedade, independente do tipo e do grau de comprometimento da deficiência. Passou-se a discutir que as pessoas com deficiência necessitam não apenas de serviços oferecidos no contexto de suas comunidades, mas também de outras providências necessárias para garantir sua valorização enquanto cidadão. Coube também à sociedade reorganizar-se de forma a garantir o acesso de todos os cidadãos, inclusive os deficientes, a tudo que se dispunha.

Foi a partir dessa reorganização da sociedade, que foi impulsionado o surgimento de leis e políticas específicas que atendam às particularidades das pessoas com deficiência, assim como daquelas com deficiência intelectual e autismo. Nesse sentido constatamos que estes direitos foram surgindo a partir de um percurso histórico de avanços tecnológicos, científicos e através dos movimentos das pessoas com deficiência, assim como de seus familiares.

Sendo assim, é importante para compreendermos de que forma as crianças e

adolescentes com deficiência intelectual e autismo, são protegidas pelo Estado, através de suas legislações e políticas, abordarmos os principais marcos protetivos que ocorreram após a redemocratização do país, e da concretização da Constituição Cidadã de 1988.

Direitos das crianças e adolescentes com TEA e DI

Ao contextualizarmos historicamente a abordagem e os marcos protetivos às crianças e adolescentes, e para as pessoas com deficiência, percebemos como principal impulsionador a Constituição Federal de 1988 que foi inspirada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Estas foram também principais direcionadoras para a criação de políticas e legislações especificamente voltadas às crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo. De acordo com Rizzini e Menezes (2010, p.16),

Além destas organizações internacionais, preocupadas com o conceito de deficiência mental, podemos citar outros importantes documentos voltados à promoção dos direitos humanos: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Salamanca (1994); Convenção da Guatemala (1999); Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual (2004); Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

A autora aborda ainda a importância da Convenção sobre os direitos da Criança de 1989. Sendo esta uma importante referência no que diz respeito à abordagem de crianças e adolescentes com deficiência, principalmente em seu artigo 02 e 03 que estão disponíveis em anexo.

Na década de 1990 foi promulgado o decreto 3.298/99, que regulamenta a lei 7.853/89 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Essa política emana a criação de várias redes nacionais que focalizam os serviços destinados a esse público. Transfere a responsabilidade ao Estado de garantir à pessoa com deficiência o íntegro exercício de seus direitos.

A partir desse momento surgiram outros decretos que objetivaram assegurar a promoção dos direitos destas. Formalizando através do seu artigo 1º:

Art. 1º Ficam estabelecidas normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, e sua efetiva integração social, nos termos desta Lei.

§ 1º Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os valores básicos da igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, e outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito.

§ 2º As normas desta Lei visam garantir às pessoas portadoras de deficiência as ações governamentais necessárias ao seu cumprimento e das demais disposições constitucionais e legais que lhes concernem, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie, e entendida a matéria como obrigação nacional a cargo do Poder Público e da sociedade.

As discussões sobre uma educação inclusiva, que permitam o acesso equânime das crianças e adolescente com deficiência intelectual aos seus direitos, foram fortalecidas através da Declaração de Salamanca de 1994, que segundo Rizzini e Menezes (2010, p.16) foi “resultado da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, realizada pela UNESCO, em Salamanca (Espanha), em junho de 1994.”

[...] toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem; toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas; sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades; aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades; escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos; além disso, tais escolas proveem uma educação efetiva à maioria das crianças e aprimoram a eficiência e, em última instância, o custo da eficácia de todo o sistema educacional. (UNESCO, 1994. p. 1)

A concretização das políticas de educação se tornou possível a partir da segunda metade da década de 1990, difusão da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), que propõe “as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas devem se adequar...”, pois tais escolas “constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos...”

Anterior a esse avanço a educação dos alunos que possuíam necessidades educativas especiais eram pautados em um atendimento segregado. De acordo com Fernandes (2011, p. 64), “apesar de registros da existência de matrículas de alunos com deficiências em escolas privadas e estaduais desde o final do século XIX, é possível dizer que, no país, a organização de instituições especializadas foi a referência para o atendimento a essas pessoas.” Ao analisar a questão da educação de pessoas com deficiência intelectual no Brasil, até o ano de 1935 foi possível perceber que neste período:

Não houve solução escolar para elas. As conceituações sobre deficiência eram contraditórias e imprecisas, e incorporavam as expectativas sociais do momento histórico em curso. A concepção de deficiência intelectual englobou diversas e variadas crianças, com comportamentos divergentes das normas sociais estabelecidas pela sociedade e então veiculadas nos padrões escolares. A classificação ficou mais ao nível do discurso, e foi aplicada muito pouco em função da desescolarização geral predominante. A escassa educação das pessoas com deficiência intelectual neste período representava a síntese dos enfoques e procedimentos primeiramente franceses e posteriormente europeus e norte-americanos (JANNUZZI, 1992, p.24).

No ano de 1993, por exemplo, foi decretado no Estado de São Paulo o Código de Educação, que foi um marco no que se tratava a abordagem à educação para crianças e adolescentes com deficiência no Brasil.

Esta trouxe as características referentes ao atendimento dos alunos com algum tipo de deficiência na educação. Identificou a implantação de classes especiais quando não havia, não era possível o atendimento nas instituições especializadas. Conforme a parte VII da educação especializada,

Art. 824 Dos tipos de escolas especializadas: a) escolas para débeis físicos b) escolas para débeis mentais c) escolas de segregação para doentes contagiosos d) escolas anexas aos hospitais e) colônias escolares f) escolas para cegos g) escolas para surdos-mudos h) escolas ortofônicas i) escola de educação emendativa dos delinquentes. Onde não for possível a instalação de escolas especializadas autônomas, serão organizadas classes para esses fins especiais nos grupos escolares (DECRETO 5.884, de 1993).

Nesse sentido, a Declaração de Salamanca (1994), foi um marco essencial para mudanças na educação voltada para as crianças e adolescentes com deficiência intelectual. O qual visava e afirmava que a educação deveria ocorrer sem segregação das mesmas.

O trato com as pessoas com deficiência foi relacionado, por muito tempo, com a reabilitação mantendo as características de assistência social, educação e saúde (GUGEL 2009),

Analisando a influência do movimento escolanovista na educação especial de nosso país, Cunha (1988) considera que apesar de defender a diminuição das desigualdades sociais, ao enfatizar as características individuais, a proposição de ensino adequado e especializado, a adaptação de técnicas de diagnóstico e especificamente do nível intelectual, muito contribuiu para a exclusão dos diferentes das escolas regulares naquela época. A igualdade de oportunidades tão pregada passou a significar a obrigatoriedade e gratuidade do ensino, ao mesmo tempo em que a segregação daqueles que não atendiam as exigências escolares, passou a ser justificada pela adequação da educação que lhes seria oferecida (MANTOAN, 2006, p 27).

Nesse sentido, pode-se observar que mesmo com as características esperançosas que tomaram a população brasileira após a promulgação da Constituição de 1988, levou um determinado tempo para ser concretizado as políticas de educação inclusiva. Segundo Mendes (2010, p.105),

Diante dos problemas de desempenho da educação nacional o país vai sendo cada vez mais pressionado por agências multilaterais a adotar políticas de “educação para todos” e de “educação inclusiva”. Num contexto onde uma sociedade inclusiva passou a ser considerada um processo de

fundamental importância para o desenvolvimento e a manutenção do estado democrático, a educação inclusiva começou a se configurar como parte integrante e essencial desse processo.

O modelo de segregação da Educação Especial foi questionado de forma severa, e a partir desse momento passou-se a buscar novas formas de alternativas pedagógicas para inserção de todos os alunos, independente do grau de deficiência apresentada pelo estudante, privilegiando o sistema regular de ensino (conforme o artigo 208 da CF de 1988). Nesse sentido, é necessário destacar que,

Os atuais desafios da Educação Inclusiva brasileira centram-se na necessidade de desenvolver instrumentos de monitoramento sistemáticos (indicadores dos programas implantados), realização de pesquisas qualitativas e quantitativas que possam evidenciar os resultados dos programas implantados e identificação de experiências de sucesso; implantação de programas de capacitação de recursos humanos que incluam a formação de professores dentro da realidade das escolas e na sala de aula regular do sistema de ensino (GLAT, 2003, p. 35).

A partir dos anos 2000, a postura referente à educação inclusiva começa a mudar, especificamente no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006, 2007-2010), nesse momento foi implantado uma política denominada de “Educação Inclusiva”. Após pressão para fornecer atendimento aos estudantes que possuem deficiência, o Governo Federal desde 2003 decide pela matrícula desses alunos na mesma sala que aqueles que não possuem nenhum tipo de deficiência, com algum acompanhamento ou não.

Rizzini e Menezes, consideram dois outros momentos da história dos direitos das crianças com deficiência intelectual foram de extrema importância para o avanço de políticas públicas específicas. O primeiro foi a convenção de Guatemala de 1999, que segundo as autoras foi “adotada a partir da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência” ((2010, p.17). Nesta, os Estados Partes reafirmam que

As pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que estes direitos, inclusive o direito de não ser submetidas a discriminação com base na deficiência,

emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano;

Considera ainda no seu artigo 1º que:

1. Deficiência

O termo "deficiência" significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

2. Discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência

a) O termo "discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência" significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais.

b) Não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada pelo Estado Parte para promover a integração social ou o desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência, desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitar tal diferenciação ou preferência. Nos casos em que a legislação interna preveja a declaração de interdição, quando for necessária e apropriada para o seu bem-estar, esta não constituirá discriminação. (BRASIL, 1999)

O segundo momento na história que também foi um marco no que se refere às conquistas voltadas aos direitos das crianças e adolescentes com deficiência intelectual foi segundo Rizzini e Menezes (2010, p.18) a aprovação em 2004 da

Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual. Esta Declaração substituiu o adjetivo mental por intelectual. Deficiência Intelectual é, atualmente, considerado por muitos como o termo mais apropriado, pois foca especificamente no funcionamento do intelecto, afastando a ideia de que a deficiência afeta a mente como um todo.

Em junho de 2008 o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo promulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007 em Nova York. Foi reafirmado através desse documento o compromisso do Estado frente aos direitos das pessoas com deficiência.

A convenção possui 50 artigos, nos quais assegura o reconhecimento igual perante a lei, o acesso à justiça, bem como a liberdade e segurança da pessoa, como pontos fundamentais de respeito aos direitos humanos e à inerente dignidade da pessoa com deficiência. (RIZZINI E MENEZES, 2010, p.18)

O documento assegura ainda, especificamente sobre os direitos das crianças e adolescentes com deficiência. Destacando no seu artigo 07:

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças. 2. Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o superior interesse da criança receberá consideração primordial. 3. Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito. (BRASIL,2007)

Para possibilitar a inserção das crianças e adolescentes com deficiência intelectual em escolas regulares, foi lançado o Decreto 6.571/2008 dispõe sobre o atendimento educacional especializado e modifica as regras do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB - 2021) para garantir recursos àqueles alunos que efetivamente estejam matriculados em escolas públicas e recebendo atendimento educacional especializado.

Em 2009, a Resolução n.º 4 institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial, e estabelece as formas possíveis de execução:

Art. 1º Para a implementação do Decreto nº 6.571/2008, os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas classes comuns do ensino regular e no Atendimento Educacional Especializado (AEE), ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos (BRASIL, 2009).

Destaca ainda que:

Essas Diretrizes Operacionais baseiam-se, então, na concepção do atendimento educacional especializado e não devem ser entendidas como substitutivo à escolarização realizada em classe comum das diferentes etapas da educação regular, mas sim como mecanismo que viabilizará a melhoria da qualidade do processo educacional dos alunos com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação matriculados nas classes comuns do ensino regular, ao mesmo tempo em que orienta a organização da escola e as demandas dos sistemas de ensino. (BRASIL, 2009)

A partir daí a Política de Educação Inclusiva no Brasil vai sendo concretizada, e sendo base para a formulação de mais políticas, documentos orientadores e programas que irão efetivar os direitos das crianças e adolescentes com deficiência nos espaços educacionais. Não diferente, a Política de Saúde também formulou e publicou documentos específicos voltados às pessoas com deficiência intelectual.

Rizzini e Menezes (2010, p.20) retrata como marco “a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, que direciona as abordagens para o público não possuindo o modelo psiquiátrico

hospitalocêntrico como referência.¹

As autoras apontam ainda o documento instituído pelo Ministério da Saúde em 2004, “o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil, por meio da Portaria GM nº. 1.608, de 13 de agosto de 2004.” (2010, p 20). E este foi fortalecido através da publicação em 2005 do “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”

Em 2008, o Ministério da Saúde, publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Esta, considerando o contexto das políticas governamentais e os direitos universais do indivíduo, visa a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano. O objetivo é contribuir para a inclusão plena da pessoa com deficiência em todas as esferas da vida social e proteger a saúde deste grupo, assim como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. (RIZZINI E MENEZES 2010, p.20)

E apenas em 2012, foi sancionada a Lei Berenice Piana, que recebeu esse nome em homenagem a uma mãe ativista que lutou pelos direitos das pessoas autistas. A lei² é um marco referente a proteção e promoção de direitos destas, e é a principal regulamentação referente a mesma. Aborda no seu Art. 2º as diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

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

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

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes; (BRASIL, 2012)

¹ Decidimos não abordar de forma aprofundada as políticas de educação nesse momento pois extrapolam os objetivos.

² Essa lei estará na integra em anexo

E o art. 3º refere-se aos direitos da pessoa com TEA

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;**
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- IV - o acesso:
 - a) à educação e ao ensino profissionalizante;
 - b) à moradia, inclusive à residência protegida;
 - c) ao mercado de trabalho;
 - d) à previdência social e à assistência social. (BRASIL, 2012)(grifo da autora)

Uma outra conquista para as pessoas autistas é a lei nº 13.977 denominada Lei Romeo Mion, em homenagem ao filho do apresentador Marcos Mion, também ativista da causa. Esta foi sancionada no dia 8 de janeiro de 2020 e determina a criação da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), que tem como objetivo garantir a prioridade nos serviços públicos e privados de saúde, educação e assistência social. Em seu Art.º 1, ela determina que,

Os estabelecimentos públicos e privados referidos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, poderão valer-se da fita quebra-cabeça, símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista, para identificar a prioridade devida às pessoas com transtorno do espectro autista. (BRASIL, 2020)

Considerando o exposto neste capítulo, foi possível perceber que a história das crianças e adolescentes com TEA E DI foi marcada por estereótipos, violência e preconceito. E foi um longo percurso para o que existe atualmente de legislações, documentos, políticas e programas que visam a proteção e promoção dos direitos destes, especialmente no que diz respeito à educação.

Contudo, mesmo com as legislações, para crianças e adolescentes, as voltadas para as famílias e os direitos e deveres com as mesmas, para pessoas

com deficiência, e especificamente para as crianças e adolescentes com deficiência intelectual, a ocorrência da violência intrafamiliar contra estas é presente no cotidiano brasileiro. E esse será o foco abordado adiante, o qual, buscará compreender sobre essas ocorrências. Antes, no entanto, será abordado aspectos metodológicos em que se pautou a pesquisa que deu origem a esta dissertação.

CAPÍTULO 04. METODOLOGIA

Na realização de uma pesquisa científica é importante considerar os procedimentos metodológicos como meio de alcançar os seus objetivos. Por esse motivo é necessário utilizar os devidos instrumentos e técnicas para fundamentar o trabalho realizado.

O caminho para a construção da pesquisa

A construção de uma pesquisa científica deve ser sempre observada como uma nova maneira de experimentar novas realidades. A justificativa dos interesses na busca de novos conhecimentos acontece das inquietações, indagações e incômodos. De acordo com Minayo (2007, p 17) “toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais”.

Partindo-se dos pressupostos que o presente trabalho foi realizado objetivando conhecer a realidade, considerando suas causas, fatores determinantes, bem como consequências em determinadas situações, tendo em vista a necessidade de conhecer e compreender fenômenos, não de forma superficial, mas de modo mais profundo, visualizando não partes isoladas, mas o que compõe o todo, e dentro deste contexto, a pesquisa explicativa possui grande valor.

A pesquisa escolhida para desenvolver esse trabalho a fim de alcançar os objetivos, foi a pesquisa qualitativa, a qual, de acordo Marconi e Lakatos (2011, p. 269) “difere do quantitativo não só por empregar instrumentos estatísticos, mas também pela forma de coleta e análise de dados”. Segundo Minayo (2001), essa forma de análise se relaciona com o universo de significados, valores, crenças e atitudes, correspondendo a um ambiente mais intenso dessas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser comprimidos à operacionalização de variáveis.

Dessa forma, observa-se as vantagens da pesquisa qualitativa na realização de um trabalho de natureza empírica. É possível que por meio dessa pesquisa, o indivíduo seja valorizado em suas expressões de fala, pensamentos, ideias e opiniões e que se permita participar e opinar sobre aquilo que está sendo pesquisado. Sobre a utilização dessa metodologia de pesquisa, Strauss e Corbin (2008, p.19) afirmam que:

A maioria dos pesquisadores que usa esta metodologia provavelmente espera que seu trabalho tenha relevância direta ou potencial tanto para público não-acadêmico como acadêmico. Isso porque a metodologia ordena que se leve muito a sério as palavras e ações das pessoas estudadas.

Esta forma de pesquisa é uma oportunidade de obter, não somente dados sobre a temática pesquisada, mas também, ao permitir a visibilidade do sujeito, obter dados subjetivos com relação à situação destacada na pesquisa.

Procedimento para levantamento e análise de dados

Nesta direção, foi utilizado para o andamento do trabalho, a pesquisa bibliográfica, através dos livros, periódicos e artigos, que se tornou fundamental para dar embasamento teórico na escolha da temática trabalhada na pesquisa, e na identificação do problema. Segundo Gil (2002, p.44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de

livros e artigos científicos”. Sendo assim, a pesquisa bibliográfica tem sua importância, pois oferece conhecimento para dar embasamento e continuidade ao trabalho, permitindo o entendimento necessário para a construção do trabalho.

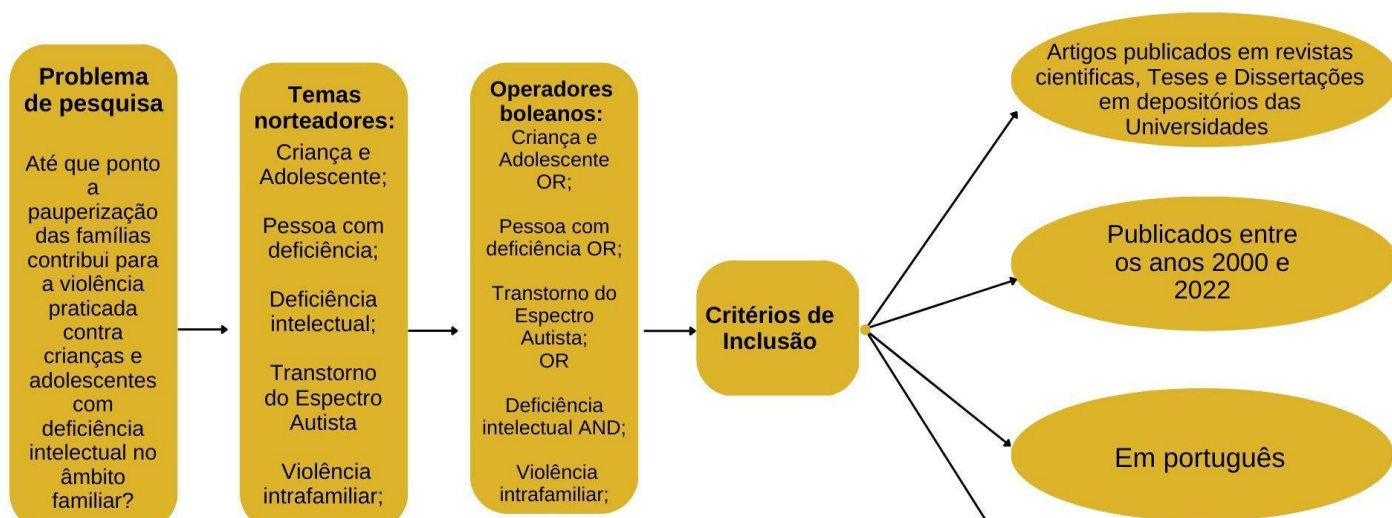
Relacionado à pesquisa documental foram estudados dados teóricos através de material já publicado, artigos, livros, legislações, entre outros. Foi realizado o levantamento do estado da arte, leitura do material, fichamento para qualificar a pesquisa. Sobre esta forma de pesquisa afirma Pádua (1997, p.62):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

Esse estudo foi construído através da pesquisa documental e bibliográfica. **Entre os autores já trabalhados** podemos citar: Chauí, Aranha, Caiado, Minayo, Garghetti, Rizzini, Cavalli entre outros autores indicados no item específico sobre referência. E para a elaboração deste, foi utilizado a revisão sistemática de literatura, que conforme Galvão e Pereira (2014, p.183)

Os métodos para elaboração de revisões sistemáticas preveem: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados.

Foi também utilizado como fonte de pesquisa, notícias de jornal que trouxeram importantes denúncias sobre violência sexual contra crianças e adolescentes com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A escolha dos materiais que foram fontes deste estudo aconteceu como descrito no quadro abaixo:



Método

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o materialismo histórico dialético que admite possíveis contradições sociais e interpreta a dinâmica da realidade de forma totalizante, explicitando que um fato social não pode ser considerado fora de um contexto político, econômico e social. Segundo Marcondes e Toledo (2012, p.74 apud PONTES 1989),

Pautando-se no Materialismo Histórico, ao se buscar o conhecimento sobre determinado objeto, realidade ou sujeito tem-se clareza de que encerram em si muito mais complexidade e riqueza de informações do que aquilo que se pode apreender pela via do conhecimento.

O materialismo histórico permite apreender a realidade do sujeito para além do visível superficialmente. A partir daí é possível compreender o objeto da pesquisa a partir de uma visão crítica que considera a contradição de classes numa sociedade capitalista. A autora aponta ainda que,

A investigação respaldada por este referencial analítico considera o homem como sujeito de sua própria história, enfatizando que a realidade social é transformável porque construída pelos próprios homens, podendo, portanto, ser mudada também por eles, através da práxis entendida como ação projetada, refletida, consciente e transformadora. (2012, p.74)

Sendo assim, a escolha do método foi realizada visando a contextualização da realidade das crianças e adolescentes em situação de pauperização que sofrem violência intrafamiliar. Pois de acordo com Marcondes e Toledo (2012, p.75) “a investigação respaldada por este referencial analítico considera o homem como sujeito de sua própria história, enfatizando que a realidade social é transformável. Ou seja, não é possível dialogar sobre a temática desconsiderando os aspectos biopsicossociais.

CAPÍTULO 03. A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA E DI: UMA RELAÇÃO COM A POBREZA

Ao ligarmos no jornal, em qualquer canal aberto, nos deparamos com uma enxurrada de notícias sobre os mais diversos tipos de violência presentes no Brasil. A violência sexual contra mulheres e contra crianças, a violência urbana, a violência psicológica e a física, estão presentes no cotidiano dos brasileiros, porém, não é o objetivo aqui tipificar e explicar cada forma de violência, e sim, compreender a violência intrafamiliar, e como esta atinge especialmente as crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista, particularmente a violência sexual de origem intrafamiliar.

3.1 Violência intrafamiliar:

É necessário transitar inicialmente pelas concepções de violência para posteriormente nos aprofundarmos na violência intrafamiliar. Ao conceituarmos epistemologicamente a palavra “violência” encontraremos segundo Pinheiro e Almeida (2003) a origem no termo em latim *violentia*, que significa “veemência”, ‘impetuosidade’, e advém da raiz latina *vis*, ‘força’”. A Organização Mundial da Saúde conceitua a violência como:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Segundo Santos et al (2016, p.7) “em um relatório publicado em 2002, a OMS considerou a violência como um problema mundial de saúde pública.”. Sendo assim, é necessário considerar os aspectos biopsicossociais que a envolvem. A autora afirma ainda que, “dados mostrados no estudo apontaram que anualmente cerca de um milhão de pessoas perdem a vida ou sofrem lesões não fatais por

serem vítimas das diferentes modalidades de violência.” (2016, p.7)

Podemos encontrar diversas conceituações de violência, e vale ressaltar, que esta foi se moldando a partir da realidade social vivenciada em cada momento no decorrer da história. De acordo Cavalli, (2009, p.3,) “não há uma teoria, ou definição única para a violência, considerando sua complexidade e características peculiares nos diferentes tempos e espaços”. Sendo assim iremos caminhar por essas conceituações, considerando a temática central desse trabalho.

A autora traz ainda as considerações de Soares e Carneiro (p.20), sobre como Maquiavel e Hobbes retratavam “a natureza do homem, o uso da força e do poder, e a violência”.

[...], Maquiavel trata friamente o tema da violência, desnudando as hipocrisias vigentes e trazendo à luz o fato de que a força é o recurso elementar e inevitável do poder, quaisquer que sejam seus méritos ou seus defeitos, julgados pelos diversos pontos de vista envolvidos, pelas diferentes paixões mobilizadas, pelos distintos interesses em jogo.

Sobre as considerações de Hobbes,

[...]. Em certo sentido, é ainda mais radical que Maquiavel, pois considera que, dadas as disposições naturais do ser humano e as características dos cenários em que os indivíduos se encontram para o ensaio da vida coletiva, não há como esperar paz ou qualquer modalidade minimamente equilibrada de vida comum, isto é, minimamente dotada de estabilidade e segurança. (CAVALLI 2009 APUD SOARES; CARNEIRO,1996, p. 20).

Hobbes, concentra suas explicações na qual homem é mau por natureza, e faz parte de suas características instintivas atos maldosos e egoístas (CAVALLI, 2009). Nesse sentido, considera que não seria possível haver uma sociedade nula de violência, o que inclusive é usada como justificativa para ações violentas no cotidiano.

Sendo assim devemos também refletir sobre a relação entre o agressor e o agredido, pois como indica o autor (Williams, 2003, p.141) “a violência floresce e

flui com maior intensidade quando há desigualdade de condições entre vítima e agressor”.

Entenderemos por violência uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade, e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí apud Williams, 2003, p.142)

É preciso ressaltar que as conceituações não devem limitar a compreensão da violência, não se deve perder os diversos aspectos de uma sociedade. Pois “as análises sobre as nuances e as dimensões plurais desse fenômeno são pouco aprofundadas, e isso reforça a disseminação de percepções equivocadas e preconceituosas sobre o assunto, bem como sobre suas possíveis manifestações.” (SANTOS ET AL, 2016. P. 7)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) caracteriza os tipos de violência de acordo com as pessoas envolvidas ou ao conteúdo do ato. Na classificação de acordo com o praticante, os atos violentos podem ser divididos em “auto direcionados”, quando a violência é direcionada à própria pessoa que a praticou; “interpessoais”, direcionada a outras pessoas, **subdividida em violência familiar** ou comunitária, ou ainda “coletiva”, quando os atos violentos são praticados por grupos ou até por comunidades. Esta última classificação é subdividida em violência política, econômica ou social. (grifo da autora)

Acrescenta-se também a essa classificação a violência estrutural, que concerne de acordo com Minayo (2006, apud Coelho 2014, p.14), “processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia.” Esta existe, mas não só, a partir das desigualdades sociais que são fruto da relação capital x trabalho e das

interrelações presentes no cotidiano das pessoas, e aqui, das pessoas com deficiência intelectual e autistas.

É preciso realizar uma análise sobre a violência a partir da ótica de uma sociedade capitalista. Pois, está presente na relação de classes, como afirma Cavalli (2009, p.04) “através da exploração no processo produtivo que se manifesta de múltiplas formas na sociedade contemporânea, resultando no desemprego, fome, miséria, dentre outras manifestações.” A autora destaca ainda que

devemos destacar que o indivíduo que comete violência é antes de tudo violentado por um sistema produtivo tirano e desigual, por um Estado que defende os interesses da minoria elitista e detentora da propriedade privada dos meios de produção. Desta forma, os fatores individuais determinantes da violência existem e não podem ser negados, mas até mesmo estes, em muitos casos são gerados dentro do ciclo da violência estrutural.

Considerando a sociedade brasileira, com as múltiplas expressões da questão social presente no seu cotidiano, é importante retratar a violência estrutural³ na discussão sobre violência intrafamiliar, a forma que as vítimas são acolhidas, as razões pelas quais ocorrem, entre outras.

Sendo assim, é importante ressaltar que “a violência estrutural, existente no cerne da sociedade capitalista, não somente mantém relação com a questão social e suas expressões, como é responsável pela sua existência.” (CAVALLI, 2009, p. 9)

De acordo com Mendes et al (2005, p3) os “comportamentos violentos também são classificados a partir de seu conteúdo, sendo eles: a violência física, a violência psicológica, a violência sexual e a negligência.” Sendo assim, é importante descrever cada tipo de violência, para compreender como as crianças e adolescentes com deficiência intelectual e as autistas são atingidas. Minayo (2005), descreve esses comportamentos como natureza da violência, e descreve a violência/abuso física da seguinte forma:

³ A discussão sobre violência estrutural será realizada num momento futuro, no qual será pesquisada com maior profundidade.

O termo abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem (BRASIL, 2001). A violência física costuma ocorrer em todos os ambientes sociais. Mas é muito importante saber o impacto que ela tem para crianças e adolescentes no espaço familiar ou nas instituições ditas de proteção.

O abuso físico está presente em diversos espaços familiares, este historicamente esteve ligado ao ato de educar, de punir por alguma “malcriação”. Conforme Assis e Deslandes (2006, p.47) “o conceito traz embutida a noção de poder e controle em que uma pessoa mais velha, mais forte ou mais influente tenta obter o que deseja, impingindo tortura, terror e dor.”

As autoras afirmam ainda que o termo abuso físico é utilizado para “caracterizar o uso da força física contra crianças e adolescentes, como forma de ensinar algum comportamento, como meio de resolução de conflitos e como mecanismo de estabelecimento de relações de subordinação.” (ASSIS E DESLANDES, 2006, P.47)

Sobre violência psicológica Minayo (2005, p.22) descreve sendo aquela que “nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social.” E relata que esse tipo de violência traz como consequência um efeito devastador na vida das crianças e adolescentes, afirmando que, “muitos estudos mostram que a baixa autoestima pode estar associada à formação de personalidades vingativas, depressivas e a desejos, tentativas ou mesmo execução de suicídios.”

No âmbito familiar a violência psicológica acontece com frequência na condução educacional de crianças e adolescentes, “muitas vezes criando um clima familiar desrespeitoso, que tende a se estabelecer como mecanismo de resolução de problemas familiares” (ASSIS E AVANCE, P.59)

A importância de se diagnosticar, prevenir e compreender as consequências da violência psicológica está no fato de que impede significativamente o desenvolvimento psicossocial da criança ou do adolescente. Afeta o desenvolvimento da auto-estima, do autoconceito, da competência social e da capacidade da criança e do adolescente

estabelecer relações interpessoais. (2006, ASSIS E AVANCE, P.59)

No estudo realizado pelas autoras Assis e Avance, é apontado características específicas de diversas formas de violência psicológica, salientando inclusive escassez de pesquisas e dados que abordem especificamente a violência psicológica no Brasil. As autoras trazem a seguinte tipificação

(a) rejeitar: o adulto se recusa a reconhecer o valor e a legitimidade das necessidades infantis; (b) isolar: o adulto exclui a criança de experiências normais, a impede de estabelecer amizades e a faz acreditar que está só no mundo; (c) aterrorizar: o adulto agride verbalmente a criança, cria um clima de medo, humilha e amedronta a criança e a faz acreditar que o mundo é imprevisível e hostil; (d) ignorar: o adulto nega estímulo e responsabilidade para com a criança, reprimindo seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual; (e) corromper: o adulto socializa erroneamente a criança, estimulando-a a se engajar em comportamento anti-social destrutivo, reforçando o desvio das normas sociais e a fazendo adotar atitudes impróprias para a vida social (ASSIS E AVANCE 2006, P.59 APUD GARBARINO 1986).

Diferente da violência psicológica, há de diversas pesquisas sobre a violência sexual, porém, é preciso ressaltar que conforme Martelli (2013, p.69) “a discussão pública no Brasil em torno do tema abuso sexual de crianças e adolescentes começou no final dos anos 80 do século XX.” O que a torna recente comparado a outros países como os Estados Unidos que desde a década de 70 debate a temática.

Sobre o conceito de violência sexual Minayo (2005) aponta para além do mesmo, aborda também sobre outros tipos de violência que acabam acompanhando a violência sexual. Conforme a autora:

O abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Estudos mostram que, frequentemente, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual costumam sofrer também outros tipos de violência, como a física e a psicológica; tendem a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima; podem apresentar problemas de crescimento e de desenvolvimento físico e emocional; e tendem a ser mais vulneráveis a ideias e tentativas de

suicídio. (MINAYO, 2005, P.22)

É importante ainda pontuar aqui os tipos de abuso sexual, principalmente por ser uma das formas que mais atinge crianças e adolescentes com deficiência. O qual será discutido mais a diante.

- Abuso Verbal: envolve conversas sexualmente estimulantes que despertam interesse ou que chocam;
- Exploração sexual: a vítima é levada manter relações sexuais em troca de pagamento ou outros ganhos (alimento, vestimenta, brinquedo, etc.);
- Estupro: violência física com penetração (vaginal);
- Atentado violento ao pudor: ocorre a violência física sem a penetração; a vítima é obrigada a fazer sexo oral, anal ou outros atos libidinosos;
- Exibicionismo: exposição da genitália para provocar reações adversas, de choque na vítima.
- Voyerismo: 'Voyeur' é uma palavra em francês e significa observador oculto, escondido que sente prazer em observar ações, objetos ou atos sexuais.
- Assédio sexual: somente ocorre nas relações de trabalho e educacionais, nas quais existe uma relação hierárquica entre o molestador e a vítima o agressor para obter vantagens sexuais exerce poder sobre o sujeito de seu desejo; ameaçando-o(a) para conseguir o que quer. (Giselle, 2004, P.38)

E também considerada uma forma de violência, a negligência está presente no cotidiano de muitas crianças e adolescentes, principalmente daquelas que possuem algum tipo de deficiência. O conceito aborda que:

Negligência e abandono - assim são chamadas as omissões de pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. (BRASIL 2002, p.12)

Outro tipo de violência que acomete as crianças e adolescentes com deficiência, é a violência patrimonial, “refere-se a qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos”. (BRASIL 2002, P.57)

Essas são as naturezas das violências que estão presentes na vida de diversas crianças e adolescentes com deficiência intelectual. De acordo com Barros et al (2013, p. 29) “trabalhos internacionais recentes apontam para a maior prevalência de maus-tratos entre crianças e adolescentes com diferentes categorias de deficiência quando comparados com crianças e adolescentes sem deficiência.” Nesse sentido, iremos abordar no próximo tópico, especificamente os aspectos conceituais da violência intrafamiliar para ser possível compreender como esta as atinge.

Violência intrafamiliar

Como exposto no início deste tópico, está presente no cotidiano brasileiro notícias dos mais diversos tipos de violência nos noticiários, e a violência intrafamiliar é uma delas. Mas o mais comum ainda, é encontrar notícias de violência doméstica, e aí um ponto importante para dialogarmos: qual a diferença entre os termos?

Os termos são aplicados nos mais variados estudos sobre violência contra criança e adolescente. O termo “violência doméstica” prevalece em grande parte das pesquisas, segundo Miura et al (2009, p. 2) “observa-se a preferência do uso do termo Violência Doméstica em detrimento de Violência Intrafamiliar.” Afirmam ainda sobre o conceito mais utilizado sobre a violência doméstica é o seguinte, a:

Violência doméstica contra crianças e adolescentes é todo ato e/ou omissão praticado(s) por pais, parentes ou responsável em relação à

criança e/ou adolescente que – sendo capaz de causar dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma “coisificação” da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (Miura eat all apud Azevedo & Guerra,1995, p. 36)

É possível encontrar ainda a definição de violência doméstica na Lei Maria da Penha. Conceituação extremamente importante visto ser um marco na proteção das mulheres em situação de violência. E aqui por mais que não seja a mulher o público pesquisado, é importante considerar o que traz a legislação:

Art. 5º. [...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano costuma-se defini-la como uma questão de violência intrafamiliar (VIF). A VIF determina um padrão de relacionamento abusivo entre pai, mãe e filho, que leva ao desencontro, à estereotipia e à rigidez no desempenho dos papéis familiares. (Miura eat all apud Ferrari, 2002, grifo da autora, p. 81)

Podemos encontrar ainda a definição pelo Ministério da Saúde:

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra. O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados. (Ministério da Saúde, 2002, p. 15)

No conceito exposto, a violência intrafamiliar não se restringe ao espaço de convivência da família nuclear, e considera outros membros da família, e/ou pessoas que assumam função parental. Retrata ainda a diferença da violência intrafamiliar e a doméstica, pois esta pode incluir aqueles que não fazem parte da família, como trabalhadores, e agregados.

Violência X Pobreza

Antes de iniciarmos a discussão neste tópico, é importante lembrarmos do caminho que percorremos até este ponto da pesquisa. Realizando uma incursão histórica, descrevemos como a forma da sociedade observar as crianças e adolescentes, foi diferente para aquelas que possuíam algum tipo de deficiência. E como a violência esteve presente desde o nascimento das mesmas, quando pior, eram eliminadas ao ser constatado uma deficiência.

Para as crianças e adolescentes com deficiência intelectual, ainda foi uma realidade durante muito tempo durante a história, serem denominadas enquanto perturbadas espiritualmente, mas especificamente possuídas. Mas com o passar do tempo, e o avanço da ciência, da tecnologia, e também dos direitos garantidos constitucionalmente no Brasil, passaram ao menos na normatização legal serem considerados sujeitos de direitos.

Essa diferença da abordagem social que permanece até os dias de hoje entre as crianças com e sem deficiência, pode estar relacionada com o grau de vulnerabilidade que as mesmas se encontram. O que não justifica a violência, porém está conectado com diferentes situações de vulnerabilidades e de risco.

A vulnerabilidade é entendida como o desajuste entre ativos e a estrutura de oportunidades, provenientes da capacidade dos atores sociais de aproveitar oportunidades em outros âmbitos socioeconômicos e melhor sua situação, impedindo a deterioração em três principais campos: os recursos pessoais, os recursos de direitos e os recursos em relações sociais (Rocha, p.2011 apud KATZMAN, 1999).

A vulnerabilidade social está ligada diretamente às manifestações da questão social e conseqüente a violência, contribuindo para que as pessoas com deficiência intelectual, estejam entre as mais suscetíveis a sofrer com a violência, pois elas se

deparam ao longo da sua existência ainda mais com invisibilidade do que demais grupos. Quando é feito um recorte para as crianças e adolescentes a situação é ainda pior, pois se trata de um grupo ainda mais vulnerável e dependente.

Portanto o presente tópico tem como objetivo dialogar sobre como a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes com deficiência, pode inclusive se manifestar como uma expressão da questão social. Faz-se necessário, portanto, traçar uma linha sobre a questão social, bem como discutir sobre a manifestação da questão social que se expressa também como violência intrafamiliar sofrida por crianças e adolescentes com deficiência intelectual.

A questão social surge na sociedade em seu sistema capitalista, no bojo das relações entre capital e trabalho, podendo ser definida como as desigualdades sociais que surgem a partir da divisão social entre as classes. A questão social a partir desse contexto de desigualdade, onde a classe trabalhadora que não detém o poder, somente da sua força de trabalho e do seu trabalho excedente, se manifesta de variadas formas: fome, desemprego, abandono, falta de moradia ou habitação precária, uso e abuso de álcool e outras drogas e violência. O impacto na saúde e na educação também são imensuráveis.

As manifestações imediatas da “questão social” (forte desigualdade, desemprego, fome, doenças, penúria, desamparo frente a conjunturas econômicas adversas etc) são vistas como o desdobramento, na sociedade moderna (leia-se burguesa), de características de toda e qualquer ordem social, que podem, no máximo ser objeto de uma intervenção política limitada (preferencialmente com suporte “científico”), capaz de amenizá-las e reduzi-las através de um ideário reformista. (NETTO, 2006, p. 41).

Esse fenômeno, conforme traz a Iamamoto (2013) não se limita somente ao trabalho, porém tem fortes influências a partir dele. De acordo com Druck (2005), a precarização histórica e estrutural do trabalho, nas várias fases de desenvolvimento do capitalismo, se transforma, se reconfigura, ou seja, se metamorfoseia.

Ainda de acordo com Druck (2005, p.16): “As implicações dessas transformações do trabalho atingem todas as demais dimensões da vida social; a família, o estudo, o lazer, a restrição do acesso aos bens públicos (especialmente,

saúde e educação)”. E essas implicações muitas vezes se revelam a partir das mais diversas de violência. Segundo Santos (2016, p.) “a violência e a criminalidade se manifestam como expressões da questão social e enquanto fenômeno da atualidade que provocam inquietações que perpassam pelo cotidiano afetando todos os cidadãos.” A autora afirma ainda que

Ao ser considerada como ato de privação, violação de direitos humanos e como expressão da questão social, a violência e as suas manifestações também se relacionam com o contexto de desproteção social vivenciado pelos indivíduos em diferentes espaços e relações, sobretudo as decorrentes do mercado de trabalho. Além dos acentuados índices de violência e criminalidade que as estatísticas costumam apresentar, existem indivíduos excluídos do mercado de trabalho ou incluídos de forma precária, que vivem em precárias condições de habitabilidade e infraestrutura, ou seja, privados do acesso aos direitos básicos para sobrevivência. Dessa forma, é preciso considerar as rupturas advindas do processo histórico com contextos e trajetórias específicas, dentre as rupturas identifica-se a ausência do Estado enquanto protetor.

A violência, portanto, tem sido uma das maiores manifestações da questão social na sociedade neoliberal, tendo como grande incidência a violação dos direitos das crianças e adolescentes com autismo, pois quanto maior a pobreza, maior será a violência sofrida pelo indivíduo, nesse sentido a pobreza é uma violência que atinge às famílias, por não contarem com o mínimo de condições para viver uma vida digna. À esta proteção acumula-se a violência intrafamiliar que atinge. Mas por mais que existam relações entre elas, é preciso ressaltar que não é a pobreza que causa a violência.

No entanto, é preciso considerar que a conjuntura brasileira marcada pela concentração de renda e o pelo desemprego estrutural tem contribuído para o aumento da violência, que muitas vezes é utilizada como garantia à sobrevivência. Nesse sentido, é difícil não perceber as inferências das desigualdades sociais, mais amplas do que os contextos de pobreza frente ao estudo de um tema tão sui generis como é o da violência e criminalidade. Santos (2016, p.21)

Se faz ainda mais importante realizar esse diálogo entre a violência enquanto manifestação da questão social, que atinge de uma forma diferenciada as

peças de camadas sociais empobrecidas, que possuem em seu núcleo pessoas com deficiência, pois esta é um fenômeno frequentemente associado à pobreza, com impactos políticos, econômicos, culturais e sociais, e implicações para a sociedade como um todo. Segundo Santos (2020, p.22),

Nas economias em desenvolvimento, em torno de 10% da população possui algum tipo de deficiência e, dessa parcela, menos de 1% tem acesso a qualquer tipo de tratamento ou serviço educacional. No Brasil, dados de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que 6,7% da população brasileira possui algum tipo de deficiência.

As crianças e adolescentes com deficiência intelectual são ainda mais vulneráveis dentre os vulneráveis, pois muitos dos seus impedimentos tornam mais difícil o acesso às políticas públicas. De acordo com Nussbaum apud Pires (2009, p. 393) “quando a desigualdade decorrente das características corporais associa-se à pobreza, o resultado é uma forte desigualdade também das capacidades humanas”.

Violência, a pobreza, e a deficiência quando fruto na sua grande maioria desta, se expressam como manifestações da questão social. Dialogar sobre violência intrafamiliar contra criança e adolescente com deficiência intelectual, é reconhecer as vulnerabilidades que contribuem com a vitimização das mesmas, e que estas decorrem muitas vezes de uma desigualdade social. Como afirma Cavalcante et al (2009, p.46)

Pobreza, desigualdade e exclusão produzem múltiplas vulnerabilidades e, quando associadas à deficiência e ao transtorno mental, perpetuam desvantagens cumulativas, reduzindo as oportunidades e até mesmo o discernimento quanto aos direitos e a forma de acesso a eles.

A deficiência, por si só, já implica na dificuldade de interação social, pois como afirma Pires (2009, p. 394) “o não reconhecimento das relações de dependência deixa as pessoas com deficiência menos hábeis para mover-se em espaço público”. Sendo assim, estas também estão mais suscetíveis a outras

violações de direitos, dentre elas a violência familiar—ou praticadas por outras pessoas.

A violência contra crianças e adolescentes com deficiência se faz presente nas formas clássicas dos diversos tipos de abuso e nos processos de comunicação, organização familiar, institucional e comunitária. A invisibilidade social deste grupo nos leva a supor da sua maior vulnerabilidade face às diversas práticas de violências praticadas. Dados oficiais apontam que crianças e adolescentes com deficiências (13,5% do total das pessoas com deficiência no Brasil) estão mais propensos a terem seus direitos violados. A violência se dá com maior intensidade pela existência de uma importante assimetria de poder entre vítima e agressor, e é agravada quando este grupo populacional tem alguma deficiência. Entre outros fatores encontram-se aqueles associados a questões ambientais e estruturais, a carência de serviços educacionais, de saúde e de reabilitação adequados (CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, 2014)

É importante salientar que o poder que o agressor tem sobre a vítima, agregado a não efetividade das políticas públicas, contribui para que seus direitos sejam mais violados. Em muitos dos casos as crianças e adolescentes com TEA, encontram-se desprotegidas dentro das suas casas, e a violência é um reflexo das múltiplas vulnerabilidades apresentadas pelos mesmos.

A violência sexual, por sua vez, não está distante das crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual.

Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista

A partir da compreensão que a violência intrafamiliar contra criança e adolescente com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA) também se expressa enquanto manifestação da questão social, é necessário dialogar sobre as ocorrências e entender o quão uma família pode ser vítima e algoz a partir dessa perspectiva.

Faz-se necessário, tendo a família como foco, um diálogo sobre as relações

familiares, já que consideramos a historicidade no decorrer dessa pesquisa. Sendo assim, a forma que a família foi se alterando ao longo do tempo, denota como a violência foi tomando destaque, e as legislações foram surgindo, tanto para proteção como para prevenção da mesma. De acordo com Simionato e Oliveira (2003, p. 57)

A família é um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios. (...) a família tem materialidade na convivência entre seus membros. Como processo contínuo de abstração e concretude, ela é a unidade essencial do viver humano, através da qual, ora como pano de fundo, ora como determinante explícito, vão sendo tecidas as especificidades de seus membros.

Inclusive, é válido lembrar o que foi discutido no capítulo anterior, sobre a representação social da criança no espaço familiar, no qual esta nem sempre recebeu a devida atenção, proteção, inclusive do Estado. Historicamente, através de uma sociedade patriarcal o chefe da família exercia certo ou total poder tanto sobre a mulher quanto sobre os filhos. Era o poder econômico/financeiro que definia as relações sociais e conjugais.

Entretanto, a definição de família vem se reajustando a novos paradigmas recebendo inclusive destaque na Constituição Federal de 1988 no artigo 226 quando refere que a família é a base da sociedade e que, portanto, dispõe da proteção especial do Estado.

O conceito de família adotado pela Política de Assistência Social também deve ajudar na reflexão do cuidado familiar. Para esta, família é um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, em que os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações intergeracionais e de gênero (NOB/SUAS, 2012).

É a partir desse conceito, que conduzimos o estudo em torno da violência intrafamiliar. Observar a relação de classes como fator nesse caso, se faz

essencial considerando a sociedade brasileira, e as mais diversas expressões da questão social presente nela.

A violência sexual contra crianças e adolescentes, geralmente ocorre no contexto intrafamiliar envolvendo parentes que vivam ou não sob o mesmo teto, mesmo espaço, podendo estas serem parentes consanguíneos ou não, a exemplo, de padrasto/madrasta, ou responsáveis legais (BRASIL, 2004). Cabe salientar, que há uma relação de poder e coerção por parte do agressor/abusador, dessa forma, torna-se difícil romper com o silêncio, podendo o abuso ocorrer durante anos, visto que, a violência praticada é por uma pessoa na qual a criança ou adolescente conhece e convive.

Conforme afirmativa de Santos e Ippolito (2009, p.29):

Na maioria dos casos, o autor da agressão é uma pessoa que a criança conhece em quem confia e a quem, frequentemente ama. O abusador quase sempre tem uma relação de parentesco com a vítima e dispõe de certo poder sobre ela, tanto do ponto de vista hierárquico e econômico (pai, padrasto e menos eventualmente a mãe), quanto ao ponto de vista afetivo (irmãos, primos, tios e avós).

Nesse contexto, combater esse tipo de violência não é uma tarefa fácil por se tratar de um assunto que no seu âmago tem como “pano de fundo” o ambiente familiar, no entanto, é extremamente relevante e demanda certa urgência, haja vista os números de casos que crescem substancialmente, sendo a mesma uma das formas de violência que produz inumeráveis efeitos negativos, podendo perdurar a vida inteira.

Segundo o Balanço Geral do **Disque 100**, divulgado pelo Ministério dos Direitos Humanos entre 2011 e 2018 foram **191.679** mil queixas de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017 foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45%) contra adolescentes, o que representa 76,5% do total. As notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) indicam que a violência sexual é a segunda agressão mais frequente ao público infantojuvenil e corresponde a 20% do total de atendimentos, com concentração de vítimas na faixa de 5 a 14 anos de idade. (Ministério da Saúde, jun. 2018)

É pertinente destacar, que tal violência atinge a todas as classes sociais, reafirmando a ideia que a mesma ocorra apenas com vítimas pertencentes a famílias de baixa renda. Importante esclarecer que nas camadas sociais de nível econômico superior, a maioria das situações de violência, são “abafadas” mantidas no âmbito da própria família, (BRASIL, 2004). Outro aspecto a ser levado em consideração refere-se às diversas consequências do abuso sexual, podendo estas serem mais ou menos drásticas de acordo com a idade do início do abuso e com a diferença de idade entre o agressor e vítima, assim como o grau de proximidade entre ambos, duração dos abusos, nível de violência, entre outros.

As crianças e adolescentes vítimas do abuso sexual podem apresentar sequelas dos problemas físicos gerados pela violência sexual, dificuldade de manterem uma vida sexual saudável ou tendência de supersexualizarem os relacionamentos sociais, além de haver maior propensão ao engajamento em trabalho sexual (prostituição) viciação em substâncias lícitas e ilícitas (BRASIL, 2004, p.52,53)

As crianças e adolescentes com deficiência intelectual, assim como com TEA demandam uma atenção complexa e contínua desde o nascimento. Segundo Pfeiffer (2004, p.117) “as famílias de crianças com deficiência costumam se queixar que, a partir de seu nascimento, os relacionamentos pioraram e, por culpá-las, transformam-nas em frequentes vítimas de maus-tratos.”

A família que recepciona essas demandas, quase sempre não estão preparadas para administrar tudo o que uma criança com transtorno do espectro autista (TEA) deficiência intelectual (DI) exige. Silva et al (2001, p.137, apud Ali et al 1994) retrata vários fatores específicos que diferenciam a realidade de uma família com crianças e adolescentes com e sem deficiência intelectual:

(a) o tempo – os genitores gastam muito tempo no cuidado e atenção às suas crianças deficientes, reduzindo seus contatos sociais e culturais; (b) os recursos financeiros – os genitores arcam financeiramente com a maioria dos atendimentos à sua criança; (c) os limites sociais e psicológicos – as atitudes da sociedade em relação às pessoas com deficiência mental,

geralmente, não são positivas.

A partir disso, é possível refletir na realidade das famílias pauperizadas, e como estas irão agir, ou como terão o suporte necessário para atender a essas demandas em especial. Como já mencionado no tópico anterior, não se deve confundir criminalidade/violência com pobreza, ambos não são sinônimos e nem mantêm relação direta. Sobretudo, o objetivo em questão nesse estudo, é compreender, como a violência atinge as crianças e adolescentes com TEA, pertencentes às famílias pauperizadas, e quais as especificidades desses casos, sendo assim é preciso ter um olhar macro para essa realidade, numa perspectiva de totalidade.

A família “maltratante” é compreendida como “partícipe de um problema que envolve uma complexidade de determinantes culturais, sócio-psicológicos, econômicos, religiosos e psiquiátricos, cujas diferenças regionais interferem na sua compreensão” (DESLANDES 1994, P.178 APUD SANTOS, 1991).

O que já vimos até então é que historicamente, é que a construção social da infância e da adolescência se deu de forma diferente para aquelas que possuem algum tipo de deficiência intelectual. E aqui devemos ressaltar inclusive, que a condição de pobreza é uma dos fatores que contribuem para o nascimento de crianças com algum tipo de deficiência intelectual, assim como o TEA.

A pobreza e a desigualdade social estão relacionadas à deficiência Intelectual por fatores orgânicos e psicossociais. Estudos indicam que o baixo nível socioeconômico, desnutrição das mães e crianças, falta de saneamento básico, acesso aos atendimentos de saúde, falta de conhecimentos, uso de drogas, exclusão, complicações e demora no parto abandono social e a carência afetiva podem diminuir a intelectualidade do indivíduo. (RIBEIRO, 2017, p. 5)

Sendo assim, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes com TEA, apresentam particularidades quando se trata de famílias pauperizadas. Estas

vão se deparar com a violência em todas as formas, e nas mais diversas naturezas: física, psicológica, sexual e a negligência, como veremos adiante.

As condições específicas da deficiência muitas vezes contribuem para facilitar o ato do abusador, conforme afirma Pfeiffer (2004, p 119) “os agressores confiam no descrédito que uma denúncia vinda de pessoas com *problemas mentais* provocaria para mantê-las indefinidamente como seus objetos de gratificação sexual.” Sendo assim, a violência sexual atinge de uma forma muito particular as crianças e adolescentes com DI e TEA.

A autora retrata sobre a dificuldade em relação à compreensão do abuso pela criança ou adolescente com alguma deficiência intelectual. Este acaba sendo “frequentemente submetido à violência sexual reiterada, dificilmente descoberta, que só é desmascarada quando de um acontecimento extraordinário, como no caso do surgimento de uma gravidez.” (PFEIFFER, 2004, P.117) O que contribui para as altas taxas,

Considerando a população mundial, estima-se que entre 40% a 68% das mulheres com deficiência tenha sofrido alguma situação de violência sexual até os 18 anos. Na população brasileira, há estimativa de que até 90% das mulheres com deficiência vivenciem algum estilo de violência sexual ao longo de sua vida (MENDES E DENARI, 2021, P. 3 APUD ABRAÇA, 2016).

Pfeiffer (2004, p.118) aponta ainda que “considera-se como de maior risco para o abuso sexual o companheiro da mãe, em seguida, figuras como: o pai, tios, avôs, irmãos e parentes próximos, tanto no sexo masculino como feminino.” O que configura na maioria das vezes uma violência intrafamiliar, como retrata Rocini e Nascimento (2012, p.4) numa denúncia de um Boletim de Ocorrência “que uma menina de oito anos, autista, estava hospitalizada “com laceração vaginal e anal”. As autores compartilham o relato da mãe que comunicou o seguinte:

Recorte (1) do relato da mãe: [...] QUE, é mãe de [criança] de oito anos [...]QUE, [criança] tem autismo e não fala nem se comunica por meio de gestos e é muito agitada, sendo que todas as noites tem que tomar um remédio de nome[...] para conseguir dormir, sendo que este remédio também é anti convulsivo,[...] QUE, neste hospital um médico examinou

[criança] e disse a testemunha que ela havia sido abusada sexualmente, ao que a testemunha ficou desesperada; QUE, até então a testemunha achava que [criança] estava menstruando precocemente ou que tivesse subido em um tanque e caído, pois costuma fazer isso; QUE, houve uma época que [criança] estava com mania de colocar a mão por dentro da calcinha e colocar o dedo na vagina, sendo que a testemunha a repreendia e ela parou de fazer isso; QUE, a testemunha pensa que a última vez que fez isso foi há uns dois meses; [...] [sic] QUE [...] é amasiada com [acusado] há quatro anos [...] QUE, [amásio] costuma passar as noites na casa da testemunha mas não reside lá [...] QUE, é de costume que durmam separados da maneira descrita [...] QUE, a última vez que manteve relações sexuais com [amásio] foi há dois meses; QUE, a testemunha não acredita que [amásio] tenha abusado de [criança], sendo que acha que pode ter acontecido algo na APAE ou que dois pedreiros que estão trabalhando numa obra perto de sua casa possam ter feito algo com ela [...] (Auto 1).

No relato apresentado pelas autoras, a mãe retrata também as vulnerabilidades da criança com TEA, como por exemplo, que esta não fala, que não se comunica com gestos, e que toma remédios para dormir. Como afirma Rocha et al (2018, p.8), “pelo despreparo e falta de conhecimento adequado sobre o autismo, correm maior risco de violência, lesões e abusos”, o que representa uma suscetibilidade maior a sofrer a violência sexual.

E assim como esse relato, outros casos foram denunciados por jornais, como é o caso noticiado pelo Correio dos Campos no dia 22 de novembro de 2022, da cidade de Campos Gerais, do Estado de Minas Gerais, “suspeito de estuprar enteada com autismo é preso ao tentar fugir por sacada em Ponta Grossa”. O jornal não aborda mais detalhes do caso, porém é uma importante denúncia de violência sexual intrafamiliar.

Foram encontradas outras notícias jornalísticas recentes sobre abuso e violência sexual contra crianças e adolescentes com TEA. Os casos relatados não tratam especificamente de violência intrafamiliar, mas apontam a vulnerabilidade destas em outros espaços sociais.

Visto isto, por entender que a violência sexual contra crianças e adolescentes se constitui uma das expressões da questão social, todos têm a responsabilidade de colaborar com as ações de enfrentamento, algo que requer a participação efetiva dos diversos atores sociais, seja o Estado, sociedade civil e a família, estruturando situações de prevenção e atendimento integral à vítima. Nesse sentido é importante destacar que o Estatuto da Criança e Adolescente trata da comunicação obrigatória

sendo que se não realizada, deve haver uma penalidade, como podemos ver a seguir,

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Sendo assim, cabe destacar o papel relevante da escola nas ações de enfrentamento, tendo em vista que a mesma também tem a incumbência de proteger, bem como a obrigação de comunicar aos órgãos competentes qualquer caso que sinalize suspeita ou confirmação de violência.

Nesse sentido, ao considerar a desigualdade de classes, é possível observar que a situação de pobreza impacta para o aumento das vulnerabilidades relacionadas à violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes com deficiência intelectual. Visto que já vimos que inclusive o próprio surgimento das deficiências está intrinsecamente ligado às questões biopsicossociais.

CONCLUSÃO

Observando o contexto histórico que envolve o tema violência sexual contra crianças e adolescentes, assim como as formas de violências e, por conseguinte a importância dos serviços de enfrentamento. Percebeu-se que a partir de conquistas como a ECA, em 1990, é que crianças e adolescentes passam a ter garantido seus direitos.

Os direitos das crianças e adolescentes com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e com deficiência intelectual (DI), estão previstos tanto na Constituição de 1988, quanto na lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 e nas mais diversas legislações apontadas aqui neste estudo. Se torna um desafio fiscalizar os a violência sexual intrafamiliar, visto que, para além das condições específicas da deficiência e do autismo, a pauperização implica num contexto social que reflete na precariedade de moradia e infraestrutura, ou seja, como afirma Santos (2016) contribui para a privação dos direitos básicos de sobrevivência.

Apesar das discussões em torno dos direitos da criança e do adolescente com TEA e DI, no entanto, a garantia de tudo o que está posto na lei, ainda de fato não se evidencia na realidade, embora com todo aparato legal e institucional, no que se refere a ações preventivas, como instituições públicas de atendimento às vítimas de abuso, articulada aos órgãos de proteção que compõem o sistema de garantia de direitos.

Nessa perspectiva, Faleiros (2000) esclarece, que mesmo, os direitos humanos da criança e do adolescente estejam incluídos em declarações universais, tratados internacionais e legislações específicas, como no caso do Brasil, constata-se na prática uma visível contradição, visto que, tais direitos não são garantidos. Efetivamente, existe um longo caminho a percorrer, enquanto isso, tais crianças e adolescentes têm seus direitos violados cotidianamente não só no país como em muitas partes do mundo.

Pelo exposto é possível analisar que a garantia dos direitos das crianças e adolescentes não é só dever do Estado, mesmo esse sendo o responsável pela efetivação das políticas públicas. Que de acordo com Iamamoto (2001), o primeiro

projeto, de caráter universalista e democrático, informa a concepção da seguridade na Constituição de 1988.

Compete também a família e a sociedade, garantir o bem-estar, proteção e colaborar com a igualdade e isso inclui crianças e adolescentes com deficiência, ou seja, com TEA e DI. Porém, é no espaço familiar que muitas destas sofrem violência sexual, sendo assim, este que deveria ser um lugar de acolhimento se torna um ambiente de sofrimento.

No entanto, a família que nos casos de violência é algoz, quando ocorridos em classes pauperizadas, estas se tornam também vítimas de uma violência. Um violência macro, que desapropria, que é cruel, que traz riscos imensuráveis, e que a tornam, ainda mais vulneráveis, uma violência estrutural, que impede que a mesma alcance os direitos básicos de existência.

Portanto, a violência sexual intrafamiliar que se expressa como questão social na vida de crianças e adolescentes, precisa efetivamente da intervenção dos organismos competentes, Ministério Público, conselho tutelar, sistemas de justiça, entre outros. Faz-se assim necessário promover uma permanente articulação política no âmbito da sociedade civil organizada para definir propostas e estratégias comuns ao campo democrático. (IAMAMOTO, 2001). É necessário pensar na violência como manifestação da questão social e como ela pode ser múltipla, afetando também pessoas com deficiência, incluindo crianças e adolescentes, que estão entre os mais vulneráveis.

Apesar dos poucos estudos e dados sobre essa violência no Brasil, como afirmam as autoras, Barros (2013) Cavalcante (2009), Garghetti (2013), Pfeiffer (2004), entre outros(as), nota-se que a efetivação das legislações que visam proteger esse grupo, também está no bojo das políticas sociais em tempos neoliberais, sendo esse um grande desafio para a garantia dos direitos previstos nas leis, o que inclui uma vida sem nenhum tipo de violência. Sendo importante ressaltar ainda, que a escassez de dados, reflete a necessidade de fomentar pesquisas na área, destacando então, a relevância desse estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. M. B. G.. De olho na rua: o Axé integrando crianças em situação de risco. Salvador: UFBA, 2003. 317p .

AMARAL, L. A. Pensar a diferença/deficiência. Brasília, DF: CORDE, 1994.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Educação Inclusiva: a escola. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Especial, 2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, Joviana Quintes ; PESCE, Renata Pires ; PIRES, T. O. ; Gomes, DL . Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 17, p. 2305-2317, 2012.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, Suely Ferreira . Abuso físico em diferentes contextos da socialização infanto-juvenil. In: Ministério da Saúde; Unicef. (Org.). Violência faz mal à saúde de crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. , p. 47-58.

BARROS, Ana Cláudia Mamede Wiering de; BASTOS, Olga Maria ; PONE, Marcos Vinicius da Silva ; DESLANDES, Suely Ferreira . A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 18, p. 1493-1500, 2013.

BERALDO, F. N. M.. " Sexualidade na Escola". Psicologia Escolar e Educacional, 2001 (Resenha Científica).

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] Republica Federativa do Brasil Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. 2008. Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>.

_____. Decreto n.º 914, de 06 de setembro de 1993. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm>. Acesso em: 23 jul. 2022.

_____. Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 25 jun. 2022.

_____. Decreto n.º 3.956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm>. Acesso em: 18 jan. 2022.

_____. Decreto n.º 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência.

_____. Decreto 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm>. Acesso em: 18 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: - orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Boletim Epidemiológico, [Brasília], v. 49, n. 27, jun. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

CAIADO, KRM. Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiências: destaques para o debate sobre a educação. Revista Educação Especial (UFES), v. 22, p. 329-338, 2009.

CANO, M. A. T.; SALOMÃO, R. ; SILVA, M. A. I. . Sexualidade na adolescência na percepção dos pais sob a perspectiva de Foucault. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, p. 1-30, 2013.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza . Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 14, p. 57-66, 2009.

CAVALLI FRANÇA, M.. Violência Estrutural. Enfrentamentos para o Serviço Social?. Revista Intertemas, v. 5, p. 1-21, 2009.

DESLANDES, S. F.. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 177-187, 1994.

DRUCK, M. G.. Flexibilização e Precarização do Trabalho: Novas formas de dominação social e política. In: ?Flexibilização e Precarização do Trabalho: Novas formas de dominação social e política, 2005, Porto Alegre. Grupo de Trabajo 19: Reestructuración productiva, trabajo y dominación social?, 2005.

DUARTE, Juliana. C.V. Gravidez na Adolescência 2011. Monografia (Especialização em Saúde para Professores do Ensino fundamental e Médio) - Universidade Federal do Paraná.

EISENSTEIN, E.. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde* (UERJ), Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p. 6-7, 2005.

ERIKSON, E.H. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão; Saraiva, Luiziane Silva ; Santos, Saulo Ribeiro dos . A Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência e sua contribuição para a inclusão em destinos turísticos. *Cidadania, Poder e Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito* 2. 2ed.: Atena Editora, 2020, v. , p. 18-24.

FERNANDES, L. B; SCHLESENER, A H. Breve Histórico da Deficiência e seus Paradigmas. *Nepim*, v. 02, p. 132-144, 2011.

FREITAS, P. M.; NISHIYAMA, P. B. ; RIBEIRO, D. O. ; FREITAS, L. M. . Deficiência intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos. *Pedagogia em Ação* (PUC-MG), v. 8, p. 1, 2016.

GUGEL, M. A. A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade. Disponível em: http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php
Acesso em: 10 de outubro de 2022.

IAMAMOTO, M.V. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais, *Ser Social*, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013

KAHHALE. E. M. S. P, et al. Assistência Multiprofissional à adolescente grávida: dificuldades somato-psico-sociais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.8, n.2, p. 4-9, 1997

LEITE, F. P. A. A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: amplitude conceitual - a busca por um modelo social. *Revista de Direito Brasileira*, v. 1, p. 31-53, 2012.

LIRA, Solange M. de Escolarização de Alunos Autista; *Historias de Sala de Aula*.2004.151 LOPES-HERRERA, Simone A. Avaliação de estratégias para desenvolver habilidades comunicativas verbais em indivíduos com autismo de alto funcionamento e síndrome de 37 Asperger. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004

LORENZI, G. W.; FISCHER, R. M. . Atuação dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares no Brasil: panorama atual e desafios futuros. In: VI Conferência ISTR - Bahia, 2006, Salvador - BA. não informado. não informado: não informado, 2007. v. 11. p. 11-11.

LYNNE ; Magnani, ROBERT. J . Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health JCR* , São Paulo, v. 37, n.5, p. 566-575, 2003.

MARCONDES, N. A. V; TOLEDO, M. F. M. . *Teoria Social Crítica: práxis e*

polêmicas. Revista UniVap, v. 20, p. 171-182, 2014.

MARTELLI, A. C.. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: o que a escola tem a ver com isso?. In: III Simpósio Internacional de Educação Sexual, 2013, Maringá. Anais do III Simpósio Internacional de Educação Sexual. Maringá: UEM, 2013. v. 3. p. 1-14.

MESQUITA, G. R.; CHAVES, A. M. . Significado de infância para professores do ensino fundamental. Conhecimento & Diversidade, v. 6, p. 71-86, 2011.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. v. 1.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 19-42.

MIURA, PAULA ORCHIUCCI; SILVA, A. C. S. ; COSTA, M. L. ; NOBRE FILHO, J. N. . Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos ISSN 1807-0310. PSICOLOGIA & SOCIEDADE (ONLINE), v. 30, p. e179670, 2018.

MUUSS, R. E. Teorias da Adolescência. 4. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1974.
_____. Teorias da adolescência. 5. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

NIEHUES, M. R.; COSTA, M. O. . Concepções de Infância ao longo da História. In: 1º Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do sul catarinense / 1º SICT SUL, 2012, Criciúma / SC. Revista Técnico-Científica do IF-SC/ Edição Especial 1º SICT SUL, 2012.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, MAURICIO GOMES . Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, p. 183-184, 2014.

GARGHETTI, F. C.; NUERNBERG, A. H. ; MEDEIROS, J. G. . (Qualis B3)Breve história da deficiência intelectual. Revista Electrónica de Investigación y Docencia, v. 10, p. 101-116, 2013.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GISELLE, C. (2004) ' Horror e Covardia'. Revista Sentidos. (Edição de Aniversário). São Paulo. Áurea Editoria. ANO 5. No. 25. pp. 34-39. Disponível em: www.sentidos.com.br

GODINHO, R.A.; SCHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

GOMES, Camila G. S. Desempenhos emergentes na aquisição de leitura funcional de crianças com autismo. 2007. 198 f. Dissertação (Mestrado em Educação

Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

FERREIRA, G. ; CABRAL FILHO, A. V. . Movimentos Sociais e o Protagonismo das Pessoas com Deficiência. *Ser Social (UnB)*, v. 15, p. 93, 2013.

EGYTO, A. C. Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante. São Paulo: Cortez, 2003.

ERIKSON, E.H. Infância e sociedade. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

LORENZI, G. W.; FISCHER, R. M. . Atuação dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares no Brasil: panorama atual e desafios futuros. In: VI Conferência ISTR - Bahia, 2006, Salvador - BA. não informado. não informado: não informado, 2007. v. 11. p. 11-11.

LORENZI, G. W.; FISCHER, R. M. . Atuação dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares no Brasil: panorama atual e desafios futuros. In: VI Conferência ISTR - Bahia, 2006, Salvador - BA. não informado. não informado: não informado, 2007. v. 11. p. 11-11.

MANTOAN, Maria T. E.; In: MANTOAN, Maria T. E.; PRIETO, Rosângela G.; AMORIM, Valéria Inclusão Escolar: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus, 2006, p. 16- 23.

PAULO NETTO, José. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

PÁDUA, E. M. M. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PIRES, F. L. Deficiência e mobilidade: uma análise da legislação brasileira sobre gratuidade no transporte público. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 8, p. 391-408, 2009.

PFEIFFER, Luci. Portadores de deficiência e de necessidades especiais: duplamente vítimas de violências e discriminações. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO, R. S.. Educação e Pobreza: olhares a partir de resultados de pesquisa. 1ª. ed. Curitiba: Appris, 2017. v. 1. 281p .

RIOS, CLARICE. -Nada sobre nós, sem nós? O corpo na construção do autista como sujeito social e político. *Sexualidad, salud y sociedad (Rio de Janeiro)*, p. 212-230, 2017.

RIZZINI, Irene; MENEZES, C.D. de. . Crianças e adolescentes com deficiência mental no Brasil: panorama da leitura e dos dados demográficos. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: CIESPI, 2010. v. 1. 105p .

ROCINI, M. S.; NASCIMENTO, C. A. G. S . Poder e exclusão: representações discursivas sobre sujeitos-vítimas de violência sexual. In: III Simpósio Nacional I Simpósio Internacional: Discurso, identidade e sociedade, dilemas e desafios na contemporaneidade, 2012, Campinas-SP. Programa e resumos, 2012. p. p30-p.30.

ROCHA, M. V.; Mesquita, Ana Carolina da Costa de . Liberdade sexual; autismo e a disposição do próprio corpo. DUC IN ALTUM CADERNOS DE DIREITO, v. 10, p. 07, 2018.

ROCHA, Simone R.. O Marco conceitual da Vulnerabilidade Social. Serviço Social em Debate, v. 17, p. 2940, 2011.

SANTOS, g. m.; NASCIMENTO, g. p. s. e. ; BASTOS, s. a. . A violência como expressão da questão social e suas manifestações em contextos peculiares de desenvolvimento humano.. in: v congresso em desenvolvimento social, 2016, montes claros. a violência como expressão da questão social e suas manifestações em contextos peculiares de desenvolvimento humano., 2016.

SANTOS, B.R.; Ippolito, R. Guia de Referência: Construindo uma cultura de prevenção à violência sexual. São Paulo: Childhood – Instituto WCF-Brasil: Prefeitura da cidade de São Paulo. Secretaria de Educação, 2009.

SILVA, Carla Regina ; LOPES, R. E. . Adolescência e Juventude: Entre Conceitos e Políticas Públicas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 17, p. 87-106, 2009.

SIMIONATO, Marlene Aparecida Wischral & OLIVEIRA, Raquel Gusmão. Funções e transformações da família ao longo da História. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov./2003.

SOARES, I. F. Z.; CAVALCANTE, R. R. V. . Deficiência Intelectual. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, IACAPAP,, 2015

SOARES, L. E.; CARNEIRO, L. P.. Os quatro nomes da violência: um estudo sobre éticas populares e cultura política. In: Violência Política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Relumi Dumará: ISER, 1996.

TÉDDE, Samantha. Crianças com deficiência intelectual: a aprendizagem e a inclusão / Samantha Tédde. – Americana: Centro Universitário Salesiano de São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração dos direitos das pessoas deficientes. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

_____. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Disponível em: <<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

WILLIAMS, L. C. A.. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v. 9, n.2, p. 141-154, 2003.

ANEXO I - 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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

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

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

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

§ 3º Os estabelecimentos públicos e privados referidos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, poderão valer-se da fita quebra-cabeça, símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista, para identificar a prioridade devida às pessoas com transtorno do espectro autista. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

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

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para

as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

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

IV - (VETADO);

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

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

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

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 3º-A. É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 1º A Ciptea será expedida pelos órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante requerimento, acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

II - fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm) e assinatura ou impressão digital do identificado; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 2º Nos casos em que a pessoa com transtorno do espectro autista seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiro ou solicitante de refúgio, deverá ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório (DPRNM), com validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 3º A Ciptea terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com transtorno do espectro autista em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 4º Até que seja implementado o disposto no caput deste artigo, os órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista deverão trabalhar em conjunto com os respectivos responsáveis pela emissão de documentos de identificação, para que sejam incluídas as necessárias informações sobre o transtorno do espectro autista

no Registro Geral (RG) ou, se estrangeiro, na Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou na Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), válidos em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6º (VETADO).

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2º (VETADO).

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Henrique Paim Fernandes

Miriam Belchior

ANEXO II - LEI Nº 13.977, DE 8 DE JANEIRO DE 2020

Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei, denominada “Lei Romeo Mion”, altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania), para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita.

Art. 2º A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º

§ 3º Os estabelecimentos públicos e privados referidos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, poderão valer-se da fita quebra-cabeça, símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista, para identificar a prioridade devida às pessoas com transtorno do espectro autista.” (NR)

“Art. 3º

§ 1º

§ 2º (VETADO).” (NR)

“Art. 3º-A . É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

§ 1º A Ciptea será expedida pelos órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante requerimento,

acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II - fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm) e assinatura ou impressão digital do identificado;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

§ 2º Nos casos em que a pessoa com transtorno do espectro autista seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiro ou solicitante de refúgio, deverá ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório (DPRNM), com validade em todo o território nacional.

§ 3º A Ciptea terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com transtorno do espectro autista em todo o território nacional.

§ 4º Até que seja implementado o disposto no caput deste artigo, os órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista deverão trabalhar em conjunto com os respectivos responsáveis pela emissão de documentos de identificação, para que sejam incluídas as necessárias informações sobre o transtorno do espectro autista no Registro Geral (RG) ou, se estrangeiro, na Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou na Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), válidos em todo o território nacional.”

Art. 3º O caput do art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania) , passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VII:

“Art. 1º

VII - o requerimento e a emissão de documento de identificação específico, ou segunda via, para pessoa com transtorno do espectro autista.” (NR)

Art. 4º (VETADO).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de janeiro de 2020; 199º da Independência e 132º da República.