

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
NÍVEL DOUTORADO

ANIÊ COUTINHO DE OLIVEIRA

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE RISCO DE AUTISMO: O RISCO  
DO RISCO**

PORTO ALEGRE

2017

Aniê Coutinho de Oliveira

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE RISCO DE AUTISMO: O RISCO  
DO RISCO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Roberto Baptista

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Anié Coutinho  
Identificação precoce de sinais de risco de  
autismo: o risco do risco / Anié Coutinho Oliveira. -  
- 2017.  
152 f.

Orientadora: Claudio Roberto Baptista.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-  
Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Autismo. 2. Identificação precoce. 3. Sinais de  
risco. 4. Educação Inclusiva. 5. Saúde Mental. I.  
Baptista, Claudio Roberto, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

“No jardim de sua casa, um menino de quase 3 anos e sua avó, iluminados pelo sol, sentados no gramado, estão brincando. Um em frente ao outro. Entre ambos, a terra, uns brinquedos e a luz do sol. De repente, o menino ergue a cabeça e, olhando para os olhos da avó, diz entusiasmado:

*– Olha! Olha! Estou eu, aqui, pequenininho, dentro dos teus olhos!... Olha!*

Faz-se um instante de silêncio. A avó, cheia de alegria pela descoberta da criança, não pode corresponder ao pedido para ver o mesmo que ele vê e diz:

*– Mas eu não posso te ver em meus olhos, mas...vamos ver... vamos ver... posso me ver bem pequenininha em teus olhos grandes!*

A criança e a avó seguem brincando no gramado.

Cena nova: necessita do outro humano para se produzir. Nova cena, para além do espelho. Saindo do espelho e atravessando-o. Nova cena, produtora de diferenças. Criada no espaço “entre”. Espaço de diferenciação. Espaço de jogo.

Nova cena, fugaz e marcante pela alegria do encontro consigo mesmo. Cena nova, efêmera e pungente pela surpresa de se descobrir (no outro) diferente.

O menino constrói a cena. Ele chama a atenção do adulto e este deve aceitar ver-se pequenino e transformado.

Nova cena. Metáfora da transferência.

Nova cena: requer que o outro humano empreste seu olhar.

Cena efêmera: sua duração é o instante do descobrimento, a partir daí, dirige-se ao mundo.” (FERNANDEZ, 2012, p.23).

Com o final do doutorado, encerro apenas mais um ciclo de minha vida. Assim, gostaria de agradecer profundamente àqueles que participaram dele, emprestando o seu olhar para que eu me enxergasse e pudesse me construir um pouco mais. Tenho certeza de que cada um (a) sabe como o fez.

Pelotas, inverno de 2017.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar e discutir a identificação precoce de sinais de risco de autismo. Caracterizada como uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, a investigação realiza uma análise da produção científica sobre o tema, tomando como eixos analíticos suas tendências, tensões e lacunas. Pesquisas epidemiológicas apontam para o crescimento do número de casos dessa síndrome. No âmbito escolar, também tem sido frequente a preocupação dos professores em relação ao aumento do número de matrículas desses alunos. Há estudiosos que se referem a uma epidemia devido ao grande crescimento da prevalência dessa síndrome em um curto espaço de tempo. Apesar disso, as possíveis motivações explicativas sobre a ocorrência desse aumento tendem a ser alvo de grandes controvérsias. Ao longo da tese, procurou-se conferir prioridade aos percursos teórico-metodológicos condizentes com a compreensão complexa do fenômeno pesquisado, com base nas reflexões atinentes à Educação Especial e à Saúde Mental, por meio de referencial teórico vinculado à abordagem sistêmica representada por autores como Gregory Bateson e Humberto Maturana. A análise do conhecimento acerca do tema central da pesquisa colocou em evidência a dimensão histórica, as diferentes ênfases conceituais, além do debate relativo aos sistemas de classificação diagnóstica implicados no processo de identificação precoce de risco. Discutiu-se o conceito de risco em saúde mental e, em modo particular, o sentido de risco de autismo em momentos iniciais da infância. Assim, torna-se possível reconhecer a pertinência de uma ampla gama de questões, entre elas: como tem ocorrido a identificação precoce de sinais de risco de autismo? Quais premissas podem ser identificadas como integrantes dessas práticas? Quais as características constitutivas ou predominantes dos processos de investigação e qual o papel atribuído à ação do investigador ou do profissional que a realiza? A identificação precoce tem contribuído para o aumento da prevalência dos casos de autismo no Brasil? Quais seriam os caminhos escolares trilhados pela criança que é alvo da identificação e intervenção precoces? Ao analisar tais questionamentos, demos destaque para a dimensão que define como foco os processos de identificação e seus nexos com a prática pedagógica que orienta as intervenções. Evidenciamos que diversos estudos têm destacado a imprescindibilidade da identificação precoce de sinais de risco de autismo para que se tenha a oportunidade de intervir previamente, permitindo o melhor aproveitamento da sensível fase do desenvolvimento humano que é o início da vida. As controvérsias relativas à avaliação de sujeitos que apresentam comprometimentos psíquicos podem ser assinaladas como predominantes no que se refere à suposição de uma objetividade e abrangência generalizadora dos procedimentos. Esta investigação analisou o fenômeno do autismo e suas tendências definidoras e descritivas com especial atenção aos processos de identificação da síndrome como um risco na vida da criança, sendo discutidas, ainda, as vantagens e os perigos relacionados à nomeação precoce, a qual se associa a inferências acerca de um desenvolvimento marcado pela possibilidade de um transtorno que age como nexo organizador das relações futuras e da ocupação de espaços sociais como aqueles vinculados à escolarização. Concebendo o autismo como um fenômeno complexo que não pode ser explicado a partir da análise de fragmentos de indícios tomados isoladamente, entendemos que os procedimentos de identificação deveriam ser realizados processualmente.

**Palavras-chave:** Autismo. Identificação Precoce. Sinais de Risco. Educação Inclusiva. Educação Especial. Saúde Mental

## ABSTRACT

The present study had the purpose to analyze and discuss the early identification of signs of autism risk. Characterized as a qualitative bibliographical research, the research performs an analysis of the scientific production on the subject, taking as analytical axes its tendencies, tensions and gaps. Epidemiological researches point to the increase in the number of cases of this syndrome. In the school context, there has also been a frequent concern among teachers about the increase in the number of these students. There are authors who refer to an epidemic because of the great growth of the prevalence of this syndrome in a short time. Despite this, the possible explanatory motivations about the occurrence of this increase tend to be the object of great controversies. Throughout the thesis, we sought to prioritize the theoretical-methodological pathways consistent with the complex understanding of the phenomenon under study, based on the reflections related to Special Education and Mental Health, through a theoretical reference linked to the systemic approach represented by authors such as Gregory Bateson and Humberto Maturana. The analysis of knowledge about the central theme of the research highlighted the historical dimension, the different conceptual emphases, as well as the debate regarding the diagnostic classification systems involved in the process of early identification of risk. The concept of risk in mental health and, in particular, the risk of autism in the early stages of childhood was discussed. Thus, it becomes possible to recognize the pertinence of a wide range of questions, including: how has early identification of signs of autism risk occurred? What assumptions can be identified as part of these practices? What are the constitutive or predominant characteristics of the investigative processes and what is the role assigned to the action of the researcher or the professional who carries it out? Has early identification contributed to the increased prevalence of autism cases in Brazil? What are the school paths that the child is the target of early identification and intervention? In analyzing these questions, we have highlighted the dimension that defines how to focus the processes of identification and their links with the pedagogical practice that guides the interventions. We have shown that several studies have emphasized the indispensability of early identification of signs of autism risk so that we have the opportunity to intervene in advance, allowing the best use of the sensitive phase of human development that is the beginning of life. Controversies related to the evaluation of subjects with psychic impairments can be pointed out as predominant with regard to the assumption of an objectivity and generalizability of procedures. This study analyzed the phenomenon of autism and its defining and descriptive tendencies with special attention to the processes of identification of the syndrome as a risk in the life of the child, and discussed the advantages and dangers related to early naming, which is associated with Inferences about a development marked by the possibility of a disorder that acts as an organizing nexus for future relations and the occupation of social spaces such as those related to schooling. Conceiving autism as a complex phenomenon that can not be explained from the analysis of fragments of clues taken in isolation, we understand that the identification procedures should be carried out procedurally.

**Keywords:** Autism. Early Identification. Signs of Risk. Inclusive Education. Special Education. Mental Health

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar y discutir la identificación precoz de signos de riesgo de autismo. La investigación realiza un análisis de la producción científica sobre el tema, tomando como ejes analíticos sus tendencias, tensiones y lagunas, caracterizada como una investigación bibliográfica de cuño cualitativo. Las investigaciones epidemiológicas apuntan al crecimiento del número de casos de este síndrome. En el ámbito escolar, también ha sido frecuente la preocupación de los profesores en relación al aumento del número de matrículas de esos alumnos. Las investigaciones epidemiológicas apuntan al crecimiento del número de casos de este síndrome. En el ámbito escolar, también ha sido frecuente la preocupación de los profesores en relación al aumento del número de matrículas de esos alumnos. Hay estudiosos que se refieren a una epidemia debido al gran crecimiento de la prevalencia de este síndrome en un corto espacio de tiempo. A pesar de eso, las posibles motivaciones explicativas sobre la ocurrencia de ese aumento tienden a ser objeto de grandes controversias. A lo largo de la tesis, se buscó dar prioridad a los recorridos teórico-metodológicos que concuerdan con la comprensión compleja del fenómeno investigado, con base en las reflexiones concernientes a la Educación Especial y la Salud Mental, por medio de referencial teórico vinculado al abordaje sistémico representado por autores como Gregory Bateson y Humberto Maturana. El análisis del conocimiento sobre el tema central de la investigación puso en evidencia la dimensión histórica, los diferentes énfasis conceptuales, además del debate relativo a los sistemas de clasificación diagnóstica implicados en el proceso de identificación precoz de riesgo. Se discutió el concepto de riesgo en salud mental y, en modo particular, el sentido de riesgo de autismo en momentos iniciales de la infancia. Así, es posible reconocer la pertinencia de una amplia gama de cuestiones, entre ellas: cómo se ha producido la identificación precoz de signos de riesgo de autismo? ¿Qué premisas pueden identificarse como integrantes de estas prácticas? ¿Cuáles son las características constitutivas o predominantes de los procesos de investigación y cuál es el papel atribuido a la acción del investigador o del profesional que la realiza? La identificación precoz ha contribuido al aumento de la prevalencia de los casos de autismo en Brasil? ¿Cuáles serían los caminos escolares trillados por el niño que es objeto de la identificación e intervención temprana? Al analizar tales cuestionamientos, destacamos la dimensión que define como foco los procesos de identificación y sus nexos con la práctica pedagógica que orienta las intervenciones. Evidenciamos que diversos estudios han destacado la imprescindibilidad de la identificación precoz de signos de riesgo de autismo para que se tenga la oportunidad de intervenir previamente, permitiendo el mejor aprovechamiento de la sensible fase del desarrollo humano que es el inicio de la vida. Las controversias relativas a la evaluación de sujetos que presentan comprometimiento psíquico pueden ser señaladas como predominantes en lo que se refiere a la suposición de una objetividad y amplitud generalizadora de los procedimientos. Esta investigación analizó el fenómeno del autismo y sus tendencias definitorias y descriptivas con especial atención a los procesos de identificación del síndrome como un riesgo en la vida del niño, siendo discutidas, además, las ventajas y los peligros relacionados con el nombramiento precoz, la cual se asocia Inferencias acerca de un desarrollo marcado por la posibilidad de un trastorno que actúa como nexo organizador de las relaciones futuras y de la ocupación de espacios sociales como aquellos vinculados a la escolarización. Al concebir el autismo como un fenómeno complejo que no puede ser explicado a partir del análisis de fragmentos de indicios tomados aisladamente, entendemos que los procedimientos de identificación deberían ser realizados procesalmente.

**Palabras Clave:** Autismo. Identificación precoz. Signos de Riesgo. Educación Inclusiva. Educación Especial. Salud mental.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos .....	104
Tabela 2 - Sintomas clínicos obtidos na AP3 .....	108

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 AS TRÊS DIMENSÕES DO PARADIGMA SISTÊMICO .....	24
2.2 SOBRE O CAMINHO METODOLÓGICO .....	28
<b>3 O AUTISMO: COMO CEGOS A DESCREVER UM ELEFANTE.....</b>	<b>34</b>
<b>4 IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE RISCO DE AUTISMO E INTERVENÇÃO PRECOCE: UM GESTO DE LEITURA SOBRE A PRODUÇÃO ACADÊMICO-CIENTÍFICA DA ÁREA .....</b>	<b>45</b>
4.1 AUTISMO E ESCOLARIZAÇÃO .....	51
4.2 IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE: PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	58
4.3 O ENIGMA DO AUTISMO .....	60
4.4 AUTISMO E ATENÇÃO COMPARTILHADA.....	67
<b>5 MARCAS DO DIAGNÓSTICO E PALAVRAS NÃO ESCRITAS: O RISCO DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE ALERTA DE AUTISMO .....</b>	<b>73</b>
5.1 AUTISMO NA ATUALIDADE: UMA EPIDEMIA?.....	74
5.2 O AUTISMO, O HIPERDIAGNÓSTICO E O RISCO DO RISCO.....	77
5.3 O CONCEITO DE RISCO .....	81
<b>6 A INCOMPLETUDE E O RISCO DAS CLASSIFICAÇÕES: O CASO DO DSM .....</b>	<b>88</b>
<b>7 INSTRUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>94</b>
7.1 O SENTIDO DO HUMANO .....	95
7.2 INSTRUMENTOS PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO.....	99
7.2.1 IRDIs: Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil.....	100
7.2.2 O instrumento de validação: a Avaliação Psicanalítica aos Três Anos de Idade (AP3) .....	107
7.3 EARLY SCREENING FOR AUTISTIC TRAITS (ESAT).....	111
7.4 PRO-TEA .....	113
7.4.1 Um novo instrumento: o Protea-R.....	117
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO A -QUADRO REFERENTE ÀS TESES E DISSERTAÇÕES INVESTIGADAS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO B - QUADRO REFERENTE AOS ARTIGOS INVESTIGADOS .....</b>	<b>155</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Há grupos religiosos cuja liturgia consiste de silêncio. Faz alguns anos passei uma semana num mosteiro na Suíça, Grand Champs. Eu e algumas outras pessoas ali estávamos para, juntos, escrever um livro. Era uma antiga fazenda. Velhas construções, não me esqueço da água no chafariz onde as pombas vinham beber. Havia uma disciplina de silêncio, não total, mas de uma fala mínima. O que me deu enorme prazer às refeições. Não tinha a obrigação de manter uma conversa com meus vizinhos de mesa. Podia comer pensando na comida. Também para comer é preciso não ter filosofia. Não ter obrigação de falar é uma felicidade. Mas logo fui informado de que parte da disciplina do mosteiro era participar da liturgia três vezes por dia: às 7 da manhã, ao meio-dia e às 6 da tarde. Estremeci de medo. Mas obedeci. O lugar sagrado era um velho celeiro, todo de madeira, teto muito alto. Escuro. Haviam aberto buracos na madeira, ali colocando vidros de várias cores. Era uma atmosfera de luz mortíça, iluminado por algumas velas sobre o altar, uma mesa simples com um ícone oriental de Cristo. Uns poucos bancos arranjados em “U” definiam um amplo espaço vazio, no centro, onde quem quisesse podia se assentar numa almofada, sobre um tapete. Cheguei alguns minutos antes da hora marcada. Era um grande silêncio. Muito frio, nuvens escuras cobriam o céu e corriam, levadas por um vento impetuoso que descia dos Alpes. A força do vento era tanta que o velho celeiro torcia e rangia, como se fosse um navio de madeira num mar agitado. O vento batia nas macieiras nuas do pomar e o barulho era como o de ondas que se quebram. Estranhei. Os suíços são sempre pontuais. A liturgia não começava. E ninguém tomava providências. Todos continuavam do mesmo jeito, sem nada fazer. Ninguém que se levantasse para dizer: “Meus irmãos, vamos cantar o hino...”. Cinco minutos, dez, quinze. Só depois de vinte minutos é que eu, estúpido, percebi que tudo já se iniciara vinte minutos antes. As pessoas estavam lá para se alimentar de silêncio. E eu comecei a me alimentar de silêncio também. Não basta o silêncio de fora. É preciso silêncio dentro. Ausência de pensamentos. E aí, quando se faz o silêncio dentro, a gente começa a ouvir coisas que não ouvia. Eu comecei a ouvir [...]. A música acontece no silêncio. É preciso que todos os ruídos cessem. No silêncio, abrem-se as portas de um mundo encantado que mora em nós — como no poema de Mallarmé, *A catedral submersa*, que Debussy musicou. A alma é uma catedral submersa. No fundo do mar — quem faz mergulho sabe — a boca fica fechada. Somos todos olhos e ouvidos. Veio-me agora a ideia de que, talvez, essa seja a essência da experiência religiosa — quando ficamos mudos, sem fala. Aí, livres dos ruídos do falatório e dos saberes da filosofia, ouvimos a melodia que não havia, que de tão linda nos faz chorar. Para mim Deus é isto: a beleza que se ouve no silêncio. Daí a importância de saber ouvir os outros: a beleza mora lá também. Comunhão é quando a beleza do outro e a beleza da gente se juntam num contraponto [...]. (ALVES, 2007, p. 65).

Colocar-se em silêncio é uma tarefa não muito fácil, mas que pode nos trazer bons frutos. Alves (2007) afirma que Fernando Pessoa conhecia essa experiência e se referia a ela como algo que se ouve nos interstícios das palavras, no lugar onde não há palavras. De certa forma, coloquei-me em silêncio por algum tempo. Entre minha defesa de dissertação e meu ingresso no doutorado, ocorreu uma pausa de dez anos. Uma fresta que se fez indispensável ou, melhor dizendo, que se impôs devido às atribuições de alguém que mergulhou em uma jornada de trabalho de três turnos diários. O silêncio parece-me essencial para criar a próxima fala, o próximo pensamento. Aprendi com o budismo que o vazio é um elemento necessário à vida, pois é somente a partir dele que poderá surgir o novo. Aproveitando o vazio e o espaço, dirijo meu olhar sobre a minha vida acadêmica.

Desde a época de minha graduação em Educação Física (nos idos dos anos de 1990), o trabalho com pessoas com deficiência tem chamado a minha atenção. Participei, ao longo dos anos de formação, de projetos de extensão e pesquisa que tinham como público-alvo tais sujeitos. No ano de 2000, ingressei no mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS) – na linha de pesquisa que se dedicava a essa temática. Embora já tivesse trabalhado com pessoas que apresentavam autismo, foi durante o desenvolvimento de meu projeto de dissertação que me descobri ainda mais encantada com o assunto. Foi nessa oportunidade que conheci a história de Victor de Aveyron e Jean Gaspard Itard. Meu interesse por essa dupla deve-se tanto pelo caso peculiar que os envolve, quanto pelos motivos que destaco e que talvez ajudem o leitor a compreender melhor o que digo:

1. Victor foi um jovem encontrado em uma floresta francesa e é um dos exemplos das tantas vítimas que resultaram da chamada “prática da exposição”, método comum na época em que viveu esse jovem. Como tantos outros descobertos em semelhante situação, Victor ficou conhecido como o exemplo de uma criança-selvagem e que possivelmente foi abandonado devido aos graves comprometimentos que apresentava e que remetiam a um quadro semelhante ao de autismo (BANKS-LEITE; GALVÃO, 2000; BAPTISTA, 2002;

BETTELHEIM, 1987; GAUDREAU, 1989; LAJONQUIÈRE, 2000; PEREIRA, 1996).

2. Itard é considerado o pai da Educação Especial, pois foi ele quem elaborou uma das mais brilhantes e completas sistematizações sobre a educação de um sujeito com desenvolvimento atípico. (BANKS-LEITE; GALVÃO, 2000). A partir de seus relatórios sobre como ocorreu a tentativa de educar Victor e do trabalho de seu sucessor, Seguín, educadores como Maria Montessori criaram métodos educativos tão conhecidos atualmente. (OLIVEIRA, 2002).
3. Em pleno século XIX, Itard teve a coragem de contestar seu mestre, Philippe Pinel, e assumir sua crença nas possibilidades educativas de um menino que, aos olhos de muitos, não passava de um sujeito como outros “idiotas” que viviam encerrados em Bicêtre e Salpêtrière<sup>1</sup>, em Paris. Contrariando a todos e a tudo, Itard investiu em uma avaliação diferenciada do sujeito e de suas potencialidades. Do mesmo modo, investiu fortemente na educação de Victor, levando o jovem para viver em uma casa retirada da cidade sob sua tutela e sob os cuidados de sua governanta, Madame Guerin.
4. Outro aspecto importante quanto ao cuidado que teve Itard em seu trabalho com Victor é a autorreflexão dirigida à sua implicação no processo de ensino-aprendizagem, o que está estreitamente relacionada à sua responsabilidade como educador. Intensifica-se, dessa forma, a percepção de que Itard realmente acreditava na educabilidade do jovem, pois, em seus relatórios, apresentava tanto os êxitos quanto os fracassos de Victor. Atribuía estes últimos mais aos erros do professor do que à incapacidade do aluno. Hoje, ao me debruçar sobre o papel com o objetivo de escrever um relatório de pesquisa que se configura como uma tese, observo-me mais entusiasmada ainda com o tema “autismo”. Tenho me dedicado a esse tema durante os anos que se

---

<sup>1</sup>Hospitais que se destacaram pela prática segregacionista de sujeitos que apresentavam o que naquela ocasião era chamado de “idiotia”.

passaram desde a defesa da dissertação “Autismo e crianças-selvagens: da ‘prática da exposição’ às possibilidades educativas”. (OLIVEIRA, 2002).

A partir de então, tenho trabalhado em algumas instituições de ensino, envolvendo os ensinos Básico e Superior. Tive a oportunidade de observar e trabalhar em projetos de extensão e em escolas de ensino comum com sujeitos diagnosticados com autismo.

Integro o quadro de docentes da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, onde participo como colaboradora de um programa de extensão no Núcleo de Estudos de Atividade Física Adaptada (NEAFA), no qual trabalhamos com alunos com autismo e diversos outros comprometimentos. Também atuo como professora colaboradora do Centro Interdisciplinar de Estudos em Psicomotricidade Relacional de Canoas (CIEPRE<sup>2</sup>/ULBRA/ Canoas). Hoje, esse centro atende cerca de 30 alunos com autismo, desde crianças até adolescentes e adultos.

Fez-se silêncio, aconteceu o vazio. Passaram-se alguns anos para que eu conseguisse me reaproximar efetivamente do grupo de pesquisa do qual fiz parte no mestrado – hoje chamado Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar (NEPIE) –, grupo ao qual está vinculada esta investigação.

Podemos observar o crescimento no número de matrículas de alunos com autismo na escola regular, bem como, epidemiologicamente falando, o aumento do número de casos da síndrome ao redor do mundo<sup>3</sup>. No momento, o autismo tem sido um tema recorrente em pesquisas, reportagens, filmes, entre outros, tendo ampla divulgação. Estudiosos afirmam que já há uma epidemia, uma vez que o número de casos tem crescido vertiginosamente em um curto espaço de tempo. Rios et al. (2015) comentam que, se por um lado, tais narrativas têm influenciado as questões e as controvérsias relativas ao autismo no Brasil, por outro, têm contribuído fortemente

---

<sup>2</sup>Interessante destacar que nas sessões de psicomotricidade relacional no CIEPRE, são atendidos outros sujeitos com diferentes tipos de comprometimentos. Não há uma separação entre os alunos. Todos participam das sessões. Na verdade, o CIEPRE foi criado para atender o público em geral, todavia, somos procurados por pais de sujeitos com deficiência. Ultimamente, tem acontecido um fenômeno que chama atenção: a matrícula para a participação no Centro é em maior número de sujeitos que apresentam autismo do que de outros tipos de comprometimento.

<sup>3</sup>Abordaremos esse tema com mais detalhes em próximo capítulo.

para o debate sobre o tema, pois “[...] produzem determinados efeitos de sentido nos leitores”. (p. 325).

A possível epidemia de autismo tem nos preocupado, pois questionamos se não tem ocorrido uma superidentificação, trazendo com ela preocupantes consequências. Assim, temos indagado sobre a valorização dada à identificação dos sinais precoces de risco de autismo como pré-requisito para o desenvolvimento posterior dessas crianças. Portanto, este trabalho tem como objetivo investigar o tema “identificação precoce de sinais de risco de autismo”.

Ocorreram importantes mudanças no que se refere à educação de alunos com autismo e às políticas públicas destinadas a esses sujeitos. As mais recentes relacionam-se à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), o qual se associa a uma mudança paradigmática no que tange às condutas oferecidas às pessoas com deficiência. O avanço da concepção social de “deficiência” tem importante influência nos movimentos que aproximam esse conceito de sujeitos que apresentam perfis diagnósticos relacionados a diferentes síndromes. Nesse contexto, a acessibilidade é entendida como um elemento primordial para garantir os direitos individuais.

Com o surgimento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva (BRASIL, 2008), busca-se garantir a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino a estabelecerem:

[...] acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial *desde a educação infantil* até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas. (BRASIL, 2008, p. 14, grifo meu).

Além disso, a referida Política aponta para a importância da educação infantil como etapa fundamental no desenvolvimento da criança pequena ao afirmar que:

A inclusão escolar tem início na educação infantil, onde se desenvolvem as bases necessárias para a construção do conhecimento e seu desenvolvimento global. Nessa etapa, o lúdico, o acesso às formas diferenciadas de comunicação, a riqueza de estímulos nos aspectos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais e a convivência com as diferenças favorecem as relações interpessoais, o respeito e a valorização da criança. Do nascimento aos três anos, o atendimento educacional especializado se expressa por meio de serviços de intervenção precoce que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social. (BRASIL, 2008, p. 16).

Em 2009, a Resolução nº 04/2009 instituiu as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica. Nela, é apontada a obrigatoriedade da matrícula de alunos com deficiência em processo de escolarização. Assim, a oferta do atendimento educacional especializado é compreendida também como obrigatória e complementar ou suplementar à escolarização no ensino comum. A ação complementar tem sido objeto de investigações recentes, como a pesquisa realizada por Benincasa-Meirelles (2016), que analisou a oferta desses serviços nos contextos brasileiro e italiano.

Em 2011, houve a aprovação do Decreto nº 7.611/2011, que dispõe:

Art. 1º - O dever do Estado com a educação das pessoas público-alvo da educação especial será efetivado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - garantia de um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades;

II - aprendizado ao longo de toda a vida;

III - não exclusão do sistema educacional geral sob alegação de deficiência;

IV - garantia de ensino fundamental gratuito e compulsório, asseguradas adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais;

V - oferta de apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena;

VII - oferta de educação especial preferencialmente na rede regular de ensino.

§ 1º - Para fins deste Decreto, considera-se público-alvo da educação especial as pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação.

Art. 2º - A educação especial deve garantir os serviços de apoio especializado voltado a eliminar as barreiras que possam obstruir o processo de escolarização de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

§ 1º - Para fins deste Decreto, os serviços de que trata o caput serão denominados atendimento educacional especializado, compreendido como o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente, prestado das seguintes formas:

I - complementar à formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, como apoio permanente e limitado no tempo e na frequência dos estudantes às salas de recursos multifuncionais; ou

II - suplementar à formação de estudantes com altas habilidades/superdotação.

§ 2º - O atendimento educacional especializado deve integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas. (BRASIL, 2011).

Em 2012, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012), na qual a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Com relação a essas mudanças, Vasques e Baptista (2014) referem que

[...] o debate contemporâneo sobre educação especial permite que esta seja identificada como uma área de conhecimento em percurso acelerado de mudança. Os processos de escolarização das pessoas consideradas público alvo da educação especial constituem o cerne dessa mudança, no sentido de alteração de rotas, redimensionamento de proposições, implementação de políticas, mas sobretudo, reinvenção dos modos de se compreender quem são e como se constituem esses sujeitos. (p. 659).

Em 2013, houve a aprovação da Lei nº 12.796, que torna a Educação Básica obrigatória dos quatro aos 17 anos de idade, devendo ser organizada em: Pré-Escola,

Ensino Fundamental e Ensino Médio. Tal mudança afeta, conseqüentemente, a Educação Infantil, já que deve ser ofertado e garantido um número maior de vagas. No que tange à temática deste estudo, os processos de identificação do alunado da Educação Especial produzem efeitos quando nos interrogamos: quem são as crianças que constituem o conjunto dos alunos da Educação Infantil? Em que medida a escola infantil passa a ser o espaço previsto para as crianças com autismo, e quais apoios devem ser oferecidos a esses alunos?

Durante a busca por produções de conhecimento relativas à inclusão de alunos com autismo na escola comum e na interação com diferentes profissionais envolvidos com o assunto, foram aparecendo elementos que me levaram a delimitar ainda mais as questões que fazem parte da presente investigação.

Muitos estudos têm mostrado que a identificação de sinais de risco precoce ajuda no estabelecimento de intervenções que, o quanto antes forem instituídas, melhor oportunizarão o desenvolvimento das crianças que apresentam esses sinais (BOSA, 2002; BOSA, 2006; BRASIL, 2013a). De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (BRASIL, 2013a), isso se deve ao fato de esse período constituir-se como um sensível e privilegiado momento para intervenções, já que nos primeiros anos de vida há maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro, incluindo as conexões neuronais. Para além desse destaque da dimensão biológica, podemos afirmar que as experiências de interação inicial da vida de uma criança têm um enorme potencial constitutivo no sentido de favorecer a emergência de uma pessoa em desenvolvimento. Para Bosa (2006), “[...] há razões suficientes para aumentar os esforços na identificação e intervenção para crianças com autismo, o mais precocemente possível”. (p. 52).

Esse debate, que possui forte conotação acadêmico-científica, tem assumido configurações práticas com efeitos na instituição de novos direcionamentos políticos que necessitam ser alvo de reflexões. No dia 26 de abril de 2017 foi sancionada a Lei nº 13.438, que altera a Lei nº 8069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), tornando obrigatório o uso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que avalie riscos para o desenvolvimento psíquico em bebês, a saber:

§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, **de protocolo ou outro instrumento construído** com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de **risco para o seu desenvolvimento psíquico**. (BRASIL, 2017, grifos meus).

Sendo a identificação e a intervenção precoces destacadas pela literatura especializada, emerge a preocupação de como tais iniciativas têm se configurado. A identificação precoce tem contribuído para o aumento da prevalência dos casos de autismo no Brasil? Quais são as consequências da identificação e da intervenção precoces para a escolarização de tais sujeitos? Como a intervenção precoce tem sido realizada? Como tais procedimentos se caracterizam? Quais são seus objetivos? Quais seriam os caminhos escolares trilhados pela criança que é alvo da identificação e da intervenção precoces?

O presente trabalho de pesquisa tende a analisar tais questões, porém com destaque para a dimensão que define como foco os processos de identificação e os nexos desse processo com a prática pedagógica que delinea as intervenções.

Sabe-se da histórica dificuldade quanto à avaliação de sujeitos com comprometimentos psíquicos. Uma identificação que não pressupõe a reciprocidade interativa presente em atos de intervenção como parte do processo tende a reproduzir um modelo clássico de busca de conhecimento e, possivelmente, deve promover uma cisão entre o profissional responsável pela identificação e a criança a ser investigada. Partimos da suposição que essa cisão ainda esteja muito presente nos estudos da área.

Concebendo o autismo como um fenômeno complexo que não pode ser explicado a partir da soma de suas partes, entendemos que os processos de identificação deveriam ser realizados processualmente. O sujeito investigado e o sujeito que realiza a avaliação deveriam ser concebidos como parte desse processo interativo que valoriza a ação recíproca como um componente da identificação.

Considerando que os processos diagnósticos são constituídos por procedimentos complexos e de ampla variedade, dependendo da perspectiva teórica que os norteiam, a questão relativa à identificação precoce de riscos de autismo tende a ser alvo de possíveis questionamentos sobre suas configurações propositivas e sobre o momento em que essa ação seria realizada. Esta investigação analisa o fenômeno

“autismo” e suas tendências definidoras e descritivas com especial atenção aos processos de identificação da síndrome como um *risco* na vida da criança. Serão discutidas, ainda, as vantagens e os perigos relacionados à nomeação precoce, a qual se associa a inferências acerca de um desenvolvimento marcado pela possibilidade de um transtorno que age como nexos organizador das relações futuras e da ocupação de espaços sociais, como aqueles vinculados à escolarização.

## 2 PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Como observador, me encontro em uma posição que se parece aquela do matemático. Eu não posso dizer coisa alguma sobre uma coisa individual, nem sequer posso afirmar que tal coisa exista. Somente posso conhecer algo sobre as relações entre as coisas. Se digo que a mesa é “dura”, estou indo mais adiante do que atestar minha

experiência [...]. Sempre é a relação entre as coisas que constitui o referente a todas as proporções válidas. O fato de que a “dureza” corresponda a um só dos elementos de uma relação binária é um artifício criado pelo homem. (BATESON, 1994, p. 158, tradução livre).

Os percursos teórico-metodológicos de uma investigação se constituem a partir dos questionamentos, das inquietações e da teoria que permeia o próprio trabalho. A metodologia a ser utilizada se constrói e se institui durante o estudo e está estreitamente vinculada à teoria que sustenta as ideias do pesquisador. Como bem diz Vasconcellos (2003, p. 39): “para sabermos as coisas que estão sendo vistas, temos que nos perguntar pelos paradigmas daqueles que estão vendo”. Para Morin (1990), paradigmas são constituídos por premissas intuitivas. Sendo assim, os utilizamos como elementos que constroem nossa visão de mundo sem que tenhamos sequer consciência alguma disso.

Watzlawick et. al. (1967) chamou tais pressupostos, que são crenças que se formam a partir de nossas próprias vivências, de *premissas de terceira ordem*. Segundo o autor, as premissas de primeira ordem seriam aquelas que são constituídas a partir de nosso contato direto com o mundo, tendo conhecimento sobre as coisas, reconhecendo a sua existência. E é na lida com essas coisas, através da experiência que temos com as suas consequências, que compreendemos qual é o significado delas para nós, sendo esses, portanto, conhecimentos de segunda ordem.

Até o momento, temos tentado mostrar que o presente objeto de investigação envolve fenômenos complexos. Portanto, a metodologia e os pressupostos teóricos que dão base a este trabalho de investigação estão em sintonia com a compreensão complexa do fenômeno investigado.

Damásio (2006) sugere que Descartes estava equivocado ao dizer “penso, logo existo”. Com essa frase, Descartes retratava a ideia de que o pensar e o ter consciência de que pensamos eram dois fatores que definiam o ser humano. Percebe-se, nesse pensamento, uma dicotomia entre mente e corpo, espírito e matéria, razão e emoção. Ao contrário disso, Damásio (2006) afirma que a razão necessita de emoção e que os sentimentos e as emoções são percepções diretas de nossos estados corporais, constituindo um vínculo importante entre o corpo e a consciência.

O referido autor contribui com este estudo fazendo uma inquietante provocação. Segundo ele, a ciência e a filosofia devem ter como ponto de partida o pensamento anticartesiano, qual seja: “Existo – e sinto! – logo penso”. (DAMÁSIO, 2006, p. 281).

Maturana (2004, p. 1) afirma que tudo o que é humano se constitui pela conversa, pelo “[...] fluxo de coordenações de coordenações de fazeres e emoções”. Neurobiólogo chileno, Humberto Maturana é um dos representantes do pensamento sistêmico. Esse autor sustenta que o conhecimento não preexiste ao observador, ou seja, o objeto não deve ser concebido como separado do sujeito. Crítico da visão realista, não acredita que nossa mente apenas construa representações do que está fora a partir do que nossos sentidos conseguiram capturar da realidade. Na obra “A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana”, Maturana e Varela (2001) dizem que os seres vivos são seres autônomos que autoproduzem seus componentes a partir da interação com o meio.

Esses autores trazem uma importante contribuição para um dos temas que é reconhecidamente um problema dentro da epistemologia ocidental: a dificuldade que os pesquisadores têm com relação a tudo aquilo que é subjetivo e qualitativo. Essa tendência ao isolamento de fatores parte de uma paradoxal negação, como se a ciência não fosse feita por seres humanos.

As emoções definem o espaço relacional no qual ocorrem nossas ações, o que se diz, pela linguagem. Então, o mesmo gesto, o mesmo movimento vai ter um caráter ou outro segundo a emoção que o origina. O mesmo discurso vai ter um caráter ou outro segundo a emoção a partir da qual ele foi gerado, de onde ele se faz. As culturas são redes fechadas de conversações que produzem a configuração do emoionar, é nessa rede fechada de conversações que vai formar o caráter da cultura. Por isso, é a emoção que guia, no fundo, o fluir histórico. (MATURANA, 2004, p. 1).

Por outro lado, Maturana e Varela (2001) afirmam que, por parte dos cientistas, também existe a dificuldade em entender que os dois referidos aspectos – a subjetividade e a dimensão qualitativa – possam (e devam) se relacionar com a objetividade e a dimensão quantitativa.

Morin (1990) dizia que, antes de compreendermos o paradigma da complexidade, é imprescindível que conheçamos aquele da simplicidade. Vasconcellos (2003) alerta que, para entendermos a mudança paradigmática, devemos saber em relação a que aquilo que aparece como novo é novidade. A autora fala sobre a importância de entendermos “[...] não só como se constituiu o paradigma tradicional<sup>4</sup> através dos tempos [...] mas também as manifestações desse paradigma na ciência e nas práticas dela derivadas” (VASCONCELLOS, 2003, p. 68). A autora cita as três dimensões que diz ter adotado como descrição resumida do paradigma tradicional. São elas:

- a) **A Dimensão da Simplicidade (a simplicidade atomizada):** essa dimensão pode ser explicada pela crença de que, ao se fragmentar o mundo complexo em partes, encontramos elementos simples. Seria necessário separar as partes para a compreensão do todo.

[...] o pressuposto de que o microscópio é simples. Daí decorrem, entre outras coisas, a atitude de análise e a busca de relações causais lineares [...] o cientista acredita que, por trás dessas aparências complexas, está a simplicidade e que, para compreender esse universo, sua tarefa é ultrapassar essas aparências complexas. Pressupõe o objeto simples no complexo, ordem subjacente ao caos aparente [...] assim, a ciência [...] começa por retirar o objeto de estudo dos contextos em que ele se encontra. Por exemplo, o biólogo leva a planta que recolheu numa montanha para ser estudada num laboratório, o psicólogo leva o indivíduo para ser observado, estudado, atendido fora de seu contexto relacional. (VASCONCELLOS, 2003, p. 69-74).

Surge, assim, outro aspecto importante que tem estreita relação com as dimensões já evocadas: a classificação. A partir da separação em partes, são estabelecidas categorias para que se consiga então realizar a classificação dos fenômenos. Consequentemente, o cientista sempre está decidindo entre uma coisa ou

---

<sup>4</sup>A estudiosa chama atenção para a continuidade do “paradigma tradicional”, ou seja, diz que quando se refere a ele, se refere a algo que “[...] tem origem muito remota, mas não a algo que já tenha desaparecido e/ou sido substituído. A ciência tradicional continua vigorosa em nossos dias.” (VASCONCELLOS, 2003, p. 68).

outra, pois, de acordo com essa ideia, um objeto não pode pertencer a duas categorias ao mesmo tempo.

A busca pela simplicidade leva ao reducionismo. O cientista, no paradigma tradicional, procura unificar o que é diverso. A partir dessas lentes reducionistas, tem origem a fragmentação do saber científico e a consequente especialização do conhecimento. Implícita a essa forma de pensar está a ideia de que exista uma *causalidade linear*.

- b) **A Dimensão da Estabilidade do Mundo:** parte-se da ideia de que o mundo já está posto, é estável e nele tudo se repete com regularidade. Segundo Vasconcellos (2003), vinculada a esse pressuposto está a crença na determinação e, conseqüentemente, o conceito de que há uma previsibilidade dos fenômenos. Acredita-se ainda que, havendo esses elementos, eles poderão ser revertidos e, conseqüentemente, possíveis de se controlar.

Segundo Prigogine e Stengers (1979), é “[...] claro que ‘conhecer’, no decurso dos três últimos séculos, foi muitas vezes identificado com ‘saber manipular’” (p. 205).

A pretensão da previsibilidade é analisada por Haas (2016) ao retomar a crítica de Capra (2002), quando este autor afirma que não existe criatividade nem história no universo determinista de Newton, diferentemente do que ocorre no mundo vivo, onde a história surge com destaque, tendo o futuro como algo incerto, e sendo essa incerteza o que constitui a criatividade.

- c) **O Pressuposto da Objetividade:** pressupõe-se que exista a possibilidade de conhecermos o mundo tal como ele é na realidade, assim como se pressupõe que exista a possibilidade de objetividade da ciência. A objetividade é compreendida como um critério de cientificidade. O cientista deverá manter-se fora do fenômeno para conseguir realmente descrevê-lo e descobrir sobre seu funcionamento, em uma posição supostamente verdadeira e privilegiada. Como disse Morin (1990), a

ciência tradicional tem a pretensão de conhecer um mundo objetivo e independente de seu observador. Sendo assim, “[...] a descrição científica será tanto mais objetiva quanto mais se conseguir eliminar o observador e obter, de um modo de observação exterior ao mundo, o nível fundamental de descrição – a partir do qual tudo o que existe pode, em princípio, ser deduzido”. (VASCONCELLOS, 2003, p. 90).

Maturana (2001) diz que a objetividade deve ser colocada entre parênteses, já que os seres vivos não fazem distinção entre ilusão e percepção, ou seja, os seres vivos não distinguem se o que estão vendo é realidade (percepção) ou não passa de uma ilusão. Segundo Correia (2016), essas ideias surgem de experimentos realizados por Maturana e outros cientistas, assim como pela própria experiência cotidiana.

Como experiência do cotidiano, Correia (2016) cita o caso da pescaria, em que o peixe não distingue se o que é jogado na água é comida – como tantas vezes acontece – ou outra coisa, e isso pode levá-lo, em algum momento, a engolir um anzol.

A impossibilidade de distinção entre percepção e ilusão é forte argumento biológico utilizado por Maturana para refutar o pressuposto da objetividade (sem parênteses), pois o cientista é um observador imerso na experiência de conhecer, submetido aos seus meandros. (CORREIA, 2016, p. 17).

## 2.1 AS TRÊS DIMENSÕES DO PARADIGMA SISTÊMICO

A partir da leitura sobre as três dimensões que permeiam o paradigma tradicional da ciência, Vasconcellos (2003) afirma que podemos identificar os avanços que ocorreram com o surgimento do novo paradigma científico. Desse modo, citamos a seguir as dimensões que o compõe:

A *Complexidade*: etimologicamente, a expressão complexidade tem origem no latim *complexos* e significa tudo aquilo que é tecido em conjunto e cujos distintos elementos são entrelaçados de forma a compor o todo (MORIN, 1990). Embora não seja nova, essa dimensão somente foi reconhecida pela ciência muito recentemente. Ela

traz a preocupação de contextualizar os fenômenos e reconhecer a existência de uma causalidade recursiva.

Tanto a noção de simples quanto a noção de complexidade não são propriedades intrínsecas. Entretanto, dependem “[...] das condições lógicas e empíricas em que tomamos conhecimento das coisas”. (ATLAN, 1984, p. 85). Para Wittgenstein (1921), acreditarmos no pressuposto da complexidade significa compreendermos que os elementos que compõe um objeto estão e existem sempre em relação e em conexão com outros objetos.

A partir de um paradigma científico que considera a complexidade como premissa, o objeto é investigado a partir da análise de suas relações em um contexto<sup>5</sup>, sem a pretensão de que o fenômeno seja isolado em função do estudo. O foco não é colocado exclusivamente no objeto, mas nas relações entre todos os elementos que fazem parte do processo.

*A instabilidade:* a partir desse pressuposto, compreende-se que o mundo está em contínuo “tornar-se”, em um constante “vir a ser”, autorregulando-se continuamente. Por conseguinte, inexistente, como premissa, a ênfase na ideia de determinismo. Assim, entende-se que os fenômenos que envolvem o mundo biológico e social são imprevisíveis e irreversíveis. (PRIGOGINE, 1991). Portanto, tais fenômenos escapam à possibilidade de controle e antecipação.

Prigogine (1991) entendia que os sistemas eram marcados por constantes flutuações que provocavam instabilidade. Como consequência, era originada uma nova estrutura com relativa estabilidade. Dessa maneira, o autor observou que a partir do caos surgiria uma nova ordem. A instabilidade deixa de ser vista como um desvio a ser corrigido e passa a ser entendida como imprescindível para uma nova ordem.

*A Intersubjetividade:* em uma abordagem sistêmica, esse pressuposto mostra que a realidade está intrinsecamente vinculada ao observador. O conhecimento científico é reconhecidamente uma construção social, inexistindo um conhecimento objetivo. Portanto, a objetividade é concebida como estando entre parênteses (MATURANA, 1997), havendo uma multiplicidade de verdades – o multiversa (do latim *versum*, que

---

<sup>5</sup>Importante ressaltar que, aqui, contexto não significa simplesmente ambiente, e sim as relações entre todos os elementos que fazem parte do fenômeno estudado.

significa “versão”). Para Maturana (1997), observadores distintos farão diferentes questões, o que nos levará a distintas teorias que não necessariamente deverão ser refutadas umas pelas outras, mas sim servirão de convite à conversação. Bateson (1979) utilizou uma interessante metáfora – “o mapa não é o território” – para se referir à ideia de que, dependendo do observador, teremos distintas realidades, assim como serão originadas distintas teorias, dependendo de como os elementos do fenômeno forem observados.

Vasconcellos (2003) chama atenção para a existência de diferentes verdades que não se constituem como certas ou erradas, e sim como verdades distintas, pois dependerão do foco de cada observador sobre o objeto. Todavia, apesar de enxergarmos o fenômeno a partir de um ângulo diferente daquele que o outro enxerga, devemos “aceita-lo como legítimo outro na convivência”. (MATURANA, 1990, p. 25).

Walter Binder me ensinou muito. Um dia, a escola nos enviou ao zoológico de Zurique para estudar os ursos. Um deles girava sem parar, uma verdadeira infelicidade, atingido pela doença da jaula. O professor de desenho, Karl Schmidt, um velhinho boa praça me disse: “Oliviero, escolha um momento que mais lhe agrade e desenha-o!” Íamos ao zoológico todas as quintas-feiras. De cada vez, eu redesenhava o meu urso. Encontrava sempre uma nova atitude, que me convinha mais que a anterior. Um dia era a postura, no outro era a goela ameaçadora e o olhar, de outras vezes, a posição das patas. Compreendi imediatamente: aquilo não tinha limite. O urso não parava de fazer os mesmos círculos atrás das grades, mas em cada novo segundo era rico, interessante. (TOSCANI, 1996, p. 12).

Trago um fragmento de um livro de Oliviero Toscani (1996) para fazer uma analogia com a diversidade de olhares que deveria ter um pesquisador sobre seu objeto. Como diz Pardo (1998), as questões de pesquisa nos auxiliam a descobrir a polifonia do objeto. O próprio pesquisador deveria também assumir uma postura polifônica para abordá-lo. Essa postura aponta para um princípio metodológico que deseja, primordialmente, “dar voz a muitas vozes”.

Reporto-me, assim, a uma perspectiva compreensiva da ciência baseada em ideias de Gregory Bateson (1986). Tentando “fazer uma liga” com o presente estudo, trago o pensamento desse autor, que parte de uma compreensão de mundo fundada

[...] na construção das práticas sociais focalizando os fenômenos naturais pela junção de diferentes olhares, cada um deles situado num ângulo diferente. As exigências das práticas nos colocam diante do fenômeno como um todo que não resulta nem pode ser explicado pelo soma de perspectivas e ângulos. Mesmo que seja impossível em certo momento perceber a totalidade, é a totalidade, em movimentos transdisciplinares que orienta o nosso olhar de pesquisador(a)/observador(a). (PISTÓIA, 2009, p. 21).

Segundo Vasques (2008), a avaliação de sujeitos com autismo tem sido historicamente realizada de forma fragmentada, com base em protocolos estandardizados de mensuração, onde a observação dos sintomas, das dificuldades e das impossibilidades têm um destaque maior, prognosticando limitações futuras, tendo como ênfase o pensamento de que o autismo estaria relacionado a comprometimentos intrínsecos ao sujeito. De acordo com a autora, tais práticas de avaliação estarão frequentemente vinculadas, mais tarde, a intervenções individualizadas e a tratamentos psicoeducativos, em sua maioria apoiados em uma abordagem comportamental.

Segundo Vasques (2008), a avaliação de sujeitos com autismo tem sido historicamente realizada de forma fragmentada, com base em protocolos estandardizados de mensuração, onde a observação dos sintomas, das dificuldades e das impossibilidades têm um destaque maior, prognosticando limitações futuras, tendo como ênfase o pensamento de que o autismo estaria relacionado a comprometimentos intrínsecos ao sujeito. De acordo com a autora, tais práticas de avaliação estarão frequentemente vinculadas, mais tarde, a intervenções individualizadas e a tratamentos psicoeducativos, em sua maioria apoiados em uma abordagem comportamental.

De acordo com Bateson (1986), os organismos vivos somente se mantêm vivos e em funcionamento através de relações com o meio. O universo constitui-se como uma teia dinâmica altamente integrada de formas vivas e não-vivas, e, mesmo apresentando diferentes níveis, as relações e interdependências se dão entre todos os seus elementos. Portanto, haveria a impossibilidade de reafirmação da ideia de controle externo. Segundo o autor, embora todos os organismos vivos sejam

autônomos e possuam sua individualidade, é difícil determinar qual é o limite entre o organismo e o meio ambiente. .

Para a abordagem sistêmica, os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. Todo organismo é uma totalidade integrada. (CAPRA, 2002).

De acordo com Pistóia (2008), quando um sistema é decomposto em elementos isolados, as propriedades sistêmicas são destruídas, pois, apesar da possibilidade de as distinguirmos separadamente, a totalidade é diferente da mera junção de suas partes. A autora ainda chama atenção para um outro importante fator existente nos sistemas quando afirma que sua natureza é intrinsecamente dinâmica.

Cada processo de vida é considerado por Bateson fundamentalmente como um processo de comunicação e necessita de um contexto. Algo como uma moldura dinâmica, que nesse processo constrói o seu sentido, seu significado e sua relevância. A base fundamental de tudo o que é vivo é a existência de conexões dinâmicas entre todos os seus elementos e partes. (PISTÓIA, 2009, p. 23).

## 2.2 SOBRE O CAMINHO METODOLÓGICO

Esta investigação constitui-se em uma pesquisa que pode ser descrita como bibliográfica e de cunho qualitativo. Caracteriza-se como estudo bibliográfico pois permite a realização da análise da produção científica sobre o tema e suas tendências, tensões e lacunas. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa quando optamos em investigar o objeto por meio de relações complexas, e não a partir do isolamento de variáveis. Também podemos considerar este estudo uma pesquisa qualitativa uma vez que percebemos a investigação como um ato subjetivo de construção. (GÜNTHER, 2006).

Silva e Gamboa (2011) ressaltam a importância dos estudos que têm como objetivo a análise de produção científica de uma determinada área de conhecimento, denominando-os de *investigações epistemológicas* e/ou *investigações sobre investigações* e/ou, ainda, de *pesquisa da pesquisa*. Para Correia (2016), no campo da educação especial, esses estudos dedicam-se às:

[...] principais abordagens metodológicas, opções paradigmáticas ou modos diversos de interpretar a realidade. Justifica-se a importância desses estudos por inúmeras razões, dentre elas a possibilidade de revitalização da pesquisa, de olhar para o todo produzido a partir da relação entre as partes (cada produção), pelo desenvolvimento de novos saberes, de outras perspectivas de visão do mesmo fenômeno, de revisão de processos e metodologias. (p. 19).

Lüdke e André (1986) afirmam que uma das características típicas da pesquisa qualitativa é a ausência de uma separação rígida entre o sujeito da pesquisa e seu objeto de estudo. Podemos, então, fazer uma relação entre a metodologia e a abordagem teórica que dá sustentação a esta pesquisa, já que para Maturana e Varela (2001) somos construídos e construímos o contexto.

Bogdan e Biklen (1994) destacam que a pesquisa qualitativa possui cinco características fundamentais, sendo elas:

- a) tem como fonte direta de dados o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal;
- b) tem caráter descritivo;
- c) considera o processo mais importante que o produto;
- d) analisa os dados de forma indutiva;
- e) tem uma imprescindibilidade do significado.

Triviños (1987) também nos traz subsídios para entender o presente trabalho como uma pesquisa qualitativa quando afirma que esse tipo de investigação “[...] não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente [...]”. (TRIVIÑOS, 1987, p. 137).

Para Maturana e Varela (2001), o conhecimento é, sobretudo, um ato efetivo que faz surgir um mundo. Para esses autores, “[...] todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”. (p. 32).

Reafirmando a busca de rompimento com uma linearidade, como um observador que se permite olhar de diferentes ângulos a partir de diferentes perspectivas, destacam-se as questões que caracterizam o objeto: como tem ocorrido a identificação precoce de sinais de risco de autismo? Quais premissas podem ser

identificadas como integrantes dessas práticas? Quais são as características constitutivas ou predominantes dos processos de investigação e qual o papel atribuído à ação do investigador ou do profissional que a realiza? Ao refletirmos sobre essas questões, podemos discutir quais seriam as possíveis consequências de um processo precoce de identificação de sinais de risco para a escolarização e para a vida de sujeitos com autismo que tiveram tais sinais identificados quando eram ainda bebês.

Capra (1982) afirma que para descrevermos o mundo, necessitamos de uma perspectiva ecológica, onde o todo integrado não permite que suas propriedades sejam reduzidas às suas partes. Acredito que a ciência deva ter como base uma compreensão de mundo onde está em jogo um contínuo de relações que nem sempre são claramente identificadas. Porém, a ausência de identificação não anula a compreensão de que os fenômenos possuem interdependência. Com base nessas premissas, tentamos responder aos questionamentos citados anteriormente. Trata-se de um processo de investigação no qual a invenção foi tomada como premissa, processo em que, segundo Freitas (2011, p. 25-26), “[...] a novidade do cotidiano obriga-nos a assumir uma constante vigília contra a tentação da certeza e a vontade do imobilismo”. Assim, assinalamos nosso ato de pesquisar e participar do mundo como um processo de invenção.

O que propomos é a ideia de invenção como obra aberta, como esforço coletivo que não tem autor. Para o seu desenvolvimento contribuem múltiplas mãos, múltiplas forças. Entendemos esse processo como um rizoma, um atravessamento. O embate dessas forças produz outras trilhas, fendas e aberturas. A invenção convida; está em movimento; ela não tem fim, não tem obra pronta, criada. Cada enfrentamento dá pistas para novos movimentos, continuamente. (EIZIRIK et al., 2001, p. 75).

Freitas (2011) refere-se também à ideia de invenção como rizoma: não tem início, não tem fim. Em uma pesquisa que prima por esses elementos, mantemos a busca por aquilo que não está dado *a priori*.

[...] que não tem que ser descoberto, mas que supõe movimento visceral de percurso. [...] é como a grama que se alastra e se esquece de apontar seu início [...]. Invenção é uma palavra que se opõe à origem,

mas se sustenta no devir, no processo constante de procura. (FREITAS, 2011, p. 52).

Como uma pesquisa que está em sintonia com tais ideias, o processo de elaboração desta tese configurou-se com base em algumas etapas que se alternam, realizando o mapeamento e a análise das produções científico-acadêmicas referentes à identificação precoce de sinais de risco de autismo em sintonia com as propostas de intervenção.

Com o intuito de um maior rigor na presente investigação bibliográfica, foram adotadas estratégias de busca e análise dos resultados. Para tanto, elegemos a revisão bibliográfica sistemática, que busca definir uma estratégia e um conjunto sistemático de passos para realizar buscas e analisar resultados, permitindo a repetição por meio de ciclos contínuos até que os objetivos da revisão sejam alcançados. (CONFORTO et al., 2011).

Sampaio e Mancini (2007) afirmam que a revisão sistemática requer uma questão de pesquisa bem definida, assim como a identificação de uma estratégia de busca de material bibliográfico, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, ainda, o que é muito importante, uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada.

Esse tipo de metodologia favorece “[...] o desenvolvimento da teoria em áreas onde já existem pesquisas, e também, identifica áreas onde há oportunidades para novas pesquisas”. (CONFORTO et al., 2011, p. 1).

Assim como outros tipos de estudo de revisão, essa é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, disponibilizando uma síntese das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, a apreciação crítica e a síntese da informação selecionada. (CORREIA, 2016).

Tomando como base estudos de autores como Conforto et al. (2011), Correia (2016), Sampaio e Mancini (2007), Webster e Watson (2002) e Pizanni et al. (2012), elaboramos um roteiro que foi seguido nesta revisão bibliográfica. Todavia, assim como Correia (2016), ressalta-se que o referido roteiro não tem “[...] pretensão de criar

um embasamento teórico-científico do tipo ‘estado da arte’, tampouco servir de replicação usual em outras áreas de conhecimento”. (p. 20).

A pesquisa bibliográfica sistemática, de acordo com Sampaio e Mancini (2007), é realizada em três fases. Na primeira, denominada de “fase de entrada”, foi definido o problema e, a partir dele, foram elaboradas questões às quais se buscou responder com a revisão sistemática. Nessa fase, também foram estabelecidos os objetivos e as fontes nas quais foram realizadas as buscas e foram fixados os descritores aplicados nas fontes consultadas. Correia (2016) ressalta a importância dos critérios de qualificação das pesquisas e a definição de métodos e ferramentas a serem utilizados durante a investigação, “[...] a exemplo dos filtros de busca e a forma de armazenamento das informações [...]”. (CONFORTO et al., 2011, p. 21).

Já na segunda fase, denominada por Conforto et al. (2011) e Correia (2016) de “fase de processamento”, as buscas foram realizadas. Logo, os estudos encontrados foram lidos e analisados através de três filtros: o primeiro filtro foi a leitura do título, do resumo e das palavras-chave. A partir desse filtro, foram catalogados os trabalhos selecionados. Os trabalhos cujos resumos não possuíam informações que nos ajudassem na seleção passaram por um segundo filtro, em que foram lidas suas introduções e conclusões. O terceiro filtro caracterizou-se pela leitura do trabalho na íntegra, o que ajudou a incluir ou não o estudo na análise.

Na terceira fase, chamada por Conforto et al. (2011) e Correia (2016) de “fase de saída”, foram realizados os registros e a catalogação dos dados encontrados e, ainda, a leitura completa de todos os trabalhos que foram selecionados no processo anterior, sendo elaborada uma síntese dos resultados.

Foram investigados estudos que tivessem como foco a temática “identificação precoce de sinais de risco de autismo”. Citamos como fontes de pesquisa livros, teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos publicados em periódicos e em anais de eventos científicos, assim como documentos oficiais. A localização das fontes de investigação envolveu ambientes físicos e eletrônicos, sendo realizadas leituras exploratórias seguidas da seleção de bibliografia e da leitura crítica e interpretativa relacionada com o problema de pesquisa e com os pressupostos teóricos da tese. Como fontes de dados, utilizamos o Banco de Teses e Dissertações da CAPES, o Portal de

Periódicos CAPES/MEC, o Redalyc e o portal da ANPED. Neste último portal, foram selecionados estudos dentro de Grupos de Trabalho específicos, sendo eles: GT Psicologia da Educação; GT Educação de crianças de zero a três; GT Educação Especial.

O período estabelecido como marco temporal da investigação foi de 2002 a 2016. Como descritores, foram utilizadas as expressões: *autismo; transtornos globais de desenvolvimento; transtorno do espectro autista*. Em seguida, tais termos foram cruzados com outras expressões: *identificação precoce; intervenção precoce; sinais de risco; diagnóstico; educação infantil e inclusão*.

Foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, como:

- a) os trabalhos deveriam estar publicados nas bases de dados previamente definidas;
- b) as publicações deveriam ter ocorrido no período estabelecido como marco temporal desta tese;
- c) o tema deveria ser a identificação precoce de sinais de risco de autismo;
- d) os trabalhos deveriam ter relação com os seguintes assuntos: avaliação, identificação e diagnóstico de autismo; intervenção precoce; inclusão de alunos com autismo na educação infantil de zero a três anos.

Foram selecionados 149 trabalhos. Dentre esses, estão 55 dissertações de mestrado, 24 teses de doutorado e 70 artigos publicados em periódicos científicos e nos anais da ANPED<sup>6</sup>.

Este capítulo teve como objetivo elucidar as perspectivas teóricas que dão base à investigação, apresentando-as de forma articulada com os passos que tornaram possível a realização da pesquisa. Compreendo que nossas “lentes” de análise não devem ser consideradas separadamente dos procedimentos utilizados para a busca de respostas para nossas interrogações. Assim, foram pontuados os caminhos metodológicos trilhados durante o processo de investigação e escrita.

---

<sup>6</sup>No capítulo referente à revisão de literatura, serão explorados mais alguns detalhes sobre a forma como foi realizada a pesquisa sistemática desta tese.

### 3 O AUTISMO: COMO CEGOS A DESCREVER UM ELEFANTE

Gauderer (1993) afirma que a evolução da etiologia do autismo se assemelha à história dos cegos que se puseram a descrever um elefante:

[...] cada um na sua cegueira tocou, apalpou e esmiuçou uma parte do animal. No final se puseram a descrevê-lo. Obviamente obtiveram visões diversas, frequentemente contraditórias e nunca abrangentes, mas cada um absolutamente seguro da sua verdade. (GAUDERER, 1993, p. 10).

A metáfora utilizada por Gauderer na década de 1990 ainda é apropriada quando nos referimos ao autismo. Hoje, apesar dos avanços científicos e, particularmente, dos avanços relativos a essa questão específica, continuamos como cegos a descrever um elefante. Tem-se apalpado e esmiuçado o objeto a ser descoberto, porém, continuamos com opiniões controversas e pouco abrangentes. Em diferentes áreas, aparecem respostas distintas para a causa do autismo; todavia, talvez o único consenso que se possa identificar atualmente é de que se trata de uma síndrome causada por múltiplos fatores. (BRASIL, 2013).

O desconhecimento sobre o tema, o monopólio de grupos que querem para si o protagonismo relativo às descobertas sobre o assunto e os perigosos anúncios sobre a cura para a síndrome já eram denunciados por Kanner. (KANNER, 1968). O autor dizia que a modéstia, a humildade e a cautela deveriam ser três aspectos imprescindíveis para aqueles que se aventuram a estudar o autismo – somente assim estaríamos resguardados de uma atitude pseudocientífica e de “gritos prematuros de Eureka”. (KANNER, 1968, p. 140).

De acordo com Bercherie (1998), podemos considerar a “idiotia” a precursora não só da deficiência mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do próprio autismo, pois, no fim do século XVIII e início do século XIX, esta categoria diagnóstica abrangia todo o campo da psicopatologia relativo às crianças e aos adolescentes. Em relação à “idiotia” e aos primórdios da Educação Especial, temos o

importante relato sistematizado elaborado por Jean Itard, que, se contrapondo a Pinel, apostou na educabilidade do jovem Victor de Aveyron<sup>7</sup>.

De acordo com Wing (1997), o psiquiatra inglês Maudsley foi um dos pioneiros nos estudos sobre a psicose infantil quando escreveu em seu livro “Physiology and pathology of mind” (1867) o capítulo “On the insanity of early life”. Todavia, a autora diz que, entre 1906 e 1908, o italiano Sanctis e o austríaco Heller realizaram as primeiras descrições das psicoses infantis, incluindo, respectivamente, a *dementia precocissima* e a *dementia infantilis*.

O termo autismo foi utilizado pela primeira vez na literatura psiquiátrica por Plouller em 1906. Em 1911, Eugene Bleurer o definiu como a perda de contato com a realidade ocasionada por comprometimentos na comunicação interpessoal. (SZABO, 1995). Somente em 1943 a síndrome foi descrita por Léo Kanner. (MARQUES, 1998; TUSTIN, 1998; BOSA; BAPTISTA, 2002; SCHMIDT; BOSA, 2003; LAMPREIA, 2004; KLIN, 2006).

Kanner (1943) desenvolveu um estudo com um grupo de crianças de idades entre dois anos e quatro meses e 11 anos que apresentavam quadro clínico de isolamento. O autor pôde, então, observar as seguintes características: extrema dificuldade para estabelecer vínculos com pessoas ou situações; ausência de linguagem ou incapacidade no seu uso significativo; boa memória mecânica; ecolalia; repetição de pronomes sem reversão; recusa de comida; reação de horror a ruídos fortes e movimentos bruscos; repetição de atitudes; e manipulação de objetos, do tipo incorporação. Kanner relatou, ainda, características das famílias dos sujeitos observados e constatou, em comum, o alto nível de inteligência e o alto nível sociocultural dos pais, além de certa frieza nas relações entre os casais e entre pais e filhos. Também foi destacada a existência de aspectos obsessivos no ambiente familiar. (KANNER, 1943). Pela primeira vez na história, sujeitos com tais características foram descritos como “autistas”. O autismo chegou a ser reconhecido como síndrome de Kanner. Antes disso – nos séculos XIX e XX –, algumas crianças que possivelmente apresentavam autismo foram identificadas e descritas sem a denominação que

---

<sup>7</sup>Ver Banks-Leite e Galvão (2000).

conhecemos. Evidências desses fenômenos são os casos de crianças-selvagens, que são relatados pela literatura. (BETTELHEIM, 1987; BANKS-LEITE; GALVÃO, 2000; MATURANA, 2001).

De acordo com Bettelheim (1987), mesmo entendendo que havia similaridades entre os sujeitos que apresentavam esquizofrenia e os sujeitos com autismo no que diz respeito ao desejo de se isolar do mundo, Kanner (1943) diferenciou o grupo dos autistas do grupo dos esquizofrênicos dizendo que talvez fosse possível afirmar que:

[...] enquanto o esquizofrênico tenta resolver seu problema deixando um mundo do qual fez parte e com o qual esteve em contato, nossas crianças gradualmente estabelecem compromissos estendendo tentáculos circunspectos em um mundo no qual têm sido estrangeiros desde o início. (KANNER, 1943, p. 249).

Gauderer (1993) relata que, dois anos após descrever o distúrbio que intitulou “distúrbio autístico do contato afetivo”, Kanner voltou a criar uma nova denominação: autismo “primário” e “secundário”. O autismo primário referia-se àquelas crianças que desenvolveriam o autismo desde o nascimento, sendo o segundo termo – autismo secundário – referente àquelas em que o autismo se manifestaria em período posterior. Em 1944, ou seja, na sua segunda publicação sobre autismo, Kanner modificou a denominação da síndrome, que passou de “distúrbio de contato afetivo” para “autismo infantil precoce”, modificação que Bettelheim (1987) avalia como “lamentável”, por considerar o primeiro termo mais amplo e com maior potencial descritivo.

De acordo com Bosa e Callias (2000), Kanner, em parceria com Eisemberg, acreditou que houvesse alguma relação entre autismo e depressão materna. Bettelheim (1987) descreve a depressão materna como uma espécie de “congelamento emocional”, do qual as crianças com autismo, em sua grande maioria, acabariam sendo vítimas.

Independentemente de Kanner, no ano de 1944, em Viena, o médico-psiquiatra Hans Asperger escreveu o artigo “Psicopatia autística na infância”, em que descreve o caso de quatro crianças que apresentavam comprometimentos em sua relação com o ambiente, mas “alto nível de originalidade no pensamento e nas atitudes”. (BRASIL, 2013b, p. 21).

Asperger continuou praticamente desconhecido até os anos 1980. Por outro lado, Kanner popularizou-se no decorrer dos anos, enfatizando fatores de ordem psicológica ou ambiental em detrimento de fatores orgânicos, aos quais irá recorrer como possibilidade explicativa do autismo nos anos 1960. E, embora até uma parte dos anos 1970 houvesse uma gama de influências teóricas, descrições clínicas e denominações, a concepção psicogênica era hegemônica na psiquiatria. O autismo era visto como um transtorno do psiquismo infantil. Nesse sentido, muitas vezes as características psicológicas dos pais ou a qualidade dos cuidados maternos foram associadas à gênese do quadro de seus filhos. (BRASIL, 2013b).

No que se refere às diferentes abordagens teóricas, a perspectiva psicanalítica considera que as interações com o meio são primordiais na vida de um sujeito, sendo os dois primeiros anos um período crítico para o desenvolvimento do ser humano. Bettelheim (1987) acreditava que as causas do autismo estivessem relacionadas a eventos que tivessem ocorrido a partir do nascimento. O autor não descartava ainda a possibilidade de existir alguma relação com acontecimentos pré-natais, refutando, contudo, a ideia de uma disposição biológica. Bettelheim (1903-1990) – cujo trabalho realizado com crianças com autismo na Escola Ortogênica Sonia Shankmmann entre os anos de 1956 e 1962 deu origem ao livro “A fortaleza vazia” (BETTELHEIM, 1987) – concordava com Bosch (1962) autor que, a partir de observações, chegou à conclusão de que o autismo poderia ter relação com as experiências do segundo ano de vida, já que a criança, nessa fase, começa a ampliar sua rede de interações sociais.

Nessa perspectiva psicodinâmica, destacam-se ainda Melanie Klein (1882-1960), Margareth Mahler (1897-1985) e Francis Tustin (1913-1994). Klein (1965), pioneira no reconhecimento e tratamento da psicose em crianças, entendia que crianças com autismo possuíam características “qualitativamente” diferentes daquelas psicóticas. Para Mahler (1968, 1975), o autismo seria um subgrupo das psicoses infantis e uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não diferenciação perceptiva. Tustin (1981) possuía uma opinião semelhante à defendida por Mahler, reconhecendo uma fase autística normal no início do desenvolvimento infantil. Para a autora, o autismo seria “uma ação traumática à experiência de separação materna”. (BOSA; CALLIAS, 2000, p. 169).

Existem críticas dirigidas à abordagem psicanalítica que questionam a ênfase conferida às relações com a dupla parental como sendo a principal causa do autismo. Alvarez (1992) ressalta a necessidade de um modelo de *feedback* interacional que considere tanto a natureza quanto os cuidados dispensados ao bebê. Por outro lado, existe a compreensão de Tustin (1994), que reconhece a possibilidade de o autismo ter causas psicogênicas somente em uma parcela dos sujeitos que apresentavam a síndrome, destacando a necessidade de se considerar fatores neuroquímicos associados ao funcionamento emocional. (BOSA; CALLIAS, 2000).

Ainda sobre a abordagem psicanalítica a respeito do autismo, destaca-se que, a partir dos anos 1980, houve a produção das escolas francesas de inspiração lacaniana. (LEFORT; LEFORT, 1990, 1995; SOLER, 1999; BAIO, 2005; LAURENT, 2012; MALEVAL, 2012; BARROS, 2012; LAZNIK, 1998; CRESPIAN, 2004). “Essa vertente baseia-se em uma visão estrutural da constituição do sujeito e, no caso do autismo, em uma relação na qual o sujeito deve ser analisado na lógica em que se articulam a linguagem e o corpo”. (BRASIL, 2013b, p. 24).

No que se refere a uma vertente explicativa de cunho biológico, Sacks (1995) relata que, nos anos 1960, a natureza orgânica do autismo passou a ser amplamente aceita. Rimland (1964), com a publicação de seu texto “Infantile autism”, tornou-se um dos grandes colaboradores para que isso ocorresse. Nota-se que, já nessa época, Rimland defendia uma teoria neurológica para o autismo, sustentando que a causa estaria na formação reticular do canal cerebral. (BETTELHEIM, 1987).

O campo psiquiátrico passou a ser fortemente influenciado por pessoas com autismo – as quais começaram a dar depoimentos – e por seus familiares – que, descontentes com as informações difundidas pela psicanálise nos Estados Unidos e na Inglaterra, começaram a exercer protagonismo na defesa de abordagens e pesquisas relativas aos aspectos orgânicos vinculados à sua possível etiologia, bem como de investimentos em intervenções comportamentais. (BRASIL, 2013b). Além de Bernard Rimland (1928-2006), pesquisador e pai de uma pessoa com autismo, podemos citar o nome de Lorna Wing (1928-2014), que, assim como o primeiro, tornou-se pesquisadora em função de ser mãe de uma menina com autismo. Wing, em 1962, participou da fundação da National Autistic Society na Inglaterra.

Atualmente, tem-se observado uma revitalização dos estudos em perspectiva biológica. Vasques (2008) refere que o caráter multifatorial destacado pela compreensão biológica (médica) diz respeito à impossibilidade de um marcador biológico definido. Segundo a autora, existiria aí um consenso: o autismo consiste em uma disfunção do sistema nervoso central e/ou biológica. No que tange à abordagem biológica, há uma tentativa de decifrar o autismo por meio de agentes bioquímicos, neurológicos e genéticos, ou mesmo por meio da congruência de todos eles.

No início dos anos 1980, Wing (1981) escreveu um artigo que modificava parte da descrição clínica realizada por Asperger (1944). Na ocasião, a autora afirmava que tanto o autismo quanto a síndrome descrita em 1944 por Asperger apresentavam a mesma tríade sintomática: comprometimentos na interação social recíproca; comprometimentos na linguagem verbal e não verbal; e ausência ou comprometimento nas atividades imaginativas, que se tornavam estereotipadas e repetitivas. Essa ideia deu mais força à noção de *continuum* – ou *espectro do autismo* – e contribuiu para que a síndrome de Asperger fosse colocada nos manuais classificatórios da psiquiatria na década de 1990.

Sobre as possíveis causas genéticas do autismo, Garcias (2014) afirma que estudos recentes sugerem a existência de uma ampla quantidade de genes envolvidos. Talvez seja relevante saber que muitos casos de autismo estão associados a uma infinidade de síndromes determinantes de condições sobre as quais, segundo o autor, deve-se pensar quando foi feito um diagnóstico. Garcias (2014) apresenta ainda algumas probabilidades de ocorrência de autismo que provêm de estudos epidemiológicos e que poderão ser modificadas, segundo ele, à medida que o quadro clínico do espectro fique mais bem definido. Exemplo disso é a ocorrência de autismo em irmãos. O autor afirma que existe 3% de chance de ocorrer autismo em sujeitos que sejam irmãos de um indivíduo com autismo clássico. Em irmãos de um indivíduo com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), as chances são de 10 a 20%. Já em gêmeos não idênticos, caso um deles apresente autismo clássico, a ocorrência de autismo no outro indivíduo é de 3%; por outro lado, em gêmeos idênticos, caso um dos sujeitos apresente autismo clássico, a probabilidade de autismo no outro irmão será de 60 a 90%.

Garcias (2014) afirma que ainda há muito para se estudar sobre a genética do autismo, mas que provavelmente na próxima década ocorrerão avanços significativos para compreendermos os sujeitos que o apresentam.

Outro polo de possibilidades explicativas pode ser identificado nos estudos associados à teoria da mente. Segundo Baron-Cohen (1990), essa teoria está relacionada à ciência cognitiva<sup>8</sup>. Tal abordagem procura investigar os fenômenos vinculados à cognição e à interação social dos sujeitos que apresentam autismo. De acordo com seus representantes, a incapacidade de atribuir estados mentais a outras pessoas e de prever o comportamento delas em função dessas atribuições seria parcialmente inata. Contudo, para que essa capacidade se efetivasse, deveria haver um aprendizado que se realizaria a partir de trocas com o meio e com aquelas pessoas com as quais a criança interagisse. (BOSA; CALLIAS, 2000). Baron-Cohen (1990) afirma que a teoria da mente defende a hipótese de que sujeitos com autismo possuem uma menor predisposição de representar estados mentais como crenças e intenções, entre outros sentimentos desse tipo. De acordo com o autor, o termo “teoria da mente” provém de Premack e Woodruff (1978), que lhe atribuem o seguinte significado:

Ao dizer que o indivíduo tem uma teoria da mente, queremos significar que ele atribui estados mentais a si próprio e aos outros... Um sistema de inferências deste tipo poderá ser visto como uma teoria, primeiro, porque estes estudos não são diretamente observáveis e, em segundo lugar, porque o sistema pode ser usado com intuito preditivo, especificamente acerca do comportamento de outros organismos. (PREMACK; WOODRUFF, 1978 apud BARON-COHEN, 1990, p. 411).

Quanto à época de desenvolvimento de uma teoria da mente no ser humano, Baron-Cohen (1990) afirma que ela ocorre em idade ainda muito precoce, iniciando no fim do primeiro ano de vida e estabelecendo-se entre os três e os quatro anos de idade. Segundo o autor, a teoria da mente fornece subsídios para que possamos compreender o comportamento social, sendo essencial para a comunicação, tanto verbal quanto não verbal.

---

<sup>8</sup>A ciência cognitiva consiste no estudo sobre como a organização do conhecimento é realizada e como a informação é processada nos seres humanos, nos animais e em outros sistemas inteligentes, biológicos ou não. (BARON-COHEN, 1990).

De acordo com Bosa (2002), é histórica a grande controvérsia referente à definição do autismo, assim como é controversa a distinção entre autismo, psicose e esquizofrenia. Segundo a autora, isso pode ser evidenciado até mesmo na evolução dos dois sistemas de classificação de transtornos mentais e comportamentos: a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD), publicado pela Organização Mundial da Saúde; e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disease - DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Quanto a CID, Bosa (2002) afirma que suas primeiras edições não retratavam o autismo. Em sua oitava edição, o autismo apareceu como um subgrupo da esquizofrenia. Já na nona edição, o autismo aparece no grupo da psicose infantil. Somente nos anos 1980 o autismo é retirado desse grupo e passa a ser mencionado tanto nos DSM-III e DSM-III-R quanto na CID-10 como transtorno global do desenvolvimento. No DSM-IV, o autismo passa então a fazer parte dos transtornos invasivos<sup>9</sup> do desenvolvimento. Bosa e Callias (2000) destacam que tanto a CID-10 quanto o DSM-IV afirmam que sujeitos com autismo apresentam uma tríade de prejuízos nas seguintes áreas: na interação social; na comunicação verbal e não verbal e no brincar imaginativo; e no comportamento e interesses restritivos e repetitivos.

Em 1991, Uta Frith traduziu o trabalho original de Asperger para o inglês. O autor descreveu os sintomas de sujeitos que não apresentavam deficiência mental associada e tampouco atrasos significativos no desenvolvimento da linguagem. Em 1994, o DSM-IV (APA, 1994) utilizou o termo síndrome de Asperger para tais casos. Surgiu, assim, a ideia de que o autismo poderia ser entendido como um espectro de condições variáveis em vez de um quadro clínico. (SCHMIDT, 2014). Atualmente, no DSM-5 (APA, 2013), o autismo faz parte da categoria denominada transtornos do neurodesenvolvimento, tendo como designação o termo transtorno do espectro autista (TEA) em substituição à terminologia transtornos globais do desenvolvimento, adotada no DSM-IV-TR. (APA, 2003).

---

<sup>9</sup>Na língua portuguesa também podemos encontrar o termo “abrangente” em vez de “invasivo”.

O TEA é descrito como uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo ao longo de sua vida, ocorrendo uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia nas áreas que definem o seu diagnóstico. (ZANON et al., 2014, p. 25).

A referida síndrome é definida como um transtorno do desenvolvimento neurológico que ocorre desde a infância e que é caracterizado por comprometimentos nas dimensões sociocomunicativa e comportamental e pela presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades que limitam ou dificultam o funcionamento do sujeito em sua vida diária. O TEA inclui o transtorno autístico, o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno global do desenvolvimento não especificado (também conhecido como autismo atípico). (APA, 2013). Embora as subdivisões deixem de existir no DSM-5, há uma classificação em níveis, a saber: leve, moderado e grave. (GOERGEN, 2014).

Zanon et al. (2014) chamam a atenção para o início precoce da condição que caracteriza o TEA e para o fato de que os comprometimentos a ele relacionados dificultam o desenvolvimento do sujeito ao longo de sua vida. Ressaltam, também, que poderá ocorrer ampla variabilidade tanto na intensidade quanto na forma como se expressarão os sintomas relativos às áreas que definem o diagnóstico.

As abordagens explicativas relacionadas às bases biológicas são, até o momento, conhecidas parcialmente, fazendo com que a identificação e o diagnóstico do transtorno sejam de caráter clínico, ou seja, por meio de indícios dados pelo comportamento e pela história do desenvolvimento do indivíduo. (ZANON et al., 2014).

Em 2010, de acordo com o Center of Diseases Control and Prevention (CDC) do governo norte-americano, estimava-se que o número de casos de autismo fosse um em cada 68 crianças com oito anos de idade, equivalente a 1,47% da população. O dado, referente ao ano de 2010, foi publicado em março de 2014, e representa um aumento de quase 30% em relação aos dados divulgados em 2008, quando se apontava uma criança para cada 88 e 60% em relação a 2006, ano em que foi divulgada a proporção de um caso para cada 110 crianças. (PAIVA JUNIOR, 2014).

São variadas as opiniões de estudiosos acerca do aumento da prevalência de autismo. De acordo com Zanon et al. (2014), o número de pessoas que manifestam o transtorno no mundo é crescente; contudo, para as autoras, isso não significa que houve um aumento em sua prevalência. Elas explicam que tal fenômeno pode ser atribuído à expansão nos critérios diagnósticos, bem como ao incremento dos serviços de saúde relativos ao transtorno e à realização do diagnóstico de forma mais precoce.

Não se tem estimativas de prevalência do TEA no Brasil, já que em nosso país ainda são raros os estudos nessa perspectiva. Entretanto, no Primeiro Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo (EBPA), realizado em 2010, Fombonne (2010) estimou haver uma prevalência de aproximadamente 500 mil pessoas com o transtorno em âmbito nacional, baseando-se no Censo de 2000. (BRASIL, 2013).

Para Schimidt (2014), com tantas pesquisas e achados científicos relativos ao autismo aos quais temos tido acesso nos últimos 70 anos, não podemos mais dizer que esta é uma síndrome desconhecida, mesmo que muitos questionamentos ainda prevaleçam. Segundo o autor, o desafio está em disponibilizar os conhecimentos existentes em prol da melhoria da qualidade de vida desses sujeitos. Já que nossa preocupação maior está relacionada à educação, transferimos tal afirmação para a aplicação do conhecimento a favor de melhorias no que tange à crença e à aposta na educabilidade dessas pessoas.

Como se pôde observar ao longo deste capítulo, houve avanços nas investigações relativas à área do autismo desde a primeira descrição de Kanner, em 1943. Todavia, a identificação da síndrome e a intervenção com os sujeitos por ela afetados ainda nos trazem questionamentos e controvérsias.

Resgatamos aqui o histórico debate entre as tentativas de explicações etiológicas relativas ao autismo ao longo dos tempos, as quais traduzem o movimento da ciência em relação àquilo que é desconhecido e complexo. Ora compreendido como uma patologia relacionada a uma possível frieza materna, ora compreendido como um transtorno inato, as definições de autismo têm apresentado oscilações em termos de ênfases explicativas ao longo da história, levando-nos a entender sua etiologia como multifatorial. De acordo com estudos epidemiológicos norte-americanos, o número de casos de autismo tem crescido vertiginosamente, apontando para uma possível

epidemia, o que é posto em suspenso por alguns estudiosos, como, por exemplo, Kupfer (2017) e Frances (2014). A resposta a esse fato talvez dependa da perspectiva a partir da qual o enxergamos: sim, se concordarmos com o conceito guarda-chuva, que amplia o diagnóstico de acordo com o DSM-5; não, se questionarmos uma compreensão a partir da qual as particularidades de diferentes fenômenos são desconsideradas e colocadas sob um mesmo rótulo.

O autismo constitui-se como um fenômeno de extrema complexidade e difícil compreensão. Bosa (2006) diz que não se pode apostar em uma única abordagem de intervenção para os sujeitos com autismo. Segundo a autora, “[...] um tipo específico de intervenção pode funcionar bem por certo período (por exemplo, nos anos anteriores à escolarização) e não funcionar tão bem nos anos seguintes (por exemplo, na adolescência)”. (BOSA, 2006, p. 2). Contudo, a autora destaca a importância do ensino comum desde cedo para as crianças que apresentam autismo, dando acesso a oportunidades e experiências do cotidiano.

Como podemos observar, ainda temos diversos questionamentos acerca dessa matéria que a ciência está tentando responder. Todavia, destacamos que, embora tais sujeitos apresentem características peculiares relativas à interação social, a ideia caricaturada de que eles não demonstram afeto e não se comunicam não tem se confirmado pela literatura especializada. Hoje existem evidências científicas sobre a capacidade dos sujeitos com autismo em desenvolver relações de apego e de resposta à interação social. Sendo assim, reiteramos a importância de processos educativos que os aproximem dos espaços cotidianos compartilhados. Uma vez mais, gostaríamos de deixar claro que reconhecemos a importância da intervenção precoce quando um bebê apresenta sinais de risco de desenvolvimento ou de sofrimento psíquico. Em contrapartida, temos muitos motivos para questionar a vertente que compreende que desde muito cedo se possa e se deva identificar e nomear o tipo de comprometimento que o sujeito apresenta.

#### 4 IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE RISCO DE AUTISMO E INTERVENÇÃO PRECOCE: UM GESTO DE LEITURA SOBRE A PRODUÇÃO ACADÊMICO-CIENTÍFICA DA ÁREA

Ler em voz alta, ler em silêncio, ser capaz de carregar na mente bibliotecas íntimas de palavras lembradas são aptidões espantosas que adquirimos por meios incertos. Todavia, antes que essas aptidões possam ser adquiridas, o leitor precisa aprender a capacidade básica de reconhecer os signos comuns pelos quais uma sociedade escolheu comunicar-se: em outras palavras, o leitor precisa aprender a ler. Claude Lévi-Strauss conta-nos que no Brasil, durante sua temporada entre os nhambiquaras, ao vê-lo escrever, eles pegaram o lápis e o papel, desenharam rabiscos imitando a escrita e pediram-lhe que "lesse" o que tinham escrito. Os nhambiquaras esperavam que seus rabiscos fossem tão imediatamente significantes para Lévi-Strauss quanto os que ele mesmo fizera. (MANGUEL, 1997, p. 41)

Em busca da capacidade de ler e decifrar os signos que se apresentam, inicia-se o presente capítulo com o objetivo analisar a produção acadêmica acerca da temática: *identificação precoce de sinais de risco de autismo*. A fim de dar partida a essa análise, foram elaborados os seguintes questionamentos: Como o referido tema tem sido tratado nos trabalhos acadêmicos produzidos durante o período transcorrido entre os anos de 2000 e 2016? Como essa identificação precoce tem sido sugerida? Quais perspectivas teóricas têm sustentado as práticas de identificação de sinais de risco de autismo? Quais são as características constitutivas ou predominantes dos processos de investigação e qual o papel atribuído à ação do investigador ou do profissional que a realiza? Quais são as possíveis consequências de um processo precoce de identificação para a escolarização e para a vida de sujeitos que são identificados com sinais de risco de autismo quando bebês?

O campo temático autismo e educação tem se mostrado polifônico em razão da multiplicidade de aspectos que nele podem ser reunidos. Utiliza-se a expressão *polifônico/polifonia* no mesmo sentido adotado por Pardo (1998) quando se refere à pesquisa de Massimo Canevacci sobre a cidade de São Paulo:

Ao tomar a cidade como objeto, ressalta a necessidade de partir da perspectiva polifônica para abordá-la, e essa postura designa um princípio metodológico que prima pelo desejo de dar voz a muitas

vozes. Isso no que se refere ao objeto. A polifonia, no entanto, também remete ao sujeito pesquisador e aí significa a tentativa de navegar por um paradigma inquieto, onde o perder-se no campo da pesquisa é colocado como outro estatuto fundamental (PARDO, 1998, p. 25).

Dando voz a muitas vozes e, fundamentalmente, navegando por um modelo de conhecimento inquieto, enveredou-se pelos meandros das palavras nos bancos de dados virtuais. Foi utilizada como referência a “Revisão Bibliográfica Sistemática”, que se caracteriza como um método científico cujo fim é a busca e a análise de referencial teórico. Tal qual o modo como é denominada, realiza-se essa revisão de forma sistemática e rigorosa, favorecendo a elaboração de uma base sólida de conhecimento. A revisão sistemática facilita o “[...] o desenvolvimento da teoria em áreas onde já existem pesquisas, e também, identifica áreas onde há oportunidades para novas pesquisas”. (CONFORTO et al., 2011, p. 1).

Assim, como o intuito de promover maior rigor na presente investigação bibliográfica, foram adotadas estratégias de busca e análise dos resultados, intencionando-se “[...] a repetição a partir de ciclos contínuos até que os objetivos da revisão [...]” fossem alcançados. (CONFORTO et al., 2011, p. 2).

Tomando como base os estudos de Conforto et al. (2011) e Correia (2016), elaborou-se um roteiro a ser seguido na presente revisão bibliográfica sistemática. Todavia, assim como Correia (2016), ressalta-se que o referido roteiro não tem “[...] pretensão de criar um embasamento teórico-científico do tipo ‘estado da arte’, tampouco servir de replicação usual em outras áreas de conhecimento.” (p. 20).

Segundo Conforto et al. (2011), a pesquisa bibliográfica sistemática é realizada em três fases. Na primeira, denominada *fase de entrada*, foi definido o problema e, a partir dele, foram elaboradas questões às quais se buscou responder com a revisão sistemática. Nessa fase, também foram estabelecidos os objetivos e as fontes usadas para as buscas, assim como foram definidos os descritores aplicados. Correia (2016) ressalta a importância dos critérios de qualificação das pesquisas; a definição de métodos e ferramentas a serem utilizadas durante a investigação, “[...] a exemplo dos filtros de busca e a forma de armazenamento das informações [...]”. (p. 21).

Já na segunda fase, denominada por Conforto et al. (2011) como *fase de processamento*, as buscas em si foram realizadas. Logo, os estudos encontrados foram

lidos e analisados por meio de três filtros. O primeiro foi a leitura do *título*, do *resumo* e das *palavras-chave*. A partir desse filtro, foram catalogados os trabalhos selecionados. Trabalhos cujos resumos não apresentavam informações úteis na seleção passaram por um segundo filtro, onde foram lidas a introdução e a conclusão. O terceiro filtro constituiu-se pela leitura do trabalho na íntegra, o que definiu a inclusão ou a exclusão do estudo. (CORREIA, 2016).

Na terceira fase, chamada por Conforto et al. (2011) de *fase de saída*, foram realizados os registros e a catalogação dos dados encontrados e, ainda, a leitura completa de todos os trabalhos selecionados pelo processo anterior; sendo elaborada um síntese dos resultados. Com o intuito de melhor sistematização do conteúdo, identificamos quatro eixos temáticos que emergem recorrentemente na análise dos estudos utilizados. Foram eles: “Autismo e escolarização”; “Identificação e intervenção precoce: profissionais envolvidos”; “O enigma do autismo” e “Autismo e atenção compartilhada”.

Foram percorridos o Banco de Teses e Dissertações da CAPES<sup>10</sup>; o Portal de Periódicos CAPES/MEC; o Redalyc<sup>11</sup> e o portal da ANPED<sup>12</sup>. Dentro desse último portal, foram selecionados estudos dentro de grupos de trabalho específicos. Sendo eles: GT Psicologia da Educação; GT Educação de Crianças de 0 a 6 anos; GT Educação Especial.

O período estabelecido foi o de 2000 a 2016. O referido marco temporal justifica-se em função de contemplar o momento no qual começaram a ser divulgados os estudos sobre os identificadores de risco de desenvolvimento, tendo estes um maior destaque nos últimos anos. Serviram de descritores as expressões: autismo; transtornos globais de desenvolvimento<sup>13</sup>; transtorno do espectro autista<sup>14</sup>. Prontamente, tais termos foram cruzados com outras expressões. Sendo elas:

---

<sup>10</sup>Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

<sup>11</sup>Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

<sup>12</sup>Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação

<sup>13</sup>Para facilitar a escrita, identificaremos os transtornos globais do desenvolvimento pela sigla TGD.

<sup>14</sup>O transtorno do espectro autista também será identificado, ao longo do trabalho, por uma sigla: TEA.

identificação precoce; intervenção precoce; sinais de risco; diagnóstico; educação infantil e inclusão.

No total, foram selecionados 149 trabalhos. Entre esses, estão 55 dissertações de mestrado, 24 teses de doutorado e 70 artigos publicados em periódicos científicos<sup>15</sup>.

Segundo Vasques e Baptista (2014), diferentes autores destacam “[...] a importância de inventariar e sistematizar determinadas áreas e temáticas no sentido de compreender os movimentos, a amplitude, as tendências teóricas e metodológicas”. (p. 2). Os referidos autores citam Ferreira (2002) e Sander (2007) que, por sua vez, afirmam que essa prática poderá intervir nas próprias práticas docentes e nos processos de democratização e qualificação da escola e da educação.

Mesmo com uma organização que tenta sistematizar da melhor forma possível o material encontrado, quando se observa a quantidade de trabalhos encontrados ao longo da investigação nos *sites* de dados acadêmicos, uma das primeiras questões que surge é: por onde e como começar? Para Vasques (2008),

[...] na biblioteca assiste-se ao conflito das razões classificatórias — princípios de seleção e ordenação que determinam a visibilidade dos materiais bibliográficos. Dessas classificações nascem nossas possibilidades de busca e escolha, onde muitos são censurados pela localização da estante, pela catalogação, pela forma dada ao acervo, pelo tempo, pelo volume [...] toda biblioteca carrega em si o paradoxo da inclusão e exclusão de saberes. (VASQUES, 2008, p. 24).

Vasques (2008), ao analisar as reflexões de Perec (2005), apresenta uma proposição que reafirma as limitações de qualquer processo classificatório e diz que nenhuma classificação é satisfatória em si mesma. É com esse sentimento que nos deparamos com inúmeros trabalhos — uma biblioteca, talvez — com o intuito de analisá-los. Seguindo por entre signos, tenta-se decifrá-los com lentes atentas aos seus significados mais sutis.

---

<sup>15</sup>Para cada trabalho foi preenchido um quadro com os seus dados, como por exemplo, título, autor, orientador, instituição, ano de publicação, etc.). Em anexo, encontra-se uma sistematização desse quadro.

Como afirmam Vasques e Baptista (2014), a potência da pesquisa bibliográfica não está no mapeamento das informações, e sim nas diversas e distintas formas de interpretá-las. Investindo nessa potência, iniciou-se a análise dos trabalhos encontrados. Considerando a distribuição do número de trabalhos ao longo do marco temporal definido, pôde-se observar que, a partir do ano de 2008, houve um aumento no número de publicações de trabalhos relativos ao tema *autismo*. No referido ano, deve-se ressaltar, houve a publicação da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva (BRASIL, 2008), a qual teve por objetivo definir como diretriz para a área a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

Em 2012, por sua vez, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (Lei nº 12.764 de 27/12/12). Para todos os efeitos legais, a pessoa com transtornos do espectro do autismo é considerada pessoa com deficiência.

Quanto às áreas de conhecimento às quais pertencem os trabalhos, foram encontradas, segundo a classificação da própria CAPES: educação; ciência da computação; fonoaudiologia; genética; interdisciplinar; medicina; psicologia; sociologia; tratamento; e prevenção psicológica. Contudo, os trabalhos foram classificados ainda em duas grandes áreas: a área da saúde e a área das ciências humanas.

Ao analisar os trabalhos sobre identificação de sinais de risco de autismo e intervenção precoce, pôde-se observar a existência de dois eixos teóricos norteadores distintos. O primeiro compreende a identificação de sinais de risco de desenvolvimento como um processo complexo que, embora necessário, deve ser cauteloso; tendo como elemento a própria intervenção. Esse eixo também se caracteriza pela compreensão de que os sinais identificados são de risco de desenvolvimento ou sofrimento psíquico. Dessa forma, não há de antemão uma nomeação de tais sinais em forma de categoria diagnóstica. O segundo eixo, por sua vez, supõe existir a possibilidade de identificar sinais que, no futuro, irão integrar a categoria denominada autismo. Contudo, desde o princípio nomeiam-se tais sinais

como pistas da existência de autismo. Esse grupo investe no desenvolvimento de escalas específicas para tal identificação.

Para tanto, são desenvolvidos protocolos com o intuito prioritário de classificação/mensuração<sup>16</sup>, sem que isso esteja associado a um compromisso com a intervenção educativa. Ou melhor, sem que haja a necessidade prevista de interagir com a criança em modo exploratório, permitindo o levantamento de indícios a partir de um modo processual.

Embora essa cisão em dois eixos teóricos possa parecer simplificadora, considera-se importante identificar vertentes que se associam aos processos de intervenção e de produção de uma leitura diagnóstica. Entende-se que existe um contínuo que congrega tais eixos. No primeiro, porém, estariam presentes as premissas associadas às teorias psicanalíticas ou à abordagem sistêmica. No segundo, por sua vez, identificam-se as premissas de uma perspectiva cognitivo-comportamental. Trata-se, portanto, de uma tendência expressa nos diferentes estudos que não deve ser considerada como absoluta, mas de caráter predominante para um ou outro polo.

Tomando como base o primeiro eixo, destacamos o trabalho de Vasques (2008), que discorre sobre o ponto relativo ao diagnóstico, afirmando ser o mais recorrente nos trabalhos sobre a temática. Para a autora, assim se formalizam os questionamentos sobre quem são os sujeitos com autismo e de onde derivam as distintas propostas de intervenção. No Brasil, atualmente, as pesquisas sobre o autismo frequentemente estão associadas à ideia de patologia e incapacidade. “O diagnóstico aponta as falhas, os déficits decorrentes de alterações, desequilíbrios e mutações genéticas do sistema nervoso central ou ainda falhas do/no psiquismo”. (VASQUES, 2008, p. 185).

Portanto, é imprescindível refletir sobre como os diagnósticos no campo do autismo têm sido realizados. O diagnóstico seria “o conhecimento ou determinação de uma doença pela observação de seus sintomas. Os fatos que iluminam uma conclusão. O primeiro passo do processo terapêutico.” (VASQUES, 2008, p. 108). O diagnóstico relativo ao autismo foi comparado por Vasques (2008; 2009) a uma pequena Babel,

---

<sup>16</sup>O Capítulo 6 será dedicado exclusivamente a essa temática.

pois, por exemplo, o sujeito que apresenta essa síndrome na neurociência distingue-se daquele da psicanálise, e assim por diante.

No processo de identificação dos sujeitos com autismo há, frequentemente, uma tendência à simplificação. Busca-se apenas identificar nesse sujeito sinais que confirmarão ou não a “patologia”. Da mesma forma, parte-se do pressuposto de que a identificação assegurará uma futura intervenção, o que difere de um processo diagnóstico do qual a intervenção deveria fazer parte. O outro é, durante o processo diagnóstico, transformado em algo a ser observado, checado, sem considerar o contexto e a sua indispensável reciprocidade. Assim, tal sujeito passaria a fazer parte de um grupo a ser observado com outros olhos. Mas que olhos serão esses? O que decorrerá da identificação precoce de sinais de risco de autismo? Tem-se justificado essa identificação com base na possível melhora do prognóstico global da criança, assim como pela probabilidade de aumentar a qualidade de vida desses sujeitos, promovendo sua futura inserção social. (SEVILLHA et al., 2013; GARCIA; LAMPREIA, 2011; PALOMO, 2012; BOSA, 2002; HÖHER-CAMARGO, 2007)<sup>17</sup>. E, de preferência, o processo deve ocorrer de forma rápida e não laboriosa, como chegou a ser destacado em uma palestra proferida por uma das autoras estudadas<sup>18</sup>.

#### 4.1 AUTISMO E ESCOLARIZAÇÃO

Nos artigos analisados, atribui-se relevância à inclusão de alunos com autismo na escola regular, tanto em trabalhos vinculados ao primeiro quanto ao segundo dos eixos mencionados. Possivelmente, isso se dá em função do reconhecimento da dimensão social presente na instituição da condição vivencial associada à síndrome. Todavia, nos trabalhos que fazem parte do segundo eixo, não aparece preocupação com as possíveis repercussões de uma identificação de sinais de um suposto risco de autismo, tampouco o que isso poderá significar para a vida escolar da criança.

---

<sup>17</sup>Observa-se que tanto autores que fazem parte do primeiro eixo quanto do segundo concordam com essa ideia.

<sup>18</sup>“Falar em rastreamento e vigilância, esse é um ponto que me toca particularmente [...] significa ter que avaliar um número enorme de crianças. Por isso, os instrumentos devem ser de fácil aplicação em dois sentidos: não requererem um treinamento muito complexo e laborioso [...] e demandar pouco tempo de aplicação, já que serão aplicados à população em geral” (LAMPREIA, 2008).

Sobre a dimensão social, aponta-se que escola constitui-se como fundamental para a superação de limitações advindas desses aspectos, permitindo a ampliação progressiva de experiências socializadoras, pois oportuniza novos comportamentos e conhecimentos. (HÖRHE-CAMARGO; BOSA, 2009). Existem evidências de bons resultados na experiência de provisão precoce de educação formal aliada à integração de todos os profissionais envolvidos. Crianças com desenvolvimento típico fornecem modelos de interação para crianças com autismo. (BOSA, 2006). Outros autores corroboram essa ideia e ainda ressaltam que tanto as crianças com autismo poderiam se beneficiar com a convivência mútua quanto seus colegas. (SANINI, 2011; FREITAS, 2009; PIMENTEL, 2013).

No âmbito da dissertação de Höher-Camargo (2007), foi realizada uma revisão crítica da literatura a respeito do conceito de competência social<sup>19</sup> e dos estudos existentes naquele momento na área de autismo e inclusão escolar.

No estudo do desenvolvimento humano, a interação social tem ocupado distintos espaços, dependendo da função a ela atribuída por diferentes abordagens. Todavia, pode-se afirmar que há um consenso no que diz respeito à ideia de que o sucesso da constituição psíquica do indivíduo depende, prioritariamente, do processo de socialização. A interação com pares não fornece apenas experiências necessárias ao desenvolvimento de competências sociocognitivas, mas é fundamental para o autoconhecimento e para a compreensão do *self*. Para crianças com autismo, o convívio com outras crianças da mesma faixa etária pode trazer resultados positivos, pois favorece a estimulação de suas capacidades interativas, impedindo-as de se isolarem continuamente. (HÖHER-CAMARGO, 2007).

No contexto das relações sociais emergem a linguagem, o desenvolvimento cognitivo, o autoconhecimento e o conhecimento do outro. Além de proporcionar outros conhecimentos sobre o mundo, a interação social atua como predecessora de relacionamentos subsequentes (conjugal, parental). (HÖHER-CAMARGO; BOSA, 2009, p. 2).

---

<sup>19</sup>Nessa dissertação, a competência social é conceituada como um constructo psicológico que reflete múltiplas facetas do comportamento cognitivo, emocional e comportamental. Ela constitui-se por um conjunto de comportamentos aprendidos no decorrer das interações sociais, predominantemente naquelas realizadas com pares.

O estudo de Höher-Camargo e Bosa (2009) mostrou que são raras as investigações encontradas na área da psicologia sobre inclusão de crianças com autismo na escola regular. Entre essas investigações encontradas, no entanto, o principal enfoque se dá sobre a percepção de pais e professores no que diz respeito a essa possibilidade — a inclusão de crianças com autismo — e seus efeitos nos âmbitos familiar e escolar. Na área da educação, o foco tem sido semelhante. As autoras chamam a atenção para a falta de estudos que investiguem diretamente o comportamento social da criança na escola. Enfatizam também que é urgente a realização de mais estudos envolvendo crianças em idade pré-escolar, em razão de ser nessa época que as crianças têm suas primeiras experiências com pares fora do ambiente familiar e recreativo. Outro elemento destacado é a desmistificação, por meio de pesquisas, relacionada à incapacidade de interação das crianças com autismo.

Em seu trabalho empírico, Höher-Camargo (2007) comparou o perfil de competência social de uma criança com diagnóstico prévio de autismo em situação de inclusão escolar e outra criança com desenvolvimento típico que frequentava a mesma classe, ambas do sexo masculino e em idade pré-escolar, identificando diferenças e semelhanças entre ambas. Nessa pesquisa, também foi investigada a influência do contexto escolar (pátio e sala de aula) na competência social das duas crianças. A autora concluiu que houve evidência de competência social na criança com autismo ao participar de atividades de grupo, quando solicitada pelos colegas, ao aceitar sugestões e pedidos dos outros, mostrando-se amigável, afetiva e disposta. Chama a atenção também o fato de que os aspectos relativos à competência social que diferiram da criança com desenvolvimento típico diferiram mais em função da frequência e da intensidade do que pela ausência em si. A autora diz ainda não ter observado comportamentos relacionados a agressão e desorganização do *self* na criança com autismo. Por outro lado, ela destaca que a criança com desenvolvimento típico apresentou alguns comportamentos dependentes, bem como agressão e desorganização. No que tange ao contexto escolar, a criança com autismo apresentou maior dificuldade na expressão da competência social em sala de aula em comparação ao pátio. Contudo, segundo Höher-Camargo (2007), há evidências de que isso também ocorre com crianças com desenvolvimento típico.

Uma evidência importante apontada pelo referido estudo é o de que há necessidade de implantar práticas pedagógicas que considerem as dificuldades, tais como: permitir momentos de pausa necessária à criança, antecipar ações e comunicar mudanças de rotina, atividades ou contextos para evitar desorganização do comportamento diante do desconhecido.

Passerino (2005) analisou a interação social e os processos de mediação em sujeitos com autismo a partir da utilização de ambientes de aprendizagem tecnológica à luz da teoria sócio-histórica. A investigação constituiu-se como um estudo multicasos, participando da pesquisa dois grupos de sujeitos com autismo, sendo esses sujeitos observados e acompanhados em atividades mediadas em ambientes digitais distintos. O estudo concluiu que a utilização de ambientes digitais de aprendizagem em conjunto com estratégias de mediação adequadas e adaptadas mostrou-se relevante para o desenvolvimento da interação social de sujeitos com autismo.

Sanini (2011), em sua tese de doutorado, propõe duas diferentes reflexões. Em primeiro lugar, investigou mudanças no perfil de competência social de uma criança com autismo na educação infantil ao longo de um ano letivo. Para tanto, foram investigados dois contextos: pátio e sala de aula. Foi utilizada a versão adaptada da escala Q-Sort<sup>20</sup> de competência social. Participou do estudo uma criança com três anos de idade com diagnóstico prévio de autismo. Ao longo do ano, os resultados oscilaram nas cinco categorias investigadas: sociabilidade; asserção social; agressão; dependência; desorganização do *self*. Ao contrário de estudos anteriores, comparando o fator ambiental (sala de aula e pátio), para a autora, nesse estudo, a sala de aula

---

<sup>20</sup>Tal instrumento “foi construído com base na metodologia Q, introduzida por William Stepheson (1953). A escala identifica o perfil da competência social das crianças. Conceitualmente, essa escala baseia-se na perspectiva relacional (SROUFE, 1979; WATERS; SROUFE, 1983), que estabelece uma relação recíproca entre o indivíduo e as relações, admitindo que estas são protagonizadas, construídas pelo indivíduo e são, portanto, a matriz onde se organizam os comportamentos sociais. [...] trata-se, portanto, de um instrumento de medida ideográfica que permite avaliar as diferenças e semelhanças individuais a partir da indicação de padrões de organização do comportamento social. Esses padrões, por sua vez, fornecem a base de possíveis comparações dos perfis comportamentais que emergem no contexto da observação. Esse instrumento é originalmente composto por 53 itens elaborados com base na revisão de literatura, estudos exploratórios e observação de interações. Entretanto, o mesmo foi adaptado para o português brasileiro e para a realidade da criança com autismo”. (HÖHER-CAMARGO, 2007, p. 32).

mostrou-se mais favorável à expressão da competência social do que o pátio. Houve mudanças em praticamente a metade dos itens da escala (22 de 46).

O trabalho citado afirma que, se a criança tiver oportunidade de interagir com crianças que apresentem melhor habilidade do que ela em determinado aspecto do desenvolvimento, poderá beneficiar-se disso de forma mais ampla do que se estivesse sozinha.. Além disso, referindo o pensamento de Rose-Krasnor (1997), a autora diz que essa situação pode ser destacada no caso de crianças com autismo que apresentam dificuldades no campo social:

Uma criança que interage com um colega socialmente mais habilidoso provavelmente terá uma relação de maior qualidade — e então, com maior competência — do que a mesma criança interagindo com um colega menos habilidoso. Nesse caso, crianças com autismo, um transtorno que tem como uma de suas principais características justamente uma dificuldade de interação social, podem ser duplamente beneficiadas com essas experiências. (SANINI, 2011, p. 17).

Sobre os benefícios alcançados pelas crianças com desenvolvimento típico, a autora ressalta que vão muito além da redução de preconceitos:

A diversidade, em contraposição ao “padrão”, amplia a capacidade simbólica, uma vez que a experiência transforma a realidade, possibilitando diferentes parâmetros que a criança experimenta sobre o que significa ‘ser criança’. Nesse sentido, a escola se constitui em um espaço essencialmente interativo e reconhecidamente relevante para o desenvolvimento interpessoal e, por isso, é um espaço natural para a relação entre pares. (SANINI, 2011, p. 18).

Na mesma pesquisa, Sanini (2011) procurou investigar as crenças de uma educadora de uma escola de educação infantil privada de Porto Alegre/RS a respeito de seu aluno com autismo e o modo como essas crenças influenciam sua prática pedagógica com ele na pré-escola. A autora estudou também as mudanças no senso de autoeficácia da educadora acerca de sua prática pedagógica, dada a realização de

um programa<sup>21</sup> de acompanhamento na escola com foco nesses dois aspectos — crenças e autoeficácia.

O senso de autoeficácia da professora foi avaliado a partir do seu conhecimento sobre autismo, dos sentimentos relacionados ao trabalho e às estratégias utilizadas, da percepção sobre desenvolvimento e aprendizagem da criança, bem do apoio e/ou orientação recebidos. Com relação às crenças, observou-se um aumento da capacidade reflexiva acerca das informações sobre a síndrome, assim como mudanças nas expectativas a respeito da evolução e da aprendizagem do aluno.

Após a participação dessa professora no mencionado programa, foi possível observar mudanças em seu senso de autoeficácia. Entre essas mudanças, a possibilidade de dar significado teórico à sua prática e ser capaz de detectar e compreender as características próprias do autismo. Isso levou a constatar a efetividade de algumas de suas práticas e certas características pessoais, como persistência, o que, por sua vez, a fez reconhecer suas capacidades e se surpreender com elas. De acordo com a autora, tais resultados influenciam o delineamento de atividades de capacitação de professores da educação infantil que trabalham com sujeitos com autismo.

Revisando a literatura relativa à temática, Sanini (2011) diz ter sido possível verificar que as percepções do professor sobre seu aluno com deficiência influenciarão tanto a relação entre eles quanto a escolha da proposta de trabalho a ser realizada. Entretanto, chama atenção para a existência de outros elementos que influenciam o processo, pois a maneira como o professor atuará relaciona-se estreitamente com suas crenças e valores.

Para Bosa (2006), há um crescente reconhecimento sobre a importância de a intervenção relativa ao autismo envolver tanto as necessidades da criança quanto as da família. Todavia, há controvérsias acerca de qual intervenção seria mais adequada.

---

<sup>21</sup>O referido programa tinha como objetivo promover discussões sobre o trabalho com o aluno com autismo, tendo sido utilizados eixos norteadores, tais como: os sentimentos; as dificuldades; a confiança; e a segurança em sua prática pedagógica; assim como formas de compreender e responder ao comportamento da criança.

Em seu estudo, realizou-se uma revisão de literatura sobre as distintas intervenções<sup>22</sup> que têm sido propostas para esses sujeitos, procurando dar ênfase àquelas que apresentam base empírica. O estudo aponta que não há uma única e eficaz abordagem. Ao contrário disso, as famílias modificam suas expectativas e valores com relação ao tratamento de seus filhos de acordo com a fase de desenvolvimento da criança e com o contexto familiar. Além disso, chama-se atenção para a diversidade de serviços disponíveis, desde aqueles com abordagens individuais realizados por profissionais intensamente treinados até serviços compostos por clínicas multidisciplinares. Destaca-se também a existência de evidências sobre a importância de se prover educação formal precocemente, a partir dos 2 aos 4 anos de idade, e que a educação formal precoce “aliada à integração de todos os profissionais envolvidos é a abordagem terapêutica mais efetiva” (BOSA, 2006, p. 3).

Sobre a escolarização de sujeitos com TGD, Baptista e Vasques (2014) realizaram um levantamento do que foi produzido nos programas de pós-graduação brasileiro em termos de teses e dissertações entre os anos de 2000 e 2012. Foram analisadas as concepções de TGD, escola e escolarização. Como pontos encontrados durante a análise do levantamento acadêmico-científico, os autores destacam o frágil e recente interesse dos poderes públicos na construção de dispositivos legais que favoreçam os aspectos assistenciais, escolares e clínicos; os processos relativos à avaliação, às terapêuticas e terapias e também à escolarização são indicadas como temáticas recorrentes.

---

<sup>22</sup>Há, em Bosa (2006), uma síntese bastante elaborada daquilo que tem predominado nas intervenções pedagógicas propostas na área. Nesse sentido, destacam-se os sistemas de sinais, como o de Makaton, sistema que incorpora símbolos e sinais. . No Reino Unido, esse sistema tem sido usado com frequência, embora as evidências de melhora na comunicação de crianças com autismo seja limitada. Também há o PECS (Picture Exchange Communication System), um sistema baseado em figuras no qual a criança exerce, segundo a autora, um papel ativo, bem como o Programa de Comunicação Facilitada, que envolve apoio físico para mãos, braços e pulsos para facilitar a utilização de cartões de comunicação de vários tipos. O Método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) é tido como outro exemplo de sistema de instrução visual. Ele consiste em um programa altamente estruturado que combina diferentes materiais visuais para aperfeiçoar a linguagem, o aprendizado e reduzir “comportamentos inapropriados”. É mencionado também o Mind-read, que se caracteriza como uma abordagem cujo intuito é melhorar as dificuldades sociais dos sujeitos que apresentam o transtorno, atuando como um treinamento para melhorar a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Ainda são citados o Lovaas e a terapia comportamental tradicional com enfoque ABC.

Vasques e Baptista (2014) enfatizam que existem alguns consensos, como a homogeneidade no que diz respeito às diversas expressões clínicas e subjetivas, a precariedade dos serviços oferecidos e, de certa forma, a fragilidade do conhecimento na área. Além disso, no que tange à relação entre a produção acadêmico-científica e as políticas de educação especial, a maioria dos estudos sobre escolarização não se refere de forma direta aos documentos legais e normativos.

Sobre diagnóstico, avaliação e processos de identificação e sua relação com a escolarização, Vasques e Baptista (2014) perceberam duas distintas perspectivas, o que vai ao encontro do posicionamento assumido no presente trabalho, quando foram distinguidos dois eixos no levantamento bibliográfico. Os autores relatam que observaram nos trabalhos encontrados uma perspectiva relativa aos processos de avaliação e mensuração, com o intuito de desenvolver escalas e protocolos específicos mais tarde vinculados a intervenções individualizadas e tratamentos psicoeducativos, e uma segunda perspectiva, relacionada àqueles que questionam a rigidez dos sistemas classificatórios e suas consequências para a escolarização dos sujeitos com autismo.

Para esses autores também chamaram atenção: a existência de poucos estudos que tematizam o atendimento educacional especializado como ação complementar; o questionamento sobre os limites e as impossibilidades da inclusão escolar; a forte vinculação da formação de professores aos aspectos técnicos e instrumentais; e a educação infantil como locus prioritário das ações inclusivas. Permanece o questionamento sobre até que ponto as diretrizes educacionais de caráter inclusivo conseguem efetivamente desconstruir “sentidos que relacionam diferença à desigualdade, à anormalidade e à ineducabilidade”. (VASQUES; BAPTISTA, 2014, p. 681).

#### 4.2 IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE: PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

A relação com os profissionais envolvidos na detecção e na intervenção precoce também é destacada em vários trabalhos. (SEVILLA et al., 2013; BOSA, 2006; FLORES;

SMEHA, 2013; ). Sevilla et al. (2013) tiveram como objetivo detectar em qual idade ocorrem as primeiras suspeitas de autismo e a quais profissionais as famílias recorrem em primeiro lugar. Concluiu-se que, em 79% dos casos, a própria família foi a primeira a suspeitar de algum problema no desenvolvimento da criança, seguida pelos profissionais da educação (15%) e da saúde (pediatras 4%, psicólogos clínicos 2%), de modo que essas primeiras preocupações originaram-se de variados comportamentos. As primeiras suspeitas ocorreram entre 12 e 18 meses de idade em 40% dos casos; entre 19 e 24 meses em 18% dos casos; entre os 2 e 3 anos de idade em 23% dos casos; depois dos 3 anos em 10% dos casos; e, finalmente, antes dos 2 meses de idade em apenas 9% dos casos.

No que diz respeito à relação com os profissionais envolvidos, o trabalho de Bosa (2006) aponta a controvérsia que se estabelece no processo diagnóstico como uma das situações mais estressantes para os pais. Há autores que destacam as contradições da equipe relativas tanto ao diagnóstico em si quanto ao encaminhamento para o atendimento.

Para Flores e Smeha (2013) o mais intrigante é o fato de que, na maioria das vezes, os pais ou outras pessoas próximas percebem algum comprometimento no desenvolvimento da criança, mas o médico, não. Segundo as autoras, somente quando surgem déficits maiores, o médico toma providência mais efetiva. Os sinais mais comuns que chamam atenção e levam à tomada de atitude são a regressão ou a ausência da fala, assim como a dificuldade de interação social. Apenas quando isso ocorre, segundo o estudo, a criança é encaminhada para o tratamento em saúde mental.

Segundo o estudo de Tobón (2012), a identificação e a intervenção precoces não só são possíveis, como necessárias. Segundo ela, a evolução no desenvolvimento da criança está estreitamente relacionada à idade em que é feito o diagnóstico, com intervenção precoce e a inclusão. Essa autora ressalta ainda que se a intervenção se inicia aos dois anos de idade, aumentam os ganhos em comunicação e em funcionamento intelectual. Desse modo, haverá chances de, aos nove anos de idade, a criança não apresentar mais diversos sintomas manifestados anteriormente. Além disso, com a intervenção precoce, 86% das crianças com autismo poderiam

desenvolver a comunicação verbal. Tobón (2012) também conta sobre um estudo realizado na Fundação Integrar, na cidade de Medellín, Colômbia. Participaram dele 42 famílias, cujos filhos haviam recebido o diagnóstico de autismo fazia cinco anos. Entre os dados encontrados pela autora, está o de que alguns comprometimentos no desenvolvimento foram observados pelos pais por volta dos 18 meses de idade da criança, e alguns relataram que desde os sete meses já haviam notado algum problema. Um segundo ponto destacado se refere à idade média do diagnóstico, o qual é conferido por volta dos 3 anos de idade, ou seja, um ano e meio depois, no mínimo, de os pais observarem que algo não ia bem com o desenvolvimento de seus bebês. Segundo a referida investigação, até receber o diagnóstico final, a criança é avaliada em média por dois a dez profissionais diferentes.

Na França, há a obrigatoriedade de as crianças entre três e quatro meses passarem por um exame clínico para a identificação de possíveis riscos de desenvolvimento de autismo. Para tanto, os pediatras são capacitados a observar com atenção a relação do bebê com seu cuidador prioritário – geralmente, a mãe. Nesse país, a formação médica tem como foco o desenvolvimento biológico e psicofísico, atentando às possibilidades motoras dos bebês. (FLORES; SMEHA, 2013). Segundo as autoras relatam, no Brasil, os médicos frequentemente não percebem sinais de risco de autismo em consequência de não estarem atentos aos sinais psíquicos considerados inadequados do bebê. Aparentemente, os pediatras pouco valorizam sinais mais subjetivos de que algo pode estar comprometido na criança em seus primeiros anos de vida, pois somente elementos mais visíveis são levados em consideração.

#### 4.3 O ENIGMA DO AUTISMO

Questionando o fragmentado conhecimento acerca dos sujeitos com autismo e psicoses infantis, assim como acerca das estratégias de intervenção e escolarização, Vasques (2008) produziu sua tese de doutorado com a intenção de construir um novo olhar sobre tais sujeitos e suas possibilidades subjetivas e educacionais. Para tanto, problematizou a relação diagnóstico-escolarização, realizando um estudo

bibliográfico a partir do conhecimento acadêmico-científico – teses e dissertações – produzido nos programas de pós-graduação brasileiros entre 1978 e 2006.

A investigação de Vasques (2008) buscou conhecer as áreas envolvidas, a singularidade do debate sobre a temática e o lugar conferido ao diagnóstico. Para tanto, buscou construir um diálogo entre as ideias relativas à educação inclusiva, a psicanálise freudo-lacanianana, a hermenêutica filosófica e a literatura. A pesquisa realizou “[...] um deslocamento do foco de atenção do sujeito para o leitor que constrói uma interpretação. Do sujeito com autismo, autista, com psicose, para o professor, onde o diagnóstico é uma das lentes”. (VASQUES, 2008, p. 26).

Foram citadas algumas perspectivas de leitura diagnóstica e seus sentidos, as quais no texto foram denominadas “lentes”. Por exemplo: as lentes descritivas ou “ateóricas”, que estariam vinculadas ao DSM-IV-TR e ao CID-10; a lente médica; a lente cognitivista; e a lente psicanalítica. De acordo com Vasques (2008), “para além das diferentes abordagens, é a partir dos ‘modos de usar’ do diagnóstico que se constroem as possibilidades de criação” (p. 182), ou seja, “nesse processo de vir-a-ser, pode-se conceber o diagnóstico como leitura de um texto que está para se escrever, o que coloca a origem, a causalidade, como ponto de chegada e não como ponto de partida, implicando a responsabilidade do leitor”. (VASQUES, 2008, p. 178).

Ainda sobre o diagnóstico, Bosa (2006) alega que, apesar da importância, ele é raro nos anos pré-escolares. Em parte, devido ao desconhecimento sobre o desenvolvimento típico de uma criança, especialmente no que diz respeito à comunicação não verbal. Nessa faixa etária, o marcador mais significativo é o prejuízo nas habilidades de atenção compartilhada.

No que se refere às crianças com autismo, a autora diz que há razões suficientes para ampliar esforços na identificação e na intervenção o mais precocemente possível, justificando tal iniciativa pelo fato de que os melhores preditores do desenvolvimento subsequente são tanto o nível de comunicação quanto as habilidades cognitivas durante os anos pré-escolares

Em vista da presente revisão de literatura, consideram-se ainda raros os estudos que compreendem o autismo como um fenômeno, ou seja, que colocam em suspensão a evidência empírica como fato e se dedicam à dimensão interpretativa que implica

todos os envolvidos. Marocco (2010, 2011) figura como uma importante representante dessa linha de pensamento. O estudo de Marocco (2010), citando Leboyer (1995), diz que o autismo é um fenômeno tão complexo que nenhuma abordagem terapêutica, clínica ou metodológica poderia abranger plenamente. A dissertação de mestrado dessa autora (MAROCCO, 2011) destaca-se pela abordagem que entende o autismo como um fenômeno. O estudo procurou compreender os modos de interação de sujeitos com autismo no espaço escolar a partir de uma perspectiva autopoética.

A problematização com relação ao fenômeno proposto — sujeitos com autismo — se estabeleceu pelo movimento e necessidade de partilhar a ação pedagógica com tais sujeitos. Por conseguinte, pensar nas “imagens” do sujeito na história da humanidade baseado na perspectiva do corpo e da linguagem é uma ação fundamental. Este enlace é intencional para compreender a educação presente na vida dos sujeitos com autismo e, possivelmente, interpretar as possibilidades que existem quando agimos e deixamos de agir [...]. Problematizar esse fenômeno no contexto da Educação, com consequências para além desta, desencadeou uma ação de observar os sujeitos em contínuas relações com a possibilidade de (re)criar os conhecimentos que significamos e potencializar os modos de conhecer. Entende-se que designar este fenômeno como um distúrbio constitui uma das faces, mostra apenas parte da complexidade que o mesmo mostra. (MAROCCO, 2011, p. 21).

Marocco (2011) desenvolveu sua investigação por intermédio do método fenomenológico, utilizando autores como Martin Heidegger, Humberto Maturana e Merleau Ponty. O estudo foi realizado em duas escolas da rede municipal de ensino de Porto Alegre/RS: uma de educação infantil e a outra de ensino fundamental.

Ao longo do presente texto, foram sinalizadas observações semelhantes àquelas destacadas por Marocco (2010) quando afirma que a produção de conhecimento e a intervenção profissional relativa ao autismo estão muito mais relacionadas à psicologia, à pediatria, à neurologia e à fonoaudiologia, entre outras áreas de conhecimento associadas ao campo da clínica.

Ao refletir sobre as abordagens dos autores que fazem parte do segundo eixo — aquele relacionado a uma identificação não associada a um processo contínuo de intervenção junto ao sujeito —, constatou-se a existência de estudos como os de Breitschwerdt (2010), o qual realizou uma análise de vídeos com o objetivo de avaliar

precocemente sinais de TEA em crianças quando tinham 12, 24 e 36 meses, e que mais tarde receberam o diagnóstico desse transtorno. Foram avaliados os seguintes comportamentos: contato visual; expressão facial/sorriso social; brincadeiras/imitação; comunicação; atenção compartilhada; e comportamentos estereotipados. Os achados sugerem que sinais como disfunções em brincadeira/imitação, comunicação e comportamentos estereotipados podem ser detectados a partir de 24 meses de idade. A literatura aponta para os comprometimentos em atenção compartilhada como o sinal que mais discriminou as crianças com TEA das crianças com desenvolvimento típico desde os 12 meses de idade.

Os primeiros estudos sobre identificação precoce, segundo Lampreia (2012), foram os estudos retrospectivos, realizados por meio de vídeos familiares que os próprios pais produziram, sem intenção de pesquisa. Os pais filmavam a primeira festa de aniversário os primeiros passos, as primeiras palavras, etc. Nesses primeiros estudos, tentava-se, então, encontrar sinais de autismo nos referidos vídeos.

Lampreia (2009) e Garcia e Lampreia (2011) também discutem a utilização de vídeos como metodologia de análise de sinais de riscos de autismo, destacando a importância de ter clara a limitação no uso desse material, tendo em vista que as filmagens familiares não foram realizadas com o objetivo de posterior análise. Ainda no estudo desenvolvido por Lampreia (2009), há destaque para a importância da identificação precoce, a fim permitir uma intervenção também precoce. Esse discurso — como foi previamente anunciado — tem sido recorrente nas pesquisas que envolvem a temática.

Fiore-Correia e Lampreia (2012) analisaram dois programas de *abordagem desenvolvimentista*<sup>23</sup> específicos, com o objetivo de perceber neles o lugar oferecido à

---

<sup>23</sup>Tem sido presente, nos estudos relativos ao autismo, a utilização da expressão desenvolvimentista para se referir à abordagem que, segundo Lampreia (2009), é de cunho socioafetivo. Para Hobson (2002), um dos principais representantes dessa perspectiva, quando a criança nasce com comprometimentos em sua habilidade de interação social, também apresentará prejuízos em todo o seu desenvolvimento. Para Fiore-Correia e Lampreia (2012, p. 928), “essa abordagem sustenta que o transtorno autista é mais bem compreendido quando o desenvolvimento das crianças autistas é comparado à trajetória do desenvolvimento infantil típico, a fim de se identificar o que ocorre de distinto no desenvolvimento das primeiras. Nesse caso, acredita-se que o desenvolvimento das crianças autistas sofra um desvio em

*conexão afetiva*<sup>24</sup>. Segundo as pesquisadoras, essa capacidade deveria ser considerada de maneira prioritária nas intervenções precoces, justificando:

Todo esse processo se torna imprescindível, visto que conhecer e avaliar criticamente as intervenções precoces mais utilizadas atualmente no atendimento às crianças autistas é fundamental para a busca de um tratamento mais eficaz para elas. Afinal, oferecer um tratamento mais adequado para essas crianças pode permitir-lhes amenizar e até mesmo sanar os seus prejuízos, dando-lhes a chance de tentar retomar a trajetória do desenvolvimento infantil típico. E essa deve ser a preocupação de todos os envolvidos no cuidado e no atendimento a essas crianças. (FIORE-CORREIA; LAMPREIA, 2012, p. 929).

As autoras concluem afirmando que todos os programas precisam considerar a conexão afetiva como “o principal prejuízo do transtorno autista e a principal responsável pelo desvio do desenvolvimento da criança autista” (p. 939), destacando assim a possibilidade de criação de estratégias para o desenvolvimento da conexão afetiva a partir disso. Ainda, ao longo do texto, as autoras sublinham a importância de a criança com autismo poder “desenvolver-se o mais *tipicamente* possível” (grifo nosso). Percebe-se, a partir da leitura – bem como dos trechos destacados da pesquisa citada –, o destaque oferecido à importância da intervenção precoce sem, no entanto, explicitar que intervenção seria essa.

Kwee, Sampaio e Atherino (2009) constituíram seu estudo selecionando como contexto o Centro de Referência e Apoio às Desordens do Desenvolvimento<sup>25</sup>, que

---

relação às crianças típicas, devido a prejuízos primários inatos que acabam ocasionando prejuízos secundários decorrentes”.

<sup>24</sup>*Conexão afetiva* refere-se à “capacidade inata de expressividade, responsividade e sensibilidade do recém-nascido ao afeto do outro. No desenvolvimento infantil típico, a conexão afetiva é o que permite ao recém-nascido ser movido afetivamente pelos seus cuidadores e responder a esse afeto. Logo, por meio dela, recém-nascido e cuidadores vivenciam e respondem às interações a partir de suas experiências afetivas. Isso possibilita ao recém-nascido o envolvimento em intensas interações sociais que dão condições para o fomento dos comportamentos do desenvolvimento infantil típico. Por sua vez, o desenvolvimento desses comportamentos desencadeia novas expressões e o compartilhamento de afetos que geram novas interações e, por conseguinte, o desenvolvimento de novos comportamentos, em um ciclo interminável para o desenvolvimento humano.” (FIORE-CORREIA; LAMPREIA, 2012, p. 928).

<sup>25</sup>Organização não governamental sem fins lucrativos localizada no Rio de Janeiro que atende pessoas de entre quatro e 35 anos de idade com deficiência mental, das quais a maior parte apresenta autismo. Esse centro tem como proposta de intervenção o Método TEACCH.

utiliza o protocolo transdisciplinar de avaliação do autismo baseado no programa TEACCH. A pesquisa foi desenvolvida com base nos protocolos de avaliação realizados junto a seis indivíduos, com idades entre sete e 12 anos, que frequentavam o referido centro. Os protocolos tinham como principal objetivo, segundo as autoras, a observação do desenvolvimento desses alunos com vistas a realizar ajustes em seus programas de atendimento. Foram avaliadas as áreas relativas a:

- 1) interação social;
- 2) funções comunicativas;
- 3) cognição
- 4) comportamento.

Ao fim do estudo, destaca-se o crescimento dos sujeitos em todas as áreas avaliadas, bem como a importância da existência de uma equipe transdisciplinar atuando no desenvolvimento dos programas pensados para os alunos. As autoras ainda afirmam que “o trabalho terapêutico de pessoas com autismo é o de ver o mundo através de seus olhos, e usar esta perspectiva para ensiná-las a funcionarem inseridas na cultura de forma mais independente possível”. (KWEER; SAMPAIO; ATHERINO, 2009, p. 225). Embora as autoras afirmem, ao longo do estudo, que cada sujeito é singular em suas características e que, por isso, necessitam de processos de avaliação individualizados, é possível observar uma ênfase nas dificuldades e impossibilidades apresentadas pelos sujeitos. Isso, por sua vez (pré) anuncia “limitações” em seu futuro, realçando a ideia de algo intrínseco e que, em decorrência disso, seria impossível avançar.

Araújo (2012) também desenvolveu seu estudo a partir de um programa específico. Seu objetivo foi avaliar os desdobramentos da implementação do programa More Than Words HANEN (HMTW) - ou Mais Que Palavras HANEN -, que é, segundo a autora:

Um programa de intervenção precoce criado, especificamente, para pais de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam características do TEA. Sustentado em uma perspectiva desenvolvimentista e fundamentos teóricos sociointeracionistas [...], a intervenção é composta por um programa de capacitação que municia os pais com estratégias dirigidas às necessidades específicas da criança. Visa auxiliá-los a identificar como a criança aprende, como promover

um ambiente facilitador à aprendizagem, além de como desenvolver interações significativas e mais duradouras, reduzindo comportamentos inadequados e fortalecendo respostas adaptativas. (ARAÚJO, 2012, p. 16).

O referido estudo foi desenvolvido com uma criança de dois anos com risco de autismo, sua mãe e sua babá, tendo como principal objetivo perceber os efeitos da implementação do programa HMTW sobre as habilidades de interação e comunicação da criança. Seus resultados apontam para a importância da participação da família como um dos aspectos de destaque no desenvolvimento do programa. Ao fim desse estudo, também foi possível perceber efeitos positivos nas habilidades sociocomunicativas da criança participante da pesquisa, “suavizando as características clínicas do autismo”. (ARAÚJO, 2012, p. 100).

O estudo de Fazzio (2002), por sua vez, teve como enfoque a análise de quatro manuais concebidos como “treinamento” para pais e professores de crianças com autismo ou com outros transtornos considerados de desenvolvimento. Os manuais, produzidos nos anos de 1981, 1996, 1998 e 1999, apresentam intervenções voltadas principalmente para sujeitos com autismo. A partir dessa análise, fortalece-se a ideia apresentada pela autora de que há o predomínio, nesses programas, de uma abordagem comportamentalista. Alguns dos autores dos manuais apresentam, inclusive, metodologias que utilizam recompensas e punições na educação desses sujeitos, com vistas a ensinar-lhes o “necessário” ou “habilidades básicas”.

Fazzio (2002) conclui seu estudo afirmando a importância do material analisado:

[...] parece que os manuais trazem a enorme vantagem de "preparar" pais e (talvez) futuros profissionais para o entendimento do processo inteiro da intervenção — de onde parte e onde pode chegar — contribuindo, assim, positivamente para a aplicação e possibilitando decisões de procedimento coerentes com a proposta de cada intervenção. (FAZZIO, 2002, p. 72).

Observa-se, no caso do autismo, a multiplicidade de atendimentos especializados. Contudo, Foster (1999) chama atenção para a impossibilidade de fragmentação do tratamento, sendo imprescindível uma equipe interdisciplinar que

consiga ter um olhar mais abrangente sobre a complexidade da síndrome. Os tratamentos e trabalhos educativos firmados a partir da abordagem comportamental são os mais frequentemente citados nos trabalhos que fazem parte desta revisão de literatura. Em um desses estudos, um médico entrevistado, quando questionado a respeito de quais seriam os objetivos do tratamento para pessoas com autismo, respondeu:

Eu acho que tem que tentar é que ele siga a rotina, né [sic], o favorável é ele se adaptar à sociedade... almoço, jantar, banho ter atitudes normais na rua, não correr, não ser agressivo, não entrar em pânico, eu acho que isso são os ganhos, né [sic], por isso que eu acho que o tratamento comportamental, eu vejo mais resultados, embora seja assim, mais radical, eu vejo mais resultados, porque a criança ela tem que ser ensinada. (FLORES; SMEHA, 2013, p. 151).

Concordamos com Flores e Smeha (2013) quando afirmam que não se trata de negar a importância das atividades da vida diária e da qualidade de vida para os sujeitos. Todavia, o que se questiona é a ideia que muitas vezes aparece no discurso médico e em algumas linhas teóricas: a “reeducação” das pessoas com autismo como meta dos trabalhos terapêuticos e educativos. Benardino (2008) apud Flores e Smeha (2013) afirma que

[...] não há sentido para um ser humano em saber se trocar, escovar os dentes ou caminhar na rua, caso não entenda para que isso serve ou se não há uma razão para se levantar, arrumar-se ou comer corretamente - os rituais só têm valor na cultura quando se entende o seu porquê. (p. 151).

#### 4.4 AUTISMO E ATENÇÃO COMPARTILHADA

As manifestações comportamentais que definem o TEA estão relacionadas a comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como a comportamentos estereotipados e a um repertório restrito de interesses e atividades. Tais sintomas apresentam-se como limitantes do funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013). Pode-se dizer que há um consenso entre os trabalhos analisados no que

diz respeito ao papel da habilidade de atenção compartilhada<sup>26</sup> como um importante preditor de sinais de risco do autismo. (BOSA, 2002; GARCIA; LAMPREIA, 2011; SANINI et al., 2013; ZANON et al., 2014; FARIA, 2008). Em seu artigo, Sanini et al. (2013) corroboram essa ideia afirmando que os comprometimentos na área parecem ser substanciais, principalmente no que diz respeito à dificuldade em buscar e manter a interação de forma recíproca e espontânea.

A atenção compartilhada caracteriza-se como um comportamento infantil revestido de propósito declarativo, já que envolve vocalizações, gestos e contato ocular para compartilhar uma experiência com relação às propriedades dos objetos/eventos ao seu redor. (BOSA, 2002). Carvalho et al. (2013) afirmam que a AC pode ser considerada uma das primeiras habilidades cognitivas a surgirem no desenvolvimento humano. De acordo com esses autores, em bebês com desenvolvimento típico, a AC aparece por volta dos seis meses de idade, estabelecendo-se por completo aos nove meses.

Zanon et al. (2014) citam o estudo longitudinal e prospectivo realizado por Ozonoff et al. (2010), em que se comparou o desenvolvimento de bebês que posteriormente foram diagnosticados com TEA com bebês que apresentavam desenvolvimento típico. Os autores relatam que, no grupo com TEA, a frequência do olhar para face, do sorriso social e das vocalizações só começou a declinar a partir dos seis meses de idade. Tal fato faz com que se possa perceber o período crítico no qual se dá o aparecimento de sinais de risco mais substanciais do espectro, que se estabelece no segundo semestre de vida.

Zanon et al. (2014) destacam ainda que é justamente no segundo semestre, aproximadamente aos nove meses de idade, que emerge uma habilidade sociocomunicativa exclusivamente humana, fazendo com que o bebê compartilhe suas descobertas sobre o mundo com os outros através do olhar, dos gestos (p. ex., apontando, mostrando e dando objetos para os outros) e das expressões emocionais. Mais uma vez, um estudo demonstra a ausência dessas habilidades como um importante preditor de autismo.

---

<sup>26</sup>Ao longo do texto, poderemos utilizar a sigla "AC" para nos referirmos à atenção compartilhada.

Carvalho et al. (2013) realizaram um estudo no qual procuraram identificar sinais precoces de autismo em crianças na faixa etária entre 16 e 24 meses regularmente matriculadas em creches públicas de Barueri-SP, bem como descrever o desempenho desses alunos nas áreas de “orientação social” e atenção compartilhada. Participaram do estudo 104 crianças. A pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira delas, foram rastreados sinais de TEA em todas as crianças através da aplicação do questionário *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*<sup>27</sup>. Na segunda fase, aplicou-se a escala *Pictorial Infant Communication Scales (PICS)* somente para aquelas crianças que apresentaram sinais precoces de TEA na primeira fase.

A partir da aplicação do M-CHAT, verificou-se que quatro crianças (3,8% do total da amostra) apresentavam sinais precoces de TEA. Também se verificou que as habilidades mais comprometidas nas referidas crianças foram a iniciação da AC e a iniciação do comportamento de solicitação, ambos dentro da categoria de AC. Segundo os autores, nenhuma criança que apresentou sinais precoces de autismo apresentou comprometimentos na “habilidade de orientação social”.

As quatro crianças com sinais de risco manifestaram déficits em cinco das 16 provas da escala PICS, todas relacionadas às habilidades de iniciação de AC ou de iniciação do comportamento de solicitação. Os autores ressaltam que os resultados encontrados devem ser utilizados para orientar profissionais que têm contato com crianças pequenas, visando à identificação precoce de casos de suspeita de TEA. Da mesma forma, as famílias devem ficar alerta para déficits nesses aspectos.

Bosa (2002), por sua vez, elaborou um estudo com o objetivo de investigar o desenvolvimento da habilidade de atenção compartilhada e suas implicações para a identificação precoce do autismo. A autora afirma que são raras as investigações que tratam a atenção compartilhada a partir de seus fundamentos epistemológicos, “qual seja, das noções de intencionalidade e seu papel na comunicação”. (BOSA, 2002, p. 77). Destaca, ainda, que pouco se tem discutido a respeito das razões pelas quais tal habilidade tem constituído um dos mais fidedignos preditores de problemas no desenvolvimento social. Do mesmo modo, podemos questionar a ideia frequente de

---

<sup>27</sup>Nesta tese, pretende-se discorrer sobre instrumentos de identificação e diagnóstico do autismo. Portanto, neste momento, não iremos aprofundar essa discussão.

que a atenção compartilhada seja uma competência interna à criança, compreendida, de certa maneira, sem a devida sintonia com o contexto, portanto, vista como independente do ambiente familiar.

Estudos têm mostrado que o déficit de atenção compartilhada encontrado em grupos de crianças com autismo

[...] parece envolver, então, distúrbios em processos tanto cognitivos quanto afetivos [...]. Considerando que a habilidade de atenção compartilhada emerge no segundo semestre de vida do bebê e as evidências de que essa capacidade tem distinguido grupos de crianças com autismo daqueles com outros transtornos do desenvolvimento, justifica-se a sua posição como importante e fidedigno indicador precoce do autismo. (BOSA, 2002, p. 83).

Contudo, a autora afirma que isso não significa que não possam existir outros indicadores de comprometimentos, aparentes já nos primeiros meses. Em seu estudo, Bosa (2002) questiona as evidências e inconsistências acerca dos indicadores precoces do autismo. “O que é mesmo precoce? O quanto se deve retroceder na linha do tempo para que um achado seja um indicador confiável dos futuros comprometimentos, característicos do espectro do autismo?”. (p. 86).

A autora destaca que os achados a partir de estudos retrospectivos trazem o seguinte questionamento: os comprometimentos sociais de fato não estavam presentes desde o primeiro semestre de vida ou estavam e os pais não os havia observado? No que tange aos estudos longitudinais, a mesma autora refere que eles sofrem menos interferência de variáveis intervenientes, contudo, são raros. Sobre as teorias compreensivas relativas à atenção compartilhada, ela defende a integração de modelos afetivos e cognitivos, pois entende que o autismo é bastante complexo para ser entendido a partir de uma única abordagem teórica. A autora enfatiza:

Se levarmos em conta que uma das características mais marcantes do autismo é a dificuldade em colocar-se no ponto de vista do outro (ou seja, transitar nos domínios afetivos e cognitivos alheios), ao abandonarmos esse modelo dito híbrido fica no ar a questão: quem seria o autista, afinal de contas? (BOSA, 2002, p. 87).

Neste capítulo, buscou-se realizar um levantamento de trabalhos acadêmico-científicos que se dedicassem ao tema da identificação precoce de sinais de risco de autismo e à intervenção precoce. Encontramos uma tendência que poderia ser vista como dicotômica caracterizada por dois grandes eixos que se distinguem: um que entende o autismo como um fenômeno complexo que se constrói e se constitui nas relações, fruto de interações contínuas e modificáveis no tempo – modificável, inclusive, a partir da nossa interação com o sujeito, necessitando, portanto, de processos de identificação e intervenção que levem em consideração esse contexto e sua indispensável reciprocidade; e outro eixo que compreende o autismo como algo que se associa à limitação das possibilidades de vida daqueles que o apresentam. Nessa segunda perspectiva, as abordagens que fundamentam a identificação se distanciam da forma processual e sistêmica que acredita na necessidade de participação tanto do observador quanto do sujeito observado durante a ação investigativa.

Com base nos estudos encontrados, pode-se afirmar que há a predominância em dizer que a identificação precoce é necessária para possibilitar, entre outros aspectos, a intervenção precoce, e que esta última seria, segundo a literatura especializada, imprescindível para o desenvolvimento subsequente do sujeito com autismo. Todavia, questionamos: como tal identificação tem sido proposta e quais serão as possíveis consequências para a subjetivação do bebê ao longo da vida quando tão precocemente são detectados sinais de risco de sofrimento psíquico, denominados, de antemão, sinais de risco de autismo? Como essa marca/rótulo – “autista” – repercutirá na escolarização desses sujeitos? Ao que parece, apesar dos avanços da ciência, o diagnóstico relativo ao autismo ainda tem sido realizado de forma fragmentada, com o intuito predominante de identificação de dimensões de comportamentos que deveriam ser modificados com base em procedimentos que conferem prioridade à mensuração e à classificação. Quando, desde o início, o sujeito é categorizado, existe uma grande probabilidade de que ele passe a adotar como “perfil identitário” as marcas que lhe foram atribuídas.

[...] classificar uma criança como “autista” gera uma diferença significativa no discurso dos pais e produz, na criança, uma marca que

a instala em uma rede que o real toma conta do corpo, fraturando a possibilidade de uma inscrição simbólica. Dessa maneira, muitas crianças têm suas vidas marcadas por classificações médicas que obstaculizam seu desenvolvimento, bem como o exercício que os pais passam a buscar, no discurso científico, um saber que lhes diga como devem educar seus filhos, uma vez que eles os colocam no lugar que é atribuído ao “autista”, consolidando uma posição que poderia ser apenas transitória. (MEIRA, 1998 apud FLORES; SMEHA, 2013, p. 149).

A histórica dificuldade da avaliação mais uma vez vem à tona. Frequentemente, a identificação não tem se caracterizado como processual e tem sido pouco associada à intervenção, concebida como fluxo de dinâmicas recíprocas de interação. Por conseguinte, como pode ser observado em grande parte dos trabalhos, em uma identificação menos sistêmica teremos necessariamente uma identificação exposta à pressuposição de objetividade analítica e uma perspectiva baseada na cisão entre o sujeito da ação – o profissional que realiza o diagnóstico – e o “objeto” a ser investigado – a criança com autismo.

Para Flores e Smeha (2013), intervir precocemente não significa diagnosticar precocemente o autismo. Segundo as autoras, esse aspecto mostrou-se confuso quando realizaram uma pesquisa que teve o intuito de identificar a opinião de médicos pediatras em relação à possibilidade de detecção de risco de autismo e intervenção precoce. Segundo as autoras, é indispensável estar consciente do perigo que se corre quando a intervenção precoce não é realizada de maneira cuidadosa, podendo causar iatrogenia<sup>28</sup>. As autoras citam Meira (1998), que corrobora essa ideia:

Faz-se necessário, então oferecer a essas crianças o espelho da cultura, atravessá-las com palavras e inscrever nelas um nome para além do diagnóstico a fim de não cair na alienação de uma rede de significações que se repete em torno dos signos que não deslizam, não deixando outra escolha para elas que não seja seguir o automatismo do comportamento que se lhes atribui (MEIRA, 1998 apud FLORES; SMEHA, 2013, p. 155).

---

<sup>28</sup>Criação, através de um falso diagnóstico, de uma doença que não existe.

Como exposto no início deste capítulo, não tivemos aqui a pretensão de elaborar um texto que pudesse ser caracterizado como um estado da arte a respeito do tema abordado. Procuramos investir em uma ação que possa ser identificada como um “gesto de leitura” que se mantém aberto à escuta e à descoberta de outras palavras. Entretanto, acreditamos que essa análise nos auxilie a identificar um panorama a respeito das produções acadêmico-científicas relacionadas à temática, às suas tendências, às suas características e às suas possibilidades.

## **5 MARCAS DO DIAGNÓSTICO E PALAVRAS NÃO ESCRITAS: O RISCO DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE ALERTA DE AUTISMO**

Ao debruçar-me sobre o tema da *identificação de sinais de risco de autismo*, conceitos emergiram e trouxeram com eles a necessidade de melhor compreensão. Neste capítulo, temos o objetivo de discorrer acerca de dois deles: o próprio conceito de risco e o conceito de epidemia – fenômeno que parece estar acontecendo quando o assunto é autismo.

– Quando utilizo uma palavra – insistiu Humpty Dumpty com um tom de voz bem mais desdenhoso – quer dizer o que eu quero dizer..., nem mais nem menos.

- A questão - insistiu Alice - é se pode-se fazer que as palavras signifiquem tantas coisas diferentes.
- A questão - retrucou Humpty Dumpty - é saber quem é que manda..., isso é tudo. (CARROL, 2002).

Allen Frances, coordenador do grupo de trabalho do DSM-IV<sup>29</sup> e duro crítico do DSM-5<sup>30</sup>, diz que, em 1994, quando o primeiro desses dois manuais foi publicado, ele e seus colegas não eram conscientes de até que ponto eles não faziam a vez de Humpty.

Compartíamos de sua displicente crença no poder das palavras eleitas cuidadosamente e fomos surpreendidos ao ver que as nossas estavam voando sem controle. Nosso objetivo era evitar que a inflação diagnóstica aumentasse, nossa prepotência nos fazia pensar que havíamos conseguido sujeitá-la. Estávamos equivocados. Resulta que o impacto do sistema diagnóstico não está nas palavras tal como estão escritas, se não na maneira como são utilizadas. (FRANCES, 2014, p. 170)

## 5.1 AUTISMO NA ATUALIDADE: UMA EPIDEMIA?

Embora existam autores que não concordem com a utilização da expressão epidemia para referir o alarmante aumento no número de casos de autismo<sup>31</sup>, Rios et al. (2015) afirmam que, mesmo não sendo uma doença contagiosa, a expressão *epidemia de autismo* tem sido utilizada em razão do aumento considerável de sua incidência. Para os autores, isso pode ser uma decorrência do modo como a psiquiatria passou a descrever e classificar comportamentos e características da população que já existiam com determinada frequência, levando a uma ampliação dessa classe diagnóstica. Tentando descrever o conceito de epidemia, Freitas (2011) diz que o termo pode se referir ao desenvolvimento rápido de uma doença que vitima uma parcela grande da

---

<sup>29</sup>APA, 1994.

<sup>30</sup>APA, 2013.

<sup>31</sup>Kupfer (2017) coloca em suspenso a recorrente expressão 'epidemia de autismo': "[...] epidemia se a gente considerar que todas as crianças que os americanos dizem que são autistas são, de fato, autistas...você precisa dar uma questionadinha, ou a gente pode até pensar que você acha que exista uma epidemia...[...]"

população. Além disso, o termo também pode ser compreendido como o “[...] uso generalizado de alguma coisa ou palavra”. (FREITAS, 2011, p. 26). De acordo com essa autora, Foucault referia-se ao século XVIII como o período onde se deu o início da *medicina das epidemias*. Foucault (1993) pode ser citado como um importante estudioso que se debruçou sobre esse tema, analisando os fenômenos que ocorreram em cada momento histórico onde uma nova epidemia surgiu. De tempos em tempos, uma nova “[...] peste era eleita para ocupar os asilos [...]. Penso aqui em ‘cajones’, novos gavetões dentro das instituições onde se segue inventando lugares para alguns e deixando outros na franja do convívio”. (FREITAS, 2011, p. 36).

Entendemos ser necessário um cuidado rigoroso em relação às palavras. Isso, por sua vez, nos faz concordar com Kupfer (2017)<sup>32</sup> no que diz respeito à sua dúvida sobre a real existência de uma epidemia de autismo, considerando o processo diagnóstico como permeado por elementos de grande complexidade, que variam de acordo com as abordagens teóricas que o sustentam. Por outro lado, se levarmos em conta o termo *epidemia* pode ser visto como relacionado ao uso generalizado de determinada coisa ou palavra, como afirma Freitas (2011), estaríamos de fato autorizados a nos referir a uma epidemia de autismo, dado o aparecimento recorrente da síndrome em um amplo número de investigações acadêmicas, reportagens, livros, cursos, filmes, novelas na televisão, etc. Outra dimensão que favorece uma análise como aquela proposta por Freitas (2011) parte do próprio reconhecimento acerca da complexidade do processo que identifica essa síndrome. Tal complexidade dificulta a percepção de contornos que nos permitiriam afirmar em quais casos é possível falar que existe o fenômeno. Portanto, quando falamos em epidemia, evocamos necessariamente aquilo que hoje é designado como autismo.

Diversos autores têm se dedicado a estudar o autismo como um fenômeno que abarca provavelmente diferentes causas. Talvez um dos mais conhecidos deles, Allen Frances (2014), explica que triplicou o número de casos de autismo pouco tempo depois da publicação do DSM-IV, tendo ocorrido aumento também no número de casos de TDAH e transtorno bipolar adulto. Na época de elaboração do DSM-IV, ele e

---

<sup>32</sup>KUPFER, M. C. Transcrição Banca Qualificação de Dissertação de Mestrado. PPG Psicanálise e Cultura. UFRGS. POA: UFRGS, Janeiro de 2017.

seus colegas previram que os diagnósticos de autismo aumentariam em 15% com os novos critérios. Contudo, a partir de 1997, quando houve o lançamento de novas medicações devidamente acompanhadas de uma cuidadosa publicidade, a ocorrência de diagnósticos de autismo aumentou 40 vezes.

Outra proposição acerca do aumento de casos de autismo é trazida por Eyal et al. (2010). Esses autores supõem que o fenômeno está relacionado à desinstitucionalização da deficiência mental<sup>33</sup> ocorrida nos Estados Unidos na década de 1960, o que, por sua vez, teria desencadeado uma transformação na rede de cuidados a essa população. Além disso, houve uma mudança na lente cultural através da qual enxergamos os sujeitos que apresentam o autismo. Assim, para Eyal et al. (2010.), “não foi a epidemia que fez o autismo visível, mas a visibilidade do autismo que fez a epidemia”. (p. 2). Outro fator importante nesse debate foi destacado por Eyal (2013) em um artigo publicado no *American Journal of Sociology*, intitulado “For a sociology of expertise: the social origins of the autism epidemic”. Segundo esse trabalho, existem evidências de que em regiões onde a desinstitucionalização da deficiência mental foi profunda e intensa, como na Escandinávia, no Reino Unido e em estados "azuis"<sup>34</sup> dos Estados Unidos, as taxas de autismo são também mais altas. Entretanto, onde não houve a desinstitucionalização, ou ela ocorreu mais tarde como, por exemplo, na França, tais taxas são mais baixas.

Eyal et al. (2010) afirmam que uma epidemia repercute em muitos aspectos, como: investimento financeiro em pesquisas sobre a causa e a cura; centros de identificação e tratamento; etc. Em suma, tem havido uma expansão considerável de pesquisas sobre os aspectos sociais e cognitivos na área do autismo. Entretanto, ainda não se pode ter uma única explicação para essa síndrome que apresenta um alto grau de complexidade, muito menos se pode atribuir a ela qualquer interpretação que seja pretensamente decisiva.

---

<sup>33</sup>Rios et al. (2015) sustentam que essa argumentação não significa que houve simplesmente uma substituição diagnóstica da deficiência mental pelo autismo, “[...] mas sobretudo, para o efeito que a rede de cuidados que se formou em torno do autismo teve no sentido de conferir mais visibilidade a esse diagnóstico”. (RIOS et al., 2015, p. 2). Por outro lado, salientamos que na história da doença mental, as pessoas identificadas com autismo, psicose; doença e deficiência mental habitaram espaços semelhantes.

<sup>34</sup>Expressão utilizada e grifada por Eyal (2013).

## 5.2 O AUTISMO, O HIPERDIAGNÓSTICO E O RISCO DO RISCO

Quando discutimos a tendência de um processo de identificação cada vez mais precoce do autismo, é necessário atentar para a escolarização como fenômeno generalizado que ocorre cada vez mais cedo na vida das crianças.

Embora no contexto brasileiro, não seja necessário o laudo clínico para acesso ao atendimento educacional especializado – de acordo com a Nota Técnica nº 04/2014 do MEC - SECADI –, a escola, parece sentir-se mais segura quando seu aluno que apresenta algum tipo de comprometimento traz, em forma de laudo, uma suposta explicação associada a uma categoria diagnóstica para aquilo que o acomete.

Orrú (2013), a partir de uma pesquisa realizada em 30 escolas públicas (15 de educação infantil e 15 de ensino fundamental – séries iniciais) entre abril de 2011 e maio de 2012, relata que 80% dos professores referiam-se a seus alunos por meio da categoria atribuída pelo diagnóstico médico. A autora exemplifica uma dessas falas: “Esse é o TDAH, aquele é o autista, o outro é o deficiente intelectual, e aquele lá no canto ainda não tem diagnóstico fechado”. (ORRÚ, 2013, p. 142). Em outro momento, uma professora referindo-se à sua prática pedagógica disse não saber o que fazer com determinado aluno que, segundo ela, apresentava comprometimentos. Isso porque a escola não havia recebido, por parte da família e da equipe médica, um diagnóstico fechado. A autora complementa dizendo que esse tipo de manifestação:

[...] evidencia o perigo da supervalorização do diagnóstico em detrimento da pessoa humana, da criança. Ela não é mais o João, a Maria, o Pedro, mas sim, a materialização do quadro sintomático que apresenta em seus critérios, da forma mais cruel, os déficits e a doença como se fossem âncoras que travam a criança e não permitem que ela se desenvolva ou aprenda junto com outras crianças. (ORRÚ, 2013, p. 1.426).

Em novembro de 2014, o jornal Folha de São Paulo publicou uma matéria intitulada: *Em laboratório, cientistas curam neurônio autista*. Seu texto relata que o uso de uma medicação antiga, a hiperforina, foi capaz de corrigir malformações de neurônios causadas por uma mutação no gene TRPC6, correlacionado ao autismo; tudo isso *in*

*vitro*. Esse tipo de situação nos leva a perceber como o fenômeno do autismo e também outros transtornos “catalogados” em manuais diagnósticos são tratados de forma a evidenciar sua dimensão patológica. Além disso, há uma incessante busca pela cura da “doença”, na tentativa de normalização do sujeito.

Na mídia, são recorrentes as manchetes sobre a descoberta da causa e/ou da cura do autismo. Em fevereiro de 2017, a Folha de São Paulo noticiou sobre pesquisas desenvolvidas na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos. O artigo publicado no *Nature International Weekly Journal of Science*, no dia 15 de fevereiro de 2017, sugere que exames de ressonância magnética conseguem detectar a síndrome precocemente, antes mesmo de os primeiros sintomas surgirem. Nesse estudo, foram identificadas diferenças do córtex cerebral de crianças que depois vieram a ser diagnosticadas com autismo. Um dos pesquisadores, o médico Heather Hazlett, afirma que por meio do escaneamento do cérebro de bebês considerados com alto risco para autismo – bebês que têm irmãos com autismo, portanto, pertencentes a famílias também consideradas, segundo o pesquisador, de alto risco – pode-se chegar a um diagnóstico precoce. A investigação sugere que com o referido exame seja possível prever o autismo com 80% de precisão. Podemos observar aqui, mais uma vez, que a ideia de risco se destaca. Os pesquisadores envolvidos nesse estudo corroboram a ideia de que quanto mais cedo for detectado o autismo, maiores são as possibilidades de desenvolvimento da criança.

Tanto a etiologia quanto a possibilidade de cura do autismo são temas que têm sido frequentemente investigados. Se fenômenos como esse forem compreendidos como patologia, possivelmente recorreremos à ideia de cura associada à necessidade de algum tipo de prevenção. Assim, “o olho que vigia” tenta identificar o mais cedo possível sinais de alerta, de risco, para, pretensamente, atingir o controle.

Embora não seja nova, a pretensão de antecipar riscos no que diz respeito a “patologias” psiquiátricas ganhou ainda mais força com a publicação do DSM-5 pela APA em 2013. A ideia é a de que quanto mais cedo detectamos sinais de alerta para determinados transtornos, mais cedo pode ser realizada a intervenção. Dessa maneira, supostamente, o sujeito teria chance maior de ter um desenvolvimento próximo do “normal”. “Desenvolve-se então uma espécie de atividade de controle destinada a

preservar a espécie humana que, frequentemente, culmina no emergir de uma nova moral sanitária”. (MENDES, 2002, p. 53).

Como integrantes de uma sociedade na qual as principais diretrizes são associadas ao mercado, há ainda outro aspecto que merece reflexão: a mercantilização da doença; e, conseqüentemente, a mercantilização do risco. Castiel (2010) fala sobre a eminente discussão a respeito desse tema. No entanto, frisa o autor, devemos estar sempre atentos para não cair no exagero das teorias da conspiração.

A respeito de tal risco e sua provável relevância na elaboração do DSM-5, Caponi (2016) também faz destaques. Para a autora, embora os organizadores do novo manual psiquiátrico da APA não a tenham deixado explícita, em sua opinião, é clara a existência de uma linha estrutural seguida por eles. Tampouco, segundo ela, os maiores críticos à última versão – como Allen Frances, Elisabeth Roudinesco e Thomas Insel – se ocuparam em problematizar esse assunto. Além disso, Caponi (2016) sugere que o conteúdo do DSM-5 guarde relação com aquilo que Michel Foucault denominou “dispositivo de segurança”. [FOUCAULT, 1993, 1997, 2002, 2005].

[...] um dispositivo eminentemente centrado na lógica da prevenção e da antecipação de riscos. Certamente esse dispositivo não aparece pela primeira vez em 2013, porém, ele foi ganhando força graças à consolidação de uma linha de pesquisa, cada vez mais consolidada no campo da psiquiatria, denominada “psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência”. *Para essa psiquiatria, os transtornos são entendidos como comportamentos disfuncionais que se sucedem e agravam ao longo da vida de um indivíduo, desde sua infância até a idade adulta, exigindo que seja reforçada a atenção nos primeiros anos de vida dos indivíduos.* (CAPONI, 2016, p. 30, grifo meu).

Confirmando a ideia de que é perigoso trabalhar com o conceito de *risco* – seja qual for o transtorno psiquiátrico – Frances (2014) afirma que seriam desastrosas as possíveis conseqüências desencadeadas por essa abordagem, e traz como exemplo a chamada categoria *síndrome de risco de psicose* – a qual mais tarde foi chamada *attenuated psychosis syndrome*. Com base nessa categoria, poderia ocorrer um preocupante aumento de falso-positivos (entre 70 e 75%), além de uma excessiva e desnecessária prescrição de antipsicóticos a uma parcela elevada de adolescentes e jovens.

A prevenção da psicose seria uma ótima ideia, se realmente fosse possível fazê-lo, mas não há nenhuma razão para pensar que podemos. Ir além de nossa compreensão provavelmente afetará aqueles que esperávamos ajudar. O Risco de Psicose não deve ser usado como um diagnóstico clínico, pois será quase sempre errado. A estrada para o inferno está pavimentada de boas intenções e de más consequências não intencionais. (FRANCES, 2014, p. 1).

Para Caponi (2016), seria possível tentar fazer um contraponto a isso dizendo que, atualmente, a síndrome de risco de psicose não consta mais entre as categorias do DSM. Todavia, segundo a autora, se por um lado isso parece positivo, por outro, analisando o manual classificatório, pode-se observar uma ampliação do número de transtornos considerados como fator de risco para patologias graves e irreversíveis como as psicoses. A própria introdução do DSM-5, dá destaque à suposta importância da detecção precoce de diversas patologias psiquiátricas. Aliás, cada capítulo apresenta uma estrutura de organização que segue essa linha.

Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 foi organizado a partir de considerações sobre o desenvolvimento e o ciclo vital. Inicia-se com diagnósticos que, acredita-se, refletem processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (p. ex., transtornos do neurodesenvolvimento, espectro de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que são mais comuns em adolescentes e em adultos jovens (p. ex., transtorno bipolar, depressão e transtornos de ansiedade), seguido por diagnósticos relevantes na vida adulta e mais tarde (p. ex., transtornos neurocognitivos). Uma abordagem semelhante foi seguida, quando possível, dentro de cada capítulo. *Essa estrutura organizacional facilita o uso abrangente de informações sobre o ciclo da vida como auxílio na tomada de decisão diagnóstica.* (APA, 2013, p. 13, grifo meu, tradução livre).

Tanto na literatura especializada quanto nos múltiplos espaços em que ocorrem diálogos envolvendo profissionais da área da educação, da psiquiatria, da psicopedagogia e da neurologia, há o relato de que a maioria das crianças identificadas com sinais de risco de autismo tem, mais tarde, o diagnóstico fechado. Essa dinâmica pode estar associada à circularidade presente nos fenômenos sociais. Quando esperamos encontrar um sinal confirmador, é muito provável que o encontremos. Além disso, quanto mais “flexível” se tornam as lentes e os parâmetros para a identificação, maior será a chance de que ocorra essa confirmação. Por isso, a

preocupação da presente tese em levantar alguns questionamentos acerca do perigo que corremos com o movimento atual relativo à identificação de sinais de risco de autismo. Quero dizer, quando se fala em risco e se determina o transtorno previamente já estamos sim, colocando uma marca no sujeito. O olhar que será dirigido a ele provavelmente será carregado de (pre)supostos, (pre)conceitos, prognósticos.

### 5.3 O CONCEITO DE RISCO

[...] os indivíduos modernos não têm medo de “quase nada”, exceto da comida que comem, da água que bebem, do ar que respiram, da terra onde vivem e da energia que usam. (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982).

O nº 106 da revista *Radis* da FIOCRUZ, de junho de 2011, traz como discussão central o conceito de *risco*. Rocha (2011), coordenador do Programa *Radis*, brinca com as palavras lembrando dois ditados: um deles diz que *viver é correr riscos* e, o outro afirma que *a prevenção seria a melhor opção*. Sendo o risco um complexo conceito contemporâneo construído socialmente (ROCHA, 2011), há consequências que são desencadeadas a partir dos diferentes significados a ele atribuídos.

As relações humanas contemporâneas, o desenvolvimento econômico e social não sustentável e o uso intenso de tecnologias sobre as quais não se tem suficiente conhecimento reforçam a ideia de perigo contida no espectro do que é risco. As possibilidades de acontecimentos ou consequências não implicam necessariamente grande probabilidade daquilo se tornar realidade. E nesse espaço aberto pela incerteza prosperam as disputas sobre grau de incidência, critérios de verdade, chances reais de concretização. Estão em jogo sentidos e poder. (ROCHA, 2011, p. 3).

Mendes (2002) afirma que ao longo dos séculos a palavra *risco* teve diversos significados e foi se tornando cada vez mais comum. Durante os séculos XVI e XVII, a ideia de risco começou a destacar-se. A referida expressão

[...] começou por ser usada pelos exploradores ocidentais quando partiam para as viagens que os levavam a todas as partes do mundo. A palavra *risco* parece ter chegado ao inglês através do espanhol ou do

português, línguas em que era utilizada para caracterizar a navegação em mares desconhecidos, ainda não descritos nas cartas de navegação. Segundo Ewald (1993), a noção de risco apareceu associada à insegurança marítima e aos perigos que podiam comprometer as viagens. Nesse tempo, o risco designava a possibilidade de um perigo objetivo, um ato de Deus, uma força maior ou uma tempestade que pudesse comprometer a viagem e que não pudesse ser imputado a uma conduta humana errada. Este conceito de risco excluía a ideia de falha ou de responsabilidade humana. O risco era percebido como um evento natural e, como tal, os humanos pouco mais podiam fazer do que tentarem estimar quando estes acontecimentos iriam surgir e atuarem no sentido de reduzirem o seu impacto. (MENDES, 2002, p. 2).

Segundo o *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*, a palavra risco vem do substantivo “traço” e significa riscar. O termo pode também estar relacionado a perigo, de origem obscura, mas certamente aparentado com risco no sentido de penhasco muito alto e alcantilado pelo perigo que correm as pessoas que nele andam (NASCENTES, 1955, p. 673). De acordo com o *Dicionário Aurélio*, a palavra risco, por um lado, pode significar perigo, mas por outro, pode representar também a sua probabilidade de ocorrer. Risco vem do “[...] francês ‘risque’, do italiano ‘rischio’, o perigo ligado a uma atividade; do latim ‘risicum’, às vezes tida como escolha que pode fender o casco de uma embarcação”. (ORIGEM DA PALAVRA, 2010).

Em dicionários de epidemiologia, a expressão *risco* está relacionada à probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) ou a um termo não técnico que inclui diversas medidas de probabilidade relacionadas a desfechos desfavoráveis<sup>35</sup>. No entanto, Castiel (1999) ressalta que a própria ideia de probabilidade trazida por esses dicionários pode ser lida de dois modos: “a) intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algum grau de crença, isto é, uma incerteza não mensurável; e b) objetivo, racional, precisável mediante técnicas probabilísticas, incerteza mensurável.” (p. 40). Para o referido autor, a forma como os fatores de risco são compreendidos frequentemente está ancorada na segunda ideia, ou seja, tem o objetivo de predizer a morbimortalidade; identificando, contabilizando e comparando

---

<sup>35</sup>Na epidemiologia, existem três categorias de indicadores que são: a) *risco absoluto ou incidência*: é a intensidade com que um fenômeno mórbido acontece em uma população em determinada unidade de tempo; b) *risco relativo*: essa categoria diz respeito à medida de associação entre a intensidade da exposição a determinado fator de risco e a doença em estudo; c) *risco atribuível*: é a diferença entre riscos para indivíduos expostos e não expostos.

os indivíduos ou grupos de indivíduos à exposição a marcadores previamente determinados pela ciência, dando chance a ações preventivas. Para ilustrar tal reflexão, Castiel (1999) cita Ayres (1995), que diz:

[...] a particularidade que permite identificar a discursividade própria da epidemiologia pode ser sinteticamente descrita pelo conjunto indissociável de três características que nos levarão à inter-relação elucidadora entre a epidemiologia do risco e seus antecessores: uma pragmática do controle técnico; uma sintaxe do comportamento coletivo e uma semântica da variação quantitativa. (AYRES, 1995 apud CASTIEL, 1999, p. 41).

A própria origem da palavra remete ao que já foi pontuado neste capítulo: quando identificamos risco, e ainda o nomeamos - *risco de* -, podemos efetivamente riscar; tatuar o sujeito; colocar nele uma marca. Ousando fazer uma analogia com a definição trazida pelo dicionário citado anteriormente, poderemos estar fendendo o casco da embarcação.

O conceito de risco com caráter epidemiológico começou a ser aplicado nos primeiros anos do século XX. Todavia, Ayres (2008) diz que a expressão era utilizada ainda de forma imprecisa, caracterizando-se com maior clareza somente entre os anos de 1920 e 1930, quando a epidemiologia ocupou-se de doenças infecciosas coletivas. Lopes (2011) relata o seguinte:

Medidas de probabilidade começaram a ser utilizadas para estimar o potencial epidêmico das diversas doenças infecciosas em determinadas populações e também, na mesma direção, mas no sentido inverso, para especular retrospectivamente sobre fatores que explicariam o comportamento epidêmico de uma doença [...] O risco epidemiológico passaria a ser definido, genericamente, como a comparação entre a probabilidade de um indivíduo que pertença a um grupo com certa identidade ou condição pertencer também ao grupo atingido por determinado agravo ou situação de saúde e a probabilidade de um indivíduo que não pertença a esse grupo (não exposto) também fazer parte do grupo atingido. (LOPES, p. 14).

Nos anos 1970, os fatores de risco são utilizados como recurso para identificar sujeitos, grupos, comportamentos e situações que sugeriam a necessidade prevenção e o controle. (AYRES, 2008).

Atualmente, a tentativa de controle que dispomos sobre o risco está relacionada a estratégias diferentes daquelas em que, pela primeira vez, a noção de risco foi utilizada. Contudo, continua existindo o mesmo objetivo emocional. Mendes (2002) alega que hoje em dia há uma dificuldade ainda maior em quantificar, prevenir e anular o risco – seja ele qual for – em razão de sua magnitude e natureza diversa. Estudiosos sobre o tema têm se referido a uma sociedade do risco.

O risco significa perigo, e qualquer risco é sempre concebido de uma forma negativa. [...] Clamando por legislação antipoluição, vigiando a dieta, fazendo testes de diagnóstico (para determinadas doenças nos seus estádios iniciais), instalando alarmes em casa, lendo livros de autoajuda ou fazendo seguros de vida, tentamos conter a ansiedade e o medo que nos rodeiam e lidar com aquilo que percebemos como ameaçador ou perigoso. Muitas das estratégias, acionadas pelos sujeitos, são direcionadas no sentido de reganharem o controle sobre aquilo que é visto como uma expressão antecipada do demônio e de os ajudarem a lidar com o horror, com a angústia, com a frustração e com a perda de controle que sentem em face dessas ações. Essas estratégias são o produto da modernidade – são os modos de pensar e de reagir ao risco. (MENDES, 2002, p. 1-2).

Para Lopes (2011), quando falamos em risco, devemos lembrar que a ciência não se restringe a quantificar. Ela vai muito além, buscando delimitar, explicar, definir contornos por meio das palavras. A ciência também ajuda a normatizar a conduta dos sujeitos. Foucault dedicou-se ao estudo sobre as práticas de normalização dos sujeitos, analisando as práticas discursivas sobre a loucura, a psiquiatria, o crime, a doença e a medicina. Estudou como foram construídas historicamente as formas discursivas que produzem diferentes categorias de sujeitos, bem como os processos de controle sobre esses sujeitos na tentativa de normalizá-los. Segundo Ayres (2011):

O conceito de risco é um constructo de uma inteligência coletiva com potente história de efeitos, e, como tal, é um poderoso intérprete de nós mesmos, de nossas sociedades, nossa cultura, nossos valores. É, portanto, uma base segura de onde partir para não nos descolarmos da concretude de nossas práticas sociais e de saúde. Mas, se não partirmos dele de forma crítica, inquieta, estaremos nos condenando a repetir as mesmas práticas e relações que, convenhamos, não podem, na situação atual, nos deixar satisfeitos do ponto de vista ético, moral e político. (p. 11).

Desde a primeira metade do século XX, o conceito de risco tem sido utilizado como um dispositivo importante para pesquisas, práticas e políticas públicas. A epidemiologia tem se pautado nesse conceito para a prevenção de doenças, dando a ele certa aparência tanto de objetividade quanto de utilidade. Entretanto, ao se dedicarem ao tema muitos autores afirmam que ele é uma construção de nossos tempos e que, perigosamente, vem carregado de significados.

[...] seu uso acrítico e excessivo pode originar distorções, equívocos e, em última análise, sofrimento. Exemplo emblemático disso foi a classificação, e conseqüente estigmatização, de pessoas nos chamados “grupos de risco” para HIV/Aids há pouco mais de duas décadas<sup>36</sup>. (LOPES, 2011, p. 12).

Na década de 1980, nasce um olhar crítico sobre o conceito de risco. Contudo, é na década seguinte que uma análise dessa natureza começa a se intensificar em diversas áreas do conhecimento. Na saúde, destacam-se nomes como o de Luis Castiel, o qual afirma que tal conceito “[...] carrega excessos e pretensões nada modestas associadas à ciência, principalmente, a de tornar possível prever e controlar todas ou quase todas as situações que ameaçam nossas vidas e nossa saúde”. (CASTIEL apud LOPES, 2011, p. 13).

Embora o conceito de risco e os seus desdobramentos na saúde mental afetem a educação – ainda mais quando se trata de identificação de risco de características, de síndromes ou de deficiências envolvendo os alunos integrantes da instituição escola –, observa-se a necessidade de ampliação e aprofundamento da discussão nessa área, o que pode ser encontrado no capítulo 4 desta tese.

Por tudo isso, questiona-se: como a identificação precoce de sinais de riscos de autismo tem sido tratada no campo da educação? Que efeitos têm esses processos na

---

<sup>36</sup>Os homens homossexuais foram, em um primeiro momento, os sujeitos que mais sofreram com o preconceito gerado por serem considerados o principal grupo de risco da epidemia do HIV/aids. Muitas pessoas perderam o emprego, foram rejeitadas por parte da sociedade, da própria família e de amigos em função do pânico em relação às formas de contágio. Chegou-se a chamar o HIV/aids de “câncer gay”. “Com frequência, situações de risco estão relacionadas à obtenção de prazer. Pode não ser fácil deixar de lado os próprios valores morais quando se está numa posição de prescrever ou determinar o que seriam comportamentos certos ou errados em questões de risco que envolvem, por exemplo, a sexualidade”. (LOPES, 2011, p. 16).

escolarização desses alunos? Seriam muitas as questões... Mas elas representam uma preocupação justificada quando se percebe que a temática do autismo, associada ao plano da prevenção e da condução de busca de alteração comportamental, tem ocupado grande espaço nas dinâmicas de formação para a área da educação especial, como se pode constatar por meio de uma ampla procura de educadores por cursos, especializações etc. Assim como aconteceu nos anos 2000 com o TDAH<sup>37</sup>, hoje temos um aumento do número de alunos que chegam à escola com o diagnóstico de autismo. Mais uma vez, alunos que a própria escola tenta normalizar por intermédio da medicalização<sup>38</sup>. A análise dos estudos relativos ao acompanhamento dos sujeitos com autismo, envolvendo áreas da saúde, coloca em evidência que o predomínio das ações dos profissionais dos campos dirigidos a esses sujeitos concentram iniciativas que abrangem a medicação – muitas vezes demanda que vem da própria escola – e/ou a dimensão comportamental. Dessa maneira, as tentativas de tratar a pessoa com autismo, na verdade mostram-se muito restritivas, pois essas propostas “tratam” os sintomas e não a pessoa. De qualquer forma, o fato de que os sintomas não são a própria natureza do autismo parece ser ignorado. A psicanalista Ilana Katz (2014), ao contrário disso, diz:

[...] para aqueles que partem de uma concepção psicanalítica, o sintoma não é uma falha a ser suprimida, e sim uma resposta do paciente, por isso partimos desse sintoma para a intervenção, propiciando, por meio do tratamento, um contexto em que novas respostas possam advir. Ao mesmo tempo em que os sintomas são reconhecidos e respeitados como uma produção do paciente, eles podem assumir, ao longo do tratamento, um caráter transitório, não enclausurando necessariamente alguém a um quadro psicopatológico, fixando nele a sua identidade. Ainda que constatemos certa uniformidade dos automatismos originários presentes no autismo, não são todas iguais as preferências ou pequenos interesses despertados para cada pessoa com autismo. Reconhecer essas preferências como aberturas da subjetivação é central para que possamos entendê-las.

---

<sup>37</sup>Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Sobre esse assunto sugere-se a tese de Freitas (2011).

<sup>38</sup>A medicalização não diz respeito somente à administração de medicações. Ela vai além, se constituindo pelo “[...] processo de cuidado e de controle que opera na delegação de saberes e soluções [...] podemos pensá-la também como engrenagem, como máquina da medicina que transforma a vida em objeto.” (FREITAS, 2011, p. 31).

Assim, quando se pensa sobre o investimento no risco, considerados o ponto de vista histórico e a dimensão científica, emergem evidências de elementos supostamente objetivos de identificação dos sujeitos. Na literatura, isso tem sido justificado por meio de uma argumentação que beneficiaria o sujeito, com base na atenção e na conseqüente intervenção precoces. Ao refletir sobre a modificabilidade desse sujeito, questiona-se: como chegarão à escola e como ficarão nela os bebês que hoje estão sendo identificados precocemente com sinais de risco de autismo? Supõe-se que recebendo ou não, mais tarde, o diagnóstico fechado, tais sujeitos já terão uma marca que os acompanhará para o resto de suas vidas. Assim, torna-se necessário refletir sobre como esse processo inicial repercutirá em suas vidas, incluindo a escolar e suas conseqüências.

## 6 A INCOMPLETUDE E O RISCO DAS CLASSIFICAÇÕES: O CASO DO DSM

Em “As palavras e as coisas”, Foucault se utiliza de um conto de Jorge Luis Borges (1989) no qual o autor afirma que não podemos ter sucesso nas tentativas de classificação do universo. Segundo Borges (op. cit.), tais tentativas frustram-se por serem arbitrárias e conjecturais, já que sequer sabemos o que é o universo. De acordo com Bezerra Junior (2014), “[...] classificações não são espelhos da realidade, mas construções, arranjos que configuram um domínio da realidade sistematizando sua multiplicidade de maneira inteligível [...]”. (p. 13). Segundo alguns autores, todo sistema classificatório é incompleto e inconsistente.

Concordamos com os autores: toda classificação é arbitrária, incompleta e inconsistente. Quando voltamos nosso olhar para o tema desta tese – “Identificação precoce de sinais de risco de autismo” –, sublinhamos as mesmas características em classificações existentes na psiquiatria que, sabidamente, repercutem na vida social e escolar de um sujeito.

Fernando Ramos (2014) aborda essa temática em seu artigo “Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado”. Nele, o autor resgata o histórico dos Manuais Classificatórios da Associação Americana de Psicologia (APA, na sigla em inglês) e sua vinculação com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Complexo Médico-Acadêmico Industrial (CMAI).

Após a Segunda Guerra Mundial, a OMS estabeleceu como princípio de sua Constituição que saúde seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo caracterizada apenas pela ausência de doenças. Dessa maneira, a organização colocava-se em sintonia com a Organização das Nações Unidas (ONU) e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada dois anos mais tarde, contendo um novo conceito de saúde que ficou conhecido como “conceito positivo de saúde”, onde o direito à saúde era tido como fundamental, sendo o Estado responsável por ele. Entretanto, isso aconteceu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando se tinha um contexto que anunciava o desejo de Estados que garantissem direitos plenos aos cidadãos, o que não ocorreu com o passar dos anos.

Na década de 1950, existia uma ampla gama de ideias que norteavam a psicopatologia, originando diferentes orientações no âmbito da psiquiatria.

Desde que surgiu como uma especialidade médica no início do século XIX, a psiquiatria apresentava dois grandes paradigmas: o clínico-descritivo (de Pinel e Esquirol) e o etiológico-anatômico (de Morel, Kahlbaum e Griesinger). Podemos citar dois importantes representantes da área que influenciaram a metade do século XX: Emil Kraepelin e Sigmund Freud. O primeiro fundou as bases das classificações contemporâneas; o segundo passou da descrição dos sintomas para a psicodinâmica, centrando sua nosografia em três estruturas: as neuroses, as psicoses e as perversões. Assim, essas macrodivisões deram base a dois grandes campos que nortearam a psicopatologia até o fim da Segunda Guerra Mundial: somático-constitucionalista (o sintoma era visto como sinal) e psicodinâmico-reacional (fundado na presunção do sintoma como signo). Ainda existia uma terceira frente, conhecida como fenomenologia existencial (Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider). Todavia, tais orientações teóricas não utilizavam classificações sistematizadas como conhecemos hoje, com fins estatísticos e clínicos. (BEZERRA Jr., 2014).

Segundo Grob (1991), a primeira classificação psiquiátrica nos Estados Unidos teve origem no censo de 1840, o qual apresentava apenas as categorias da insanidade e da idiotia. No ano de 1880, é criada uma nova classificação, abordando sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Somente em 1917 é que foi lançada uma classificação com fins de registros hospitalares. Depois a Segunda Guerra Mundial que surge uma sistematização classificatória que tinha como base premissas psicodinâmicas, distanciando-se de embasamentos biológicos. Assim, no período final da guerra, existiam três sistemas de classificação: o Standard Classified Nomenclature of Disease; a Armed Forces Nomenclature; e a Veterans Administration Nomenclature. No entanto, esses não eram sistemas utilizados em relatórios hospitalares. Com o fim da guerra, estabeleceu-se uma forte pressão advinda dos veteranos. Eles reivindicavam do governo ações que os ajudassem a se reintegrar na sociedade. Houve, então, a necessidade de adequação dos sistemas classificatórios, pois os existentes não contemplavam as necessidades dos veteranos que sofriam, em sua maioria, de síndromes neurológicas crônicas, bem como

apresentavam traumas psíquicos devido às situações vividas na guerra. Dessa forma, a APA desenvolveu o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I, na sigla em inglês) em 1952. Esse primeiro manual classificatório foi influenciado pela psicopatologia de base psicanalítica e apresentava 106 categorias organizadas em transtornos neuróticos, psicóticos e de caráter. A ideia central do DSM-I era a de que

[...] as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada. Os sintomas manifestos eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizam a vida subjetiva do indivíduo, impondo-lhe padrões estereotipados de conduta e experiências de dor psíquica [...] os sintomas tinham [...] uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas. [...] o conjunto das reações psicopatológicas percebidas mais como um espectro que permitia a continuidade entre os domínios da saúde e da doença e entre os diversos graus de comprometimento psíquico. (BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 19).

Já na segunda versão do manual (DSM-II), lançada em 1968, o número de categorias aumentou para 182. A nova classificação continuou com embasamento psicanalítico, compreendendo que os sintomas possuíam natureza simbólica e deveriam ser interpretados. Bezerra Junior (2014) ressalta que o DSM-II não teve grande repercussão em outros países, ficando seu uso restrito aos Estados Unidos. O ano de 1968 foi marcado por conflitos sociais no mundo inteiro, trazendo profundas mudanças na sociedade, as quais caracterizaram a década de 1970, repercutindo também na psiquiatria.

Segundo Ramos (2014), entre as décadas de 1980 e 1990, o conceito de saúde da OMS teve, no contexto social e político da época, a oportunidade de desenvolver uma perspectiva voltada para o mercado. Além disso, o autor destaca que:

[...] trabalhando o avesso lógico da definição desse conceito, o capitalismo pós-industrial globalizado transformou a ideia de que saúde é o bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença, mas a existência de mal-estar físico, mental e social, ou ainda que ausência de saúde não é apenas presença de doença, mas também

risco para uma doença futura. Será na categorização sistemática desse mal-estar e desse risco – que, por um lado, representam ausência, real ou potencial, de saúde, mas que, por outro, não constituem presença de doença – que a série dos DSM, a partir de 1980, se desenvolverá. (RAMOS, 2014, p. 211).

Em 1980, com a publicação do DSM-III, ocorre uma importante mudança nos rumos da psiquiatria. O novo manual não compreendia o diagnóstico como chave para o entendimento de conflitos psíquicos ou relacionais que apareciam através dos sintomas, transformando-o, assim, no elemento que determinaria a identificação dos transtornos. Para alguns autores como Fendrik (2011), Simbemberg (2011), Frances (2014) e Bezerra Junior (2014), entre outros, com a publicação do DSM-III inicia-se a crescente ampliação dos diagnósticos e a consequente patologização da vida cotidiana.

[...] pelo predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante [...] *De fato, a paisagem da psiquiatria mudou a partir de 1980, assim como mudou o lugar ocupado pelo vocabulário, pelo olhar e pelas práticas da psiquiatria no ambiente cultural.* (BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 15, grifos meus).

A partir de sua terceira versão, o DSM passou a influenciar fortemente tanto a psiquiatria quanto a sociedade como um todo, não só nos Estados Unidos, mas no mundo inteiro. De acordo com Zorzanelli (2014), diversos autores têm corroborado a ideia de que a série dos DSM pode ser considerada um objeto cultural, além de sua utilidade burocrática como manual classificatório de doenças mentais. Dentre esses autores, Zorzanelli (op. cit.) cita o exemplo de Demazeau (2013), que dissertou sobre as dinâmicas e premissas seguidas pelos grupos envolvidos na elaboração dos manuais.

O conhecido e polêmico psiquiatra Allen Frances coordenou a força tarefa do então novo manual da APA, publicado em 1994. O DSM-IV apresentava 297 transtornos, caracterizando-se como um sistema multiaxial. Não utilizava um critério causal. Izaguirre (2014) afirma que o referido manual se constituiu como uma

classificação empírica, categórica e dimensional<sup>39</sup>. Para o autor, suas categorias eram heterogêneas com limites pouco claros, deixando de lado critérios nosológicos para favorecer o aspecto estatístico, “[...] cujo objetivo é conseguir a maior flexibilidade sem considerar as diferenças das orientações teóricas dos profissionais”. (IZAGUIRRE, 2011, p. 18). Podemos ler no próprio DSM-IV que seus objetivos são clínicos, de investigação e educacionais. O manual de 1994 diz ainda que se destina a clínicos e pesquisadores seguidores de distintas orientações, sejam elas biológicas, psicodinâmicas, cognitivas, comportamentais, interpessoais e familiares, deixando de fora a orientação psicanalítica.

Atualmente, estamos sob as diretrizes do DSM-5 (APA, 2013), que, de acordo com Frances (2014), não é mais do que consequência e desdobramento dos manuais que o antecederam. A série dos DSM é, para esse autor, produto dos conflitos que permearam a história da psiquiatria americana, assim como resultado de outros elementos políticos, culturais e tecnológicos que influenciam a sociedade.

A elaboração do DSM-5 ocorreu em meio a uma ampla polêmica relativa às diretrizes que lhe embasavam. Tais críticas vieram da própria comunidade psiquiátrica, e um dos mais contundentes críticos foi o próprio Allen Frances, coordenador do grupo que elaborou o DSM-IV, publicado em 1994.

Cosgrove e Krinsky (2012) afirmam que a força-tarefa responsável pelo DSM-5 tinha como um de seus objetivos resolver problemas como o excesso de diagnósticos e o alto índice de conflitos de interesses ocorrido nos grupos que participaram da elaboração de versões anteriores. Entretanto, além de a questão não ter sido resolvida, ela intensificou-se com a publicação desse novo manual. De acordo com os autores, existem estudos que demonstram que 69% da força-tarefa do DSM-5 apresentava vínculo com a indústria farmacêutica, ou seja, “[...] conflitos de interesses materializados em pesquisas financiadas pelas companhias farmacêuticas, participações em consultorias, entre outros”. (ZORZANELLI, 2014, p. 59).

Zorzanelli (2014) destaca dois importantes aspectos. O primeiro deles diz respeito ao fato de ser o DSM o manual escolhido para representar os sistemas

---

<sup>39</sup>Segundo o referido autor, categórica porque suas entidades nosológicas são qualitativamente distintas; dimensional porque o DSM-IV considera uma linha contínua entre doenças ou sintomas.

classificatórios em seu artigo, o que contrariaria a nossa realidade, já que é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), em seu capítulo específico para transtornos mentais e comportamentais, o manual utilizado pela OMS para as burocracias médicas brasileiras no campo da saúde mental<sup>40</sup>. Em segundo lugar, a autora questiona a importância dada ao DSM na psiquiatria brasileira e mesmo na psiquiatria internacional, já que se trata de um manual da psiquiatria norte-americana. Zorzanelli (op. cit.) justifica dizendo que, ao colocar em suspenso tais aspectos em forma de questões, ela está permitindo que pensemos sobre o lugar do DSM e o impacto que tal sistema classificatório tem em nossa cultura. Ela ainda chama a atenção para o significado do DSM como um objeto cultural mais amplo que um simples sistema classificatório com intuito administrativo e burocrático de uso exclusivamente médico.

Frances (2014) corrobora essa ideia e destaca, ainda, que, ao mesmo tempo em que o DSM reflete valores culturais, ele tem forte impacto na cultura, modificando o vocabulário leigo e tornando-o capaz de expressar nossos sofrimentos cotidianos em suas categorias diagnósticas.

[...] a classificação recebida por grupos e indivíduos é apropriada de forma ativa por cada um deles, gerando um efeito retroativo das classificações que, no limite, pode interferir na própria fonte de nomeação. Com essa ação difusa, os limites entre saber especializado e saber leigo se misturam, gerando algo mais que diagnósticos psiquiátricos: sensibilidades, preocupações, padrões de atenção aos sinais que o corpo nos dá. A ação do DSM não se limita aos médicos, se espelha entre os educadores, professores, pacientes, pessoas interessadas em aprimorar a saúde e a qualidade de vida, consumidores de saúde que demonstram crescente interesse pelos

---

<sup>40</sup> Embora seja a CID utilizada para as práticas protocolares e “burocráticas” em campo médico no Brasil, pode-se afirmar que ambos - CID e DSM – são regidos por parâmetros semelhantes quanto à dimensão constitutiva, valorizando a perspectiva descritiva, assim como o plano comportamental e sintomatológico. Apesar de um debate internacional que procura dar ênfase às questões contextuais e à valorização da funcionalidade e dos apoios necessários para cada sujeito em modo singular, as características desses manuais há pouco referidas continuam sendo aquelas predominantes. No âmbito do presente trabalho, houve maior destaque ao DSM porque esse sistema de classificação diagnóstica tem produzido, ao longo da história, segundo muitos estudos, uma forte influência sócioantropológica. Burkle (2009) afirma que na prática psiquiátrica é o DSM o manual que tem representado, para os profissionais da área, uma espécie de confiabilidade para a elaboração de um diagnóstico. “[...] o que talvez indique que de algum modo estes manuais são não somente “eficazes”, mas considerados eficazes por refletir e formar um certo modo de abordagem dos distúrbios psíquicos”.(BURKLE, 2009, p. 17). Em função de reconhecermos essa influência do DSM, na psiquiatria e na própria educação, optamos por seu destaque na presente análise, com uma dimensão ilustrativa das dinâmicas que constituem a elaboração desses sistemas.

transtornos mentais e passam a ser capazes de manejar palavras que antes eram só dos especialistas. (ZORZANELLI, 2014, p. 61).

Com esse resgate histórico sobre o DSM, gostaríamos de chamar a atenção para a relação entre o que foi exposto e o tema deste trabalho. A identificação precoce de sinais de risco de autismo e todo o movimento que envolve essa questão no mundo e, sobretudo, no Brasil, estão estreitamente vinculados ao contexto no qual surge a quinta versão do DSM. Em 2013, ano da publicação do DSM-5, são lançadas no Brasil as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo”, que tem como objetivo orientar profissionais vinculados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à saúde das pessoas com deficiência e de suas famílias. Tal documento destaca a imprescindibilidade da identificação precoce de sinais de risco de autismo, indo ao encontro de ideias que se vinculam à linha que, segundo Caponi (2016), estrutura o DSM-5: a lógica da prevenção e antecipação de riscos de patologias psiquiátricas.

Os conhecidos dispositivos de investigação destinados a tal avaliação, em sua maioria, estão em sintonia com princípios que não consideram a importância da reciprocidade entre sujeito observado e sujeito observador, sendo ambos parte do processo.

Para Gaines (1992), “[o] processo de classificação nosológica sempre classifica pessoas, não meramente doenças”. (p. 19). Banzato e Pereira (2014) afirmam que a nomenclatura diagnóstica e as classificações psiquiátricas poderiam servir de exemplo do “[...] possível impacto exercido por conceitos nas formas de subjetivação e descrição (ou redescricao) da experiência humana concreta”. (p. 48). Após um diagnóstico médico, o sujeito o incorpora como parte de sua própria identidade, utilizando-o como referência para viver seu presente e seu futuro.

## 7 INSTRUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO

[...] Aprendemos porque somos seres inacabados: as tartarugas nascem “sabendo” o que precisam. Nascem na praia sem a presença da mãe.

Mesmo assim, elas “sabem” que devem ir logo para o mar, caso contrário podem acabar na boca de algum predador. Os seres humanos, contudo, se abandonados, mesmo com alguns meses de vida, eles morreriam. Nasceram frágeis. Se os pais não os alimentam, morrem. Nós, seres humanos, não só somos seres inacabados e incompletos como temos consciência disso. Por isso, precisamos aprender “com”. Aprendemos “com” porque precisamos do outro, fazemo-nos na relação com o outro, mediados pelo mundo, pela realidade em que vivemos. (GADOTTI, 2003, p. 7-8).

## 7.1 O SENTIDO DO HUMANO<sup>41</sup>

Muito se tem ouvido falar sobre a identificação precoce de sinais de risco de autismo, isto é, a identificação de supostos sinais de risco de desenvolvimento do transtorno em bebês ainda muito pequenos.

Como falamos em capítulo posterior, no dia 26 de abril de 2017, foi sancionada a Lei nº 13.438 que torna obrigatório o uso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que avalie riscos para o desenvolvimento psíquico em bebês.

Gostaríamos de chamar a atenção para o importante debate que se estabelece a partir disso, já que, apesar de a Lei falar em “risco de desenvolvimento”, um dos argumentos utilizados para a sua aprovação foi o crescente número de casos de autismo no Brasil e no mundo bem como a afirmação de que, de acordo com o que aponta a literatura especializada, a detecção precoce da síndrome seria imprescindível para a efetividade da intervenção, aumentando as chances de um melhor desenvolvimento dos bebês que a apresentam.

Arantes (2017) alerta para o quão delicada é a situação, pois a utilização de um protocolo de identificação de sinais de risco de autismo de forma massificada poderia transformar-se em um “[...] instrumento normalizador e silenciador de singularidades”. (ARANTES, 2017, p. 6).

Para falarmos em protocolos de avaliação de risco de desenvolvimento, entendemos que antes é necessário delinear como conceituamos o desenvolvimento humano. Primeiramente, é importante ressaltar que nossa compreensão acerca desse

---

<sup>41</sup>O título do presente subcapítulo faz referência ao livro de Humberto Maturana, “El sentido de lo humano”, de 1991.

assunto está fundamentada em bases que evocam a abordagem sistêmica, a partir da qual os fenômenos complexos são observados e analisados sob seus diferentes ângulos de forma integrada. Entretanto, Rossetti-Ferreira (2004) diz que as utilizações e as interpretações da abordagem sistêmica variam, embora possamos estabelecer alguns aspectos que aparecem como consensuais e que merecem aqui ser destacados, já que dão suporte para nosso entendimento sobre o desenvolvimento humano:

- a) Ampliação do foco no indivíduo para os sujeitos em interação.
- b) Superação de um olhar unidirecional no que diz respeito à influência de um sujeito sobre o outro, reconhecendo, assim, a interdependência, a reciprocidade e o sinergismo entre eles.
- c) Fim da tentativa de se ter um maior controle das variáveis através de estudos sobre sujeitos em situação de laboratório, substituindo-os por estudos do desenvolvimento situado em contexto, sendo levada em conta a interdependência e a mútua e contínua transformação do sujeito e do ambiente.

Como traz a epígrafe deste capítulo, o bebê humano é um dos mais frágeis filhotes do reino animal. Para sobreviver, depende fortemente do outro, sendo, assim, dialógico por natureza. Tal característica é permeada pela linguagem, pela cultura e pela interpretação singular que cada sujeito faz do outro e da situação. Como são múltiplos os sujeitos de interação, os papéis e as posições que assumimos geram uma ampla gama de possibilidades interpretativas do sujeito a respeito do mundo, e vice-versa.

Oliveira (2015) destaca dois aspectos que, segundo ela, são da ordem do humano: a singularidade e a subjetividade. Para a autora, os seres humanos são seres singulares que se constituem a partir de percursos únicos permeados por diferentes culturas. Entretanto, ao mesmo tempo em que é singular, pode-se dizer que o ser humano está em um constante devir<sup>42</sup>, em um infinito tornar-se. Para ela, o devir é próprio do humano. Sobre isso, a autora diz, ainda, que o homem:

---

<sup>42</sup>Compreendemos a expressão “devir” como uma maneira de evidenciar o tornar-se, ou seja, uma forma de demonstrar o inacabado do humano. Entende-se, portanto, que o ser humano está em constante processo de desenvolvimento.

É um ser histórico, biologicamente social e cultural e histórica e culturalmente biológico. Precisamos, portanto, considerar os aspectos filogenéticos e ontogenéticos a fim de aproximarmo-nos, ainda que de forma imperfeita e rudimentar, de uma compreensão do humano, entendendo que se trata sempre de uma síntese de relações dinâmicas e dialéticas. (OLIVEIRA, 2015, p. 10-11).

Deleuze e Guattari (1997) também compreendem o ser humano como aquele que está em constante transformação. Esses estudiosos afirmam que o humano deve ser entendido como um sujeito em um interminável devir, pois está sempre em movimento e nunca se repete, caracterizando-se como múltiplo.

Mia Couto (2013) diz que a “história de um homem é sempre mal contada. Porque a pessoa é, em todo o tempo, ainda nascente. Ninguém segue uma única vida, todos se multiplicam em diversos e transmutáveis homens.” (COUTO, 2013, p. 41).

O segundo fator que destacamos como sendo próprio do humano é a subjetividade. Para González Rey (2003), a subjetividade se constitui como “um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social”. (p. 9).

Para Oliveira (1995), a subjetividade se caracteriza como um processo dinâmico, podendo ser compreendida a partir da perspectiva sócio-histórica do desenvolvimento humano. Contrapondo-se a essa perspectiva, o pensamento cartesiano impedia a elaboração de teorias que envolvessem a subjetividade, pois sempre se enfatizava a dicotomia entre mente e corpo, razão e emoção, dificultando, assim, uma reflexão mais ampla e complexa.

As premissas que são associadas ao desenvolvimento no âmbito de nossas reflexões encontram sintonia com a perspectiva sócio-histórica, a qual tem Vigotski (1896-1934) como principal pensador. Segundo esse estudioso, o homem torna-se efetivamente humano através de suas experiências em sociedade, da cultura em que está inserido e de sua condição biopsicológica. Foi por meio da análise de dimensões que podem ser designadas como vinculadas ao plano histórico-cultural que Vigotski ofereceu importantíssimas contribuições para a educação, sobretudo ao discutir as

características do psiquismo, o que deu base para um novo olhar em relação ao desenvolvimento humano no sentido de ampliar as diretrizes que eram pautadas em um empirismo emergente no século XX.

De acordo com Rossetto (2009), o referido estudioso, contrapondo-se às teorias do desenvolvimento psicológico – que variam suas possibilidades explicativas ora a partir de aspectos ambientais, ora a partir de fatores biológicos –, tinha como intuito estabelecer um novo paradigma relativo ao desenvolvimento. Para ele, o homem “[...] não se constitui de fenômenos internos, nem se reduz a um reflexo passivo do meio. O sujeito cria a si mesmo nas relações sociais.” (GERALDI et. al., 2006, p. 16).

Vigotski, da mesma forma como ocorre com os grandes estudiosos, encontrou bases para suas reflexões em diferentes campos de conhecimento: das artes à filosofia, da antropologia à medicina, especialmente a neurologia e a defectologia. Tinha forte interesse quanto aos transtornos neurológicos relativos à fala e ao pensamento. Foi conhecido como um dos maiores estudiosos e humanistas do século XX e autor de importantes trabalhos na psicologia.

Fundamentando-se em princípios do materialismo dialético – que pressupõe que todo o fenômeno seja compreendido como um processo em constante mudança – Vigotski (1997) opôs-se às teorias hegemônicas de sua época, criando uma “nova” psicologia que pode ser designada como tendencialmente interacionista, pois entendia que os dualismos simplificadores não conseguiam elucidar os processos relativos ao desenvolvimento humano. O referido autor destacava ainda que o desenvolvimento da criança com deficiência em nada se distingue daquela que não apresenta comprometimentos, ou seja, seu desenvolvimento não pode ser caracterizado somente por aspectos biológicos, mas também – e principalmente – por aspectos sociais.

Considerando o homem como um ser social e histórico que se constitui como sujeito por meio de relações mediadas pela linguagem, é possível afirmar que o pensamento de Vigotski possui bases que o aproximam do pensamento sistêmico, pois as duas vertentes rompem com as teorias empiristas sobre a natureza humana, rejeitando os dualismos cartesianos e compreendendo o mundo e o homem de forma complexa, em uma perspectiva de relações.

Pode-se dizer que a teoria sistêmica reafirma elementos que são destacados no pensamento de Vigotski como, por exemplo, a compreensão de ser humano que o concebe como sujeito que, na busca incessante por novos conhecimentos, constitui-se a partir de suas relações com o mundo, mundo esse que não está pronto e acabado, pois se encontra em processo de constante transformação. O ser humano, portanto, é influenciado pelo mundo ao mesmo tempo em que o influencia.

Em vista do que foi exposto até o momento, além de evidenciar nossas ideias sobre o tema, gostaríamos de deixar reticências para que o novo surja. Por isso, assim questionamos: O que faz de nós, seres humanos, seres tão particulares? Por que nos diferenciamos tanto? Por que apresentamos tantas singularidades já que fazemos parte de uma mesma espécie? Talvez o paradigma no qual apoiamos o nosso entendimento acerca do desenvolvimento humano – o paradigma sistêmico – possa ajudar a responder tais questionamentos.

## 7.2 INSTRUMENTOS PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO

A possibilidade de intervenção precoce tem sido utilizada como justificativa recorrente para a necessidade – apontada por especialistas – da identificação precoce de sinais de risco de desenvolvimento. Estudiosos da área afirmam que quanto mais cedo houver a intervenção, maior será a probabilidade de o sujeito desenvolver-se plenamente.

De acordo com a literatura especializada, nas últimas décadas, o avanço científico possibilitou a formulação de teorias relativas ao desenvolvimento humano que possibilitam afirmar a importância da intervenção precoce em casos de sinais de alerta para riscos no desenvolvimento. Como exemplos de achados que serviriam de justificativa e que são citados com frequência por estudiosos da área, estão a

neuroplasticidade<sup>43</sup>, a poda neuronal<sup>44</sup>, a estreita relação entre os processos cognitivos e os processos emocionais, entre outros.

Neste subcapítulo, pretendemos discorrer a respeito de instrumentos que têm como objetivo identificar precocemente sinais de risco de desenvolvimento infantil.

### 7.2.1 IRDIs: Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

Os primeiros estudos sobre os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) surgiram no ano 2000, quando um grupo de profissionais<sup>45</sup> das áreas de Psicanálise, Psicologia, Pediatria e Psiquiatria iniciaram uma pesquisa<sup>46</sup> com o intuito de validar um conjunto de manifestações da ordem das relações primordiais entre mãe e filho que, a partir das lentes psicanalíticas, são compreendidas como necessárias e que, em sua ausência, se tornariam indicadores de risco.

Essa inversão foi introduzida de forma proposital. Uma vez incluídos em um protocolo de consultas regulares, os indicadores, concebidos de forma positiva, poderão operar na direção de instituir um olhar pediátrico que vê saúde e não doença psíquica na criança. Ausentes, farão o pediatra suspeitar que algo não vai bem, sem contudo levá-lo a fechar um diagnóstico definitivo. No campo da subjetividade, um diagnóstico fechado na primeira infância pode ser desastroso e iatrogênico, na medida em que sela um destino ainda passível de modificações decorrentes da plasticidade e das intercorrências que

---

<sup>43</sup>“A Plasticidade Cerebral, como é conhecida esta capacidade adaptativa do SNC (Sistema Nervoso Central), é a habilidade para modificar a organização estrutural e funcional em resposta à experiência (estímulos ambientais).” (HENNEMANN, 2012, p. 1).

<sup>44</sup>“Caracteriza-se como um processo onde sinapses necessárias são fortalecidas e sinapses menos importantes são descartadas. Após certo período, alguns neurônios são desligados, dando espaço a outros que estejam sendo utilizados.” (HENNEMANN, 2012, p. 1).

<sup>45</sup>A pesquisa foi realizada pelo Grupo Nacional de Pesquisa (GNP), que reunia *experts* sob a coordenação nacional dos estudiosos Maria Cristina Machado Kupfer (IPUSP) e Alfredo Jerusalinsky (Lydia Coriah/POA) com o propósito de construir o protocolo de indicadores e conduzir uma pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo constituía-se por Leda Fischer Bernardino (PUC/Curitiba); Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante (CPPL/Recife); Domingo Paulo Infante (Instituto da Criança/Hospital de Clínicas de São Paulo); Lina G. Martins de Oliveira e Maria Cecília Casagrande (São Paulo); Daniele Wanderley (Salvador); Lea Sales (Universidade Federal do Pará); Regina M. R. Stellin (UNIFOR); Flávia Dutra (Brasília); Otávio Souza (Fundação Oswaldo Cruz/RJ); e Silvia Molina (Porto Alegre/RS).

<sup>46</sup>A referida pesquisa foi considerada de grande relevância para a saúde pública pelo Ministério da Saúde, que, juntamente com o CNPQ, a FAPUSP e a USP, apoiaram a investigação. Participaram 250 pesquisadores, que desenvolveram o trabalho entre os anos 2000 e 2009.

concorrem, como já se disse, para a construção singular de um lugar de sujeito. (KUPFER et al., 2010, p. 46).

De acordo com Jerusalinsky (2008), a pesquisa sobre o IRDI pressupunha o desenvolvimento humano como sendo resultado de aspectos maturativos de cunho neurológico e genético, bem como de processos de constituição do sujeito psíquico. Segundo o autor, as pesquisas relativas aos riscos no desenvolvimento humano, até aquele momento, costumavam privilegiar as dimensões neurológica e genética.

Segundo Kupfer et al. (2009), a pesquisa sobre o IRDI tinha como principal finalidade verificar a capacidade dos indicadores de risco em detectar precocemente<sup>47</sup> comprometimentos no desenvolvimento da criança. Além disso, objetivava capacitar pediatras da rede pública de saúde para detectar tais indicadores e tinha, ainda, o intuito de selecionar indicadores de risco psíquico para que fossem inseridos nas fichas de acompanhamento do desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos – ideia proposta pelo Ministério da Saúde.

A respeito das características que o protocolo de IRDI deveria apresentar, Jerusalinsky (2015) salienta:

Para que esse dispositivo viesse a cumprir a finalidade preventiva a que estava destinado, devia respeitar duas condições: 1) que ele detectasse risco e não fizesse diagnóstico; 2) que fosse à procura dos traços de saúde e não de doença já que se procedesse desse último modo poderia gerar uma falsa epidemia de risco (precisamente esse é um dos grandes problemas metodológicos das check list de diagnóstico que pontuam os comportamentos considerados patológicos). (p. 421).

Dessa maneira, o autor relata que foi desenvolvido um protocolo tendo como base a teoria psicanalítica de orientação lacaniana<sup>48</sup> e winnicottiana<sup>49</sup>. Por ser considerado um trabalho de caráter multicêntrico, contou com uma amostra de 727

---

<sup>47</sup>De acordo com a literatura especializada e estudada até o momento, o termo “precoce” na pesquisa IRDI refere-se à primeira infância.

<sup>48</sup>Vertente da psicanálise que se baseia na leitura dos textos de S. Freud realizada por J. Lacan. Ver LACAN, J. *Escritos*, Paris: Seuil, 1965.

<sup>49</sup>Vertente da psicanálise que se baseia nas ideias e publicações de D. W. Winnicott. Ver WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

crianças que foram acompanhadas durante os seus primeiros 18 meses de vida em 11 hospitais e centros de atenção pública de 10 capitais do país. Dessa amostra, 183 crianças constituíram uma subamostra e foram novamente testadas quando estavam com três anos de idade<sup>50</sup> por meio de outro instrumento (AP3 – Avaliação Psicanalítica aos Três Anos de Idade) e de uma entrevista psiquiátrica (a qual os pesquisadores chamaram de avaliação externa). O segundo método tinha o objetivo de identificar a continuidade ou não da condição de risco detectada dos 18 meses até aquele momento (aos três anos de idade). (KUPFER et al., 2009, 2010; JERUSALINSKY et al., 2010; JERUSALINSKY, 2015).

A organização dos indicadores seguiu, segundo os pesquisadores, quatro princípios primordiais para a constituição de um sujeito sem riscos de desenvolvimento: 1) supor um sujeito; 2) estabelecer a demanda; 3) alternância presença-ausência; 4) função paterna. Para Jerusalinsky (2015), esses princípios podem ser explicados da seguinte forma:

- a) *Supor um sujeito (SS)*: embora ainda não se encontre constituído, a mãe ou o cuidador do bebê antecipam nele a presença de um sujeito psíquico, trazendo grande prazer a esse bebê. Laznik (2000) diz que, acompanhando esse fenômeno, vem uma manifestação da mãe através de palavras que expressam uma musicalidade prazerosa, denominada de “mamanhês”. Assim, a subjetividade, que não é inata, pode se efetivar. Aos poucos, o bebê consegue se apropriar dessa rede de significações.
- b) *Estabelecer a demanda (ED)*: é um fenômeno inconsciente no qual a mãe ou o cuidador interpretam as reações involuntárias do bebê como uma solicitação. Atendendo a elas, o cuidador cria o que a psicanálise chama de experiência primária de satisfação, encorajando o bebê a solicitar auxílio e a demandar o que lhe traz bem estar e prazer. Assim, essa demanda começa a significar um elemento imprescindível de relação com o outro.

---

<sup>50</sup>Essas crianças, destacadas aleatoriamente, faziam parte do grupo de 287 crianças que apresentaram risco (dois ou mais indicadores ausentes) na primeira avaliação.

- c) *Alternância presença-ausência (PA)*: a criança começa a criar representações simbólicas a partir da descontinuidade da presença e ausência materna. Tal fenômeno proporcionará à criança bases para as respostas ou demandas posteriores. Jerusalinsky (2015) afirma que a mãe deve dar espaço, a fim de que seu bebê experimente a falta; caso contrário, estaria estabelecendo a dependência absoluta e o impedindo de criar sua própria identidade.
- d) *Função paterna (FP)*: caracteriza-se, para a dupla mãe-bebê, como o lugar da terceira instância, orientada pelo aspecto social. Constitui-se como o registro que a criança apresenta, de forma progressiva, de um conjunto de elementos que não dependem da mãe, embora possa ser comunicado por ela.

Os princípios aqui expressos e que dão base à pesquisa sobre os indicadores de risco têm origem, segundo os pesquisadores envolvidos no projeto IRDIs, na experiência clínica psicanalítica. De acordo com esses estudiosos, tais indicadores já eram utilizados informalmente no cotidiano da clínica psicanalítica com o intuito de identificar se a estruturação do sujeito – ainda criança – estava ocorrendo ou não de maneira satisfatória. Dessa maneira, o protocolo IRDI foi construído a partir do levantamento empírico de indicadores de alerta costumeiramente usados em avaliações clínicas.

Com base nos sinais de alerta destacados nas experiências piloto, foram selecionados 31 indicadores que, quando ausentes, representam risco para o desenvolvimento. Esses indicadores<sup>51</sup> estão distribuídos em quatro fases (quatro faixas etárias), que são:

- 1ª Fase)** De zero a quatro meses;
- 2ª Fase)** De quatro a oito meses;
- 3ª Fase)** De oito a 12 meses;
- 4ª Fase)** De 12 a 18 meses.

Assim, as crianças da primeira amostra foram avaliadas de acordo com as quatro fases citadas. Das 183 crianças sorteadas para participar da avaliação AP3,

---

<sup>51</sup>Ver Anexo X.

apresentaram-se 158. Das 727 crianças da amostra inicial, 440 não apresentaram risco, sendo estas tomadas como grupo controle. Dessas 440 crianças, foram sorteadas 132 para completar o estudo, das quais somente 122 participaram<sup>52</sup>. (JERUSALINSKY, 2015). De acordo com os autores da pesquisa IRDI, ao fim do estudo, foi demonstrada a pertinência e a consistência da aplicação do protocolo IRDI para uma ampla variedade populacional.

Tabela 1 - Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos<sup>53</sup>

<b>Idade em meses</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Eixos<sup>54</sup></b>
0 a 4 incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).	SS
	3. A criança reage ao mamanhês.	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 a 8 incompletos	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais distintos para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA

(continua)

<sup>52</sup>Tais perdas durante o processo não foram estatisticamente significativas, segundo nota do autor do artigo.

<sup>53</sup>Jerusalinsky (2015, p. 425-428).

<sup>54</sup>Indica a qual dos quatro princípios psicanalíticos corresponde cada indicador, favorecendo uma análise qualitativa após a aplicação do instrumento.

(continuação)

Idade em meses	Indicadores	Eixos
4 a 8 incompletos	<p>10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</p> <p>11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</p> <p>12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem lhe poupar o esforço.</p> <p>13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.</p>	<p>ED</p> <p>ED/PA</p> <p>SS/ED/P A</p> <p>ED/FP</p>
8 a 12 incompletos	<p>14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</p> <p>15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</p> <p>16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.</p> <p>17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</p> <p>18. A criança estranha pessoas desconhecidas a ela.</p> <p>19. A criança possui objetos prediletos.</p> <p>20. A criança faz gracinhas.</p> <p>21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.</p> <p>22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.</p>	<p>ED/SS</p> <p>ED</p> <p>ED</p> <p>SS/PA</p> <p>FP</p> <p>ED</p> <p>ED</p> <p>ED</p> <p>ED</p>
12 a 18 incompletos	<p>23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</p>	<p>ED/FP</p>

(continua)

(continuação)

Idade em meses	Indicadores	Eixos
12 a 18 incompletos	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais definem pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	ED/FP  ED/FP  FP  SS/FP  FP  FP  FP  FP

Fonte: Jerusalinsky (2015)

Jerusalinsky (2015) tece algumas considerações sobre o instrumento IRDI, como, por exemplo:

- a) Alguns dos referidos indicadores podem ser observados na própria consulta clínica; outros devem ser questionados ao responsável pela criança.
- b) Dos 31 indicadores, 15 manifestaram alta validade individual e especial validade no risco para a estruturação psíquica e no risco para o desenvolvimento. Observá-los com mais atenção, segundo Jerusalinsky

(2015), permitiria formular hipóteses sobre os graus do risco em cada criança participante da testagem, assim como favoreceria a orientação de que caminhos terapêuticos seguir.

### 7.2.2 O instrumento de validação: a Avaliação Psicanalítica aos Três Anos de Idade (AP3)<sup>55</sup>

As crianças participantes da pesquisa piloto que apresentaram dois ou mais indicadores ausentes na primeira fase da investigação, aos três anos de idade passaram por uma segunda fase chamada de Avaliação Psicanalítica aos Três Anos de Idade (AP3). Essa avaliação é composta por um roteiro com 43 questões que servem de norte para a entrevista que deverá ser realizada por psicanalistas com os pais e com a criança. Sua duração aproximada é de uma hora e meia. Após a aplicação do AP3, o profissional emite um parecer descritivo, destacando eventuais sintomas clínicos.

Esse instrumento foi elaborado a partir dos quatro eixos que constituem o IRDI (SS, ED, PA e FP). Todavia, a AP3 baseou-se ainda em quatro novas categorias, com o objetivo de conseguir abranger características próprias do funcionamento psíquico de uma criança de três anos de idade: o brincar e a fantasia (BF); o corpo e sua imagem (CI); manifestação diante das normas e posição frente à lei (NL); a fala e a posição na linguagem (FL)<sup>56</sup>.

Jerusalinsky (2015) afirma que, apoiando-se nos resultados dessa segunda fase, foram definidos dois tipos de desfecho clínico: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento; e presença ou risco psíquico.

- a) *Presença ou ausência de problemas de desenvolvimento*: quando são observadas ou não dificuldades de natureza psíquica que interferem no restante do desenvolvimento da criança. Todavia, Kupfer et al. (2010) afirmam que isso não significa, necessariamente, que a estruturação psíquica da criança esteja comprometida.

---

<sup>55</sup>A AP3 foi elaborada pelo mesmo grupo de pesquisadores responsável pela elaboração do IRDI.

<sup>56</sup>Essas categorias foram propostas por Jerusalinsky (2008) com base nos estudos de Lacan (1966, 1969, 2003), Dolto (1992) e Winnicott (1975).

b) *Presença ou risco psíquico*: quando são observados comprometimentos no processo de constituição subjetiva, o que leva à suposição de risco de desenvolvimento capaz de evoluir para comprometimentos psíquicos graves da infância. Para o estabelecimento desse segundo desfecho clínico, Jerusalinsky e Infante<sup>57</sup> desenvolveram, precedentemente, um estudo a partir da literatura especializada no qual identificam, dentre os sintomas clínicos, aqueles capazes de indicar a presença de risco psíquico<sup>58</sup>.

A seguir, apresentamos uma tabela com listagem de sintomas obtidos a partir da AP3.

Tabela 2 - Sintomas clínicos obtidos na AP3<sup>59</sup>

<b>Eixo de Avaliação de Sintomas</b>
<b>I. O brincar e a fantasia</b>
1. Violência no brincar
2. Ausência de enredo
3. Inibição
4. Inconstância
5. Emergência de angústia ou medo durante o brincar
6. Falta de iniciativa, passividade e/ou falta de curiosidade
7. Manipulação mecânica dos brinquedos (SIRP)
8. Pobreza simbólica
9. Atividade ou movimentos repetitivos (SIRP)
10. Recusa no brincar
11. Ausência de faz de conta (SIRP)
<b>II. O corpo e sua linguagem</b>
1. Dificuldade no controle esfinteriano
2. Agitação motora
3. Atuações agressivas
4. Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina

<sup>57</sup>Estudo inédito.

<sup>58</sup>Os sintomas clínicos ou indicadores de risco psíquico indicam detenções ou ausências de processos que deveriam estar em curso. A ausência de faz de conta, por exemplo, mostra uma interrupção ou falta do dispositivo da fantasia como instrumento de elaboração das dificuldades que toda criança enfrenta ao crescer, e aponta para uma detenção significativa da constituição do sujeito. (KUPFER, 2009).

<sup>59</sup>Jerusalinsky (2015, p. 430-432).

5. Colagem no corpo da mãe
6. Dificuldades alimentares <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alimentação seletiva</li> <li>b. Recusa de alimentação sólida (SIRP)</li> </ul>

(continua)

(continuação)

<b>Eixo de Avaliação de Sintomas</b>
<b>II. O corpo e sua linguagem</b>
6. Dificuldades alimentares <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Dificuldade alimentar não especificada</li> <li>d. Obesidade</li> <li>e. Recusa do alimento</li> </ul>
7. Dificuldades motoras
8. Dificuldades de separação
9. Doenças de repetição (amidalite, otite, bronquite)
10. Doenças psicossomáticas (alergias, asma, dores inespecíficas)
11. Exposição a perigos
12. Demanda insistente do olhar do outro
13. Passividade
14. Falhas no reconhecimento de si no espelho (SIRP)
15. Impossibilidade de suportar o olhar do outro (SIRP)
16. Preocupação excessiva com a sujeira
17. Alterações do sono
18. Autoagressão (SIRP)
19. Interrupção no crescimento
20. Inibição diante do olhar do outro
<b>III. Manifestações diante das normas</b>
1. Birras prolongadas
2. Criança tem que ser castigada para obedecer
3. Confusão e angústia frente à lei
4. Desobediência desafiadora
5. Conhece limites, mas não os respeita
6. Recusa da presença do terceiro (SIRP)
7. Recusa do não (SIRP)
8. Submissão excessiva à lei (SIRP)
9. Criação de medos substitutivos da lei (SIRP)
10. Negativismo
<b>IV. Fala e posição da linguagem</b>
1. Ausência de pronomes pessoais (SIRP)

2. Repetição ecológica (SIRP)
3. Troca de letras ou sílabas na fala
5. Fala infantilizada
6. Linguagem incompreensível, com tentativa de interlocução

(continua)

(continuação)

<b>Eixo de Avaliação de Sintomas</b>
<b>IV. Fala e posição da linguagem</b>
7. Linguagem incompreensível, com tentativa de interlocução
8. Linguagem incompreensível, sem busca de interlocução (SIRP)
9. Pobreza expressiva
10. Uso da terceira pessoa para referir-se a si mesmo (SIRP)
11. Fala traduzida pelo cuidador
12. Inibição
13. Não forma frases (pobreza simbólica) [H]

Legenda: SIRP = Sintoma Indicador de Risco Psíquico

Fonte: Jerusalinsky (2015).

Importante destacar que, para uma criança ser incluída dentro do grupo que apresentava risco psíquico, deve-se observar pelo menos um dos indicadores de risco. Segundo Kupfer et al. (2010), estatisticamente, o IRDI mostrou-se mais eficiente para identificar comprometimentos relativos ao desenvolvimento do que para realizar procedimentos associados à identificação de risco psíquico. Ao mesmo tempo, demonstrou ter capacidade para identificar alguns fatores de forma isolada ou em grupos, predizendo riscos psíquicos ou de comprometimentos no desenvolvimento.

Outro fator que também merece nossa atenção, segundo Kupfer et al. (2010), é o fato de que a pesquisa, em sua primeira fase, priorizou o diálogo com a área da Pediatria, promovendo reflexões sobre saúde e prevenção. Já em sua segunda fase, a investigação dialogou com a psicopatologia da infância, havendo, assim, uma mudança de perspectiva. E nosso olhar volta-se exatamente para esse ponto. Um dos objetivos centrais desta tese é estabelecer tensão em relação à discussão sobre a obrigatoriedade da aplicação de um instrumento que, em suma, pode, muito cedo na vida de uma criança, produzir efeitos iatrogênicos.

### 7.3 EARLY SCREENING FOR AUTISTIC TRAITS (ESAT)<sup>60</sup>

O Early Screening for Autistic Traits (ESAT) (SWINKELS et al., 2006; DIETZ et al., 2006) é um questionário para pais e/ou cuidadores desenvolvido por pesquisadores holandeses e tem como objetivo detectar sinais precoces de autismo. É composto por 14 perguntas sobre o comportamento de crianças entre 14 e 15 meses de idade, mas também tem sido aplicado em crianças entre oito e 44 meses de idade. Esse instrumento tem sido utilizado por médicos do sistema de saúde holandês.

No Brasil, o ESAT tem sido utilizado pelo grupo de pesquisa Autismo, Comunicação e Intervenção, coordenado pela professora Carolina Lampreia, do Departamento de Psicologia da PUC do Rio de Janeiro, que anteriormente utilizava outro instrumento para a detecção precoce de autismo, chamado Instrumento de Vigilância Precoce do Autismo (LAMPREIA; LIMA, 2008). Com o intuito de capacitar educadores de creches para a identificação de sinais de risco de autismo, Lampreia (2013) desenvolveu um projeto que utilizou o ESAT como instrumento, sendo ele composto por questões com respostas do tipo SIM (indicando desenvolvimento típico) ou NÃO (indicando risco de autismo):

- 1) A criança se interessa em brincar com vários tipos de objetos?
  - 2) A criança pode brincar com brinquedos de maneiras variadas (não só remexendo, botando na boca, jogando no chão, etc.)?
  - 3) Quando a criança expressa seus sentimentos, por exemplo, chorando ou sorrindo, isso ocorre, na maioria das vezes, nos momentos esperados ou apropriados?
  - 4) A criança reage de uma forma normal à estimulação sensorial, como frio, calor, luz, som, dor ou cócegas?
  - 5) Você consegue dizer facilmente, só de olhar o rosto da criança, como ela se sente?
-

- 6) É fácil fazer com que a criança olhe nos seus olhos?
- 7) Quando a criança é deixada sozinha por algum tempo, ela tenta atrair sua atenção, por exemplo, chorando ou chamando?
- 8) O comportamento da criança está livre de movimentos repetitivos estereotipados, como bater a cabeça ou movimentar o corpo para a frente e para trás?
- 9) A criança traz objetos ou mostra algo para você por iniciativa própria?
- 10) A criança se mostra interessada por outras crianças ou adultos?
- 11) A criança gosta de receber carinhos?
- 12) A criança costuma sorrir para você ou para outras pessoas?
- 13) A criança gosta de brincar com outras pessoas, por exemplo, de esconder, cavalgar nos joelhos, ser balançada?
- 14) A criança reage quando ela é chamada, por exemplo, olhando, escutando, sorrindo, falando ou balbuciando?

Segundo Lampreia (2008), o ESAT deveria ser aplicado em todas as crianças na faixa etária entre 12 e 24 meses de idade. Contudo, a autora afirma que, caso já se tenha uma suspeita de autismo, a criança deve ser encaminhada a um especialista da área para uma avaliação mais específica. Caso seja confirmado o risco, Lampreia (op. cit.) destaca que a criança deve ser acompanhada por um psicólogo especialista em autismo, sendo este o profissional indicado para orientar o professor sobre como ajudar no desenvolvimento do aluno. A autora ainda acrescenta que, caso seja necessário, a criança deve ser encaminhada para uma intervenção precoce.

Foi realizada uma pesquisa na Holanda (OOSTERLING et al., 2010) em que um grupo de profissionais foi treinado para identificar sinais precoces de autismo utilizando o ESAT, enquanto outro grupo não passou por tal treinamento. Os resultados indicaram que o grupo treinado encaminhou mais crianças de zero a dois anos de idade para a avaliação específica, diagnosticou mais crianças com autismo, e percebeu uma queda na idade média de diagnóstico. Esse estudo, segundo Lampreia (2008), indica que os profissionais poderiam se tornar mais habilitados a diagnosticar o autismo caso estivessem aptos a aplicar o ESAT, possibilitando tanto uma

identificação quanto um encaminhamento precoce para intervenção, o que levaria a uma melhora de prognóstico.

Embora a autora afirme que o instrumento ESAT não possui um fim em si mesmo, e sim se constitui como meio para promover a capacitação de professores de creches a reconhecerem sinais de risco de autismo, podemos observar que, ao mesmo tempo, ressalta-se a importância de encaminhamentos para especialistas em autismo ou para psicólogos. Sugere, assim, que tais profissionais deveriam ser responsáveis por orientar o trabalho do professor. Essa perspectiva suscita muitos questionamentos, pois, além da reflexão sobre os possíveis efeitos do processo de “identificação” em termos do aumento da probabilidade de confirmação diagnóstica, restam dúvidas sobre o modo como têm sido preparados os profissionais da saúde que assumiriam essa grande dose de responsabilidade, a qual tende a extrapolar seu próprio campo de conhecimento ao serem indicados como responsáveis pela “orientação” dos professores. Na realidade, as mudanças de perspectivas envolvendo iniciativas para detectar algum risco deveriam considerar que cada tipologia de intervenção – clínica ou pedagógica – tem suas singularidades e suas bases teóricas de sustentação e que as modalidades de intervenção não se associam apenas ao conhecimento acerca de um perfil de síndrome ou de sujeito.

#### 7.4 PRO-TEA

Marques e Bosa (2015) afirmam que a avaliação de crianças com suspeita de autismo poderia ser realizada através da observação de comportamentos levando em conta os critérios dos manuais diagnósticos. Da mesma forma, poderiam ser utilizados para isso protocolos que permitissem “[...] ao profissional traçar um perfil refinado das características de desenvolvimento da criança.” (p. 43). No que se refere aos protocolos de avaliação – denominados pelas autoras de “instrumentos de triagem” –, são citadas algumas ferramentas adaptadas e parcialmente validadas no Brasil, como, por exemplo, o Autistic Traits of Evaluation Scale (ATA) (BALLABRIGA; ESCUDÉ; LLABERIA, 1994), validado por Assumpção Junior, Kuczynski, Gabriel e Rocca (1999); a Autism Behavior Checklist (ABC) (KRUG; ARICK; ALMOND, 1993), validado por

Marteleto e Pedremônico (2005); a Childhood Autism Rating Scale (CARS) (SCHOPLER; REICHLER; RENNER, 1988), validado por Pereira, Riesgo e Wagner (2008); e o Autism Screening Questionnaire (ASQ) (BERUMENT et al., 1999), validado por Sato et al. (2009). Além desses, foi realizada a tradução do instrumento Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (ROBINS et al., 2001) para o português brasileiro por Losapio e Pondé (2008) e, posteriormente, parcialmente validada por Castro-Souza (2011).

Zanon et al. (2014) afirmam que um protocolo de avaliação de crianças com suspeita de autismo deveria, além de identificar comportamentos compatíveis com a descrição do transtorno do espectro autista (TEA), ter capacidade de identificar potencialidades e contribuir com elementos, a partir da avaliação psicológica, que pudessem apontar possíveis caminhos para a intervenção.

Sobre instrumentos de avaliação de crianças com TEA, Marques e Bosa (2015) fazem outro importante destaque:

A observação direta do comportamento deve, sobretudo, levar em consideração as sutilezas da expressão dos comportamentos de crianças com autismo, isto é, não apenas a ocorrência ou não de um dado comportamento, mas sua intensidade, duração e peculiaridade. Embora o TEA seja caracterizado por um desvio qualitativo do desenvolvimento, é justamente a qualidade do comportamento que tende a perder relevo nas avaliações. Além disso, a evolução dos comportamentos tende a ser sutil e lenta, em muitos casos. Instrumentos com respostas amplas e dicotômicas não permitem o registro de avanços mais sutis, que tendem a ser pouco perceptíveis. Essa situação pode produzir resultados desalentadores, do ponto de vista do desenvolvimento, nas situações de reavaliações da criança, caso os instrumentos não consigam captar estes detalhes. (p. 44).

Somando-se às referidas dificuldades relativas à instrumentos de avaliação de crianças com autismo, Bosa et al. (2016) afirmam que, em termos de autoria brasileira, existe uma carência de protocolos de avaliação que utilizem a observação direta da criança a partir dos critérios identificados no DSM-5 (interação social e comunicação; comportamentos repetitivos e estereotipados). Além disso, há estudos que destacam a necessidade de serem criados protocolos de avaliação que possam ser utilizados na saúde pública, que sejam de baixo custo e aplicação rápida e que possibilitem a

aplicação por profissionais de diferentes áreas da saúde. (MARQUES; BOSA, 2015; ZANON et al., 2014; LAMPREIA, 2008; BOSA et al., 2016).

A partir das dificuldades relatadas nos estudos citados anteriormente, foi desenvolvida uma investigação com o intuito de criar um protocolo que fosse adaptado à realidade brasileira. Assim, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtornos do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NIEPED/UFRGS), elaborou, em 1998, o Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA) com base na tese de doutorado de Bosa (1998)<sup>61</sup>, aprimorando-o em 2007. Esse instrumento tem sido utilizado por profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

O PRO-TEA é um instrumento de observação direta da criança em idade pré-escolar em interação com um adulto (pais/profissional) em um ambiente lúdico, requerendo apenas brinquedos de baixo custo. Sua aplicação é rápida, sendo constituído por elementos que contemplam a tríade de comprometimentos característica do TEA, considerando sua intensidade, frequência e peculiaridade, e avaliando tanto quantitativa quanto qualitativamente a tríade de prejuízos. Nesse instrumento, os itens referentes à interação social recíproca e à brincadeira têm suas bases na teoria do desenvolvimento sociopragmático<sup>62</sup>.

Cada uma das dimensões<sup>63</sup> é subdividida em itens que contemplam os comportamentos característicos descritos no DSM-IV-TR, ficando distribuídas da seguinte forma<sup>64</sup>:

#### **A) Dimensão “Interação Social, Linguagem e Comunicação”:**

---

<sup>61</sup>Bosa é a coordenadora do NIEPED/UFRGS e uma das autoras do PRO-TEA.

<sup>62</sup>Conforme Tomasello e Farrar (1986), a perspectiva sociopragmática entende que o desenvolvimento da comunicação depende da capacidade da criança de compreender o outro como um agente intencional e mental. Segundo os autores, esse processo ocorre no fluxo das interações sociais desde os primeiros anos de vida. Sendo assim, Bosa et al. (2016) reiteram que, desde cedo, já seria possível identificar alguns comportamentos sinalizadores de risco de TEA. Para a referida autora, através da perspectiva sociopragmática poderíamos esclarecer os déficits sociocomunicativos apresentados por crianças com TEA.

<sup>63</sup>Interação Social, Linguagem e Comunicação; Relação com os Objetos e Brincadeira; e, por fim, Comportamento Estereotipado e Autolesivo.

<sup>64</sup>Foi elaborado um manual contendo a definição operacional dos comportamentos investigados, bem como as instruções quanto à administração e aferição do protocolo.

1. Saudação e despedida;
2. Atenção compartilhada;
3. Busca de assistência;
4. Responsividade social;
5. Imitação;
6. Expressões afetivas (sorriso, gama de expressões),
7. Reação à imagem no espelho;
8. Produção de palavras espontâneas;
9. Clareza;
10. Qualidade;
11. Habilidade ou tentativas de “conversar”;
12. Compreensão de palavras;
13. Ecolalia e rituais verbais;
14. Comportamentos de apego.

**B) Dimensão “Relação com os Objetos e Brincadeiras”:**

1. Manipulação e exploração;
2. Formas de exploração;
3. Brincadeira funcional;
4. Brincadeira simbólica;
5. Sequência de tópicos na brincadeira simbólica;
6. Qualidade representacional;
7. Atividade gráfica;
8. Qualidade da representação.

**C) Dimensão “Comportamento Estereotipado e Autolesivo”:**

1. Movimentos repetitivos das mãos;
2. Movimentos repetitivos do corpo;
3. Autolesão;
4. Reação a tentativas do adulto de interromper a autolesão.

As respostas são dadas em uma escala de três (3) pontos referentes aos comportamentos da criança, de acordo com a sua frequência e intensidade. A pontuação um (1) significa melhor habilidade em uma determinada variável, enquanto

a pontuação três (3) significa pior habilidade. Os itens referentes à linguagem verbal têm o formato de uma checklist, sendo assinaladas as características que aparecem na fala da criança. Um importante detalhe que nos chama a atenção é que o PRO-TEA leva em consideração se a ausência de um comportamento esperado acontece ou não em consequência do contexto ou se há a possibilidade de ter origem na própria criança. Por exemplo, se não houve oportunidade para que um determinado comportamento aparecesse, ou se o adulto não fez solicitações, entre outros fatos.

Marques e Bosa (2015) afirmam que, embora o PRO-TEA tivesse contemplado algumas das dificuldades relativas aos protocolos de avaliação de autismo para utilização na realidade brasileira, ainda seria necessário o seu aprimoramento tanto no que se referia à readequação de alguns itens que se mostravam imprecisos quanto no que se refere às evidências de validade, “[...] examinando-se em que medida seus itens identificavam peculiaridades dos comportamentos do espectro, que distinguiriam estas crianças de outros grupos [...]”. (p. 44). Assim, com o objetivo de estudar evidências de validade de critérios preliminares do PRO-TEA, as autoras desenvolveram um novo estudo. (MARQUES; BOSA, 2015). Mais especificamente, foi pesquisado o domínio discriminativo do protocolo por meio da verificação dos itens que melhor diferenciaram o grupo de crianças que apresentavam TEA dos grupos controles, havendo a suposição de que os elementos que avaliavam imitação espontânea, atenção compartilhada, brincadeira simbólica e comportamentos repetitivos estariam mais comprometidos nas crianças com TEA, o que foi confirmado com exceção do item “Imitação”.

#### **7.4.1 Um novo instrumento: o Protea-R**

A partir da publicação de Marques e Bosa (2015), foi realizado um novo estudo que resultou na elaboração do Protea-R. Esse instrumento consiste em um protocolo de observação que apresenta 17 itens com o objetivo de avaliar a qualidade e a frequência da tríade de comportamentos que caracterizam o TEA em crianças que apresentam sinais de risco de autismo na faixa etária de 18 a 48 meses, especialmente em crianças não verbais. O Protea-R é constituído de três sessões de observação de 45

minutos de duração cada uma, sendo um contexto de brincadeira livre e outro estruturado.

Segundo Bosa et al. (2016), a maioria dos casos avaliados no sistema de saúde pública é de crianças não verbais, portanto, além de suprir algumas dificuldades encontradas no estudo de Marques e Bosa (2015), o Protea-R teve o intuito de ser acessível à avaliação de crianças que ainda não tinham desenvolvido a fala e que utilizam, sobretudo, um repertório não verbal de comunicação.

Tendo como base o estudo de Marques e Bosa (2015) e com o objetivo de elaboração do Protea-R, as pesquisadoras (Bosa et al., 2016), em um primeiro momento, excluíram os itens que o instrumento apresentava e que foram identificados como pouco relevantes para a avaliação da suspeita de TEA. Nesse sentido, foram excluídos seis itens da versão preliminar do PRO-TEA: “Saudação e despedida”; “Gama de expressões afetivas identificáveis pelo observador”; “Reação à imagem no espelho”; “Comportamento de apego”; “Atividade gráfica”; “Qualidade da representação da atividade gráfica”. Por sua vez, foram incluídos novos itens elaborados com base na versão preliminar do instrumento e a partir de pressupostos teóricos e evidências empíricas. Bosa et al. (2016) afirmam que, em função da atenção compartilhada caracterizar-se por comportamentos distintos, o item “Atenção compartilhada” foi dividido em dois: “Iniciativa de atenção compartilhada” e “Resposta de atenção compartilhada”. O item “Busca de assistência” foi identificado no estudo anterior como ambíguo, tendo, portanto, seus códigos reformulados. O item “Sorriso” foi reorganizado na tentativa de eliminar a ambiguidade entre os códigos e de contemplar outros canais comunicativos que podem estar envolvidos em conjunto com o sorriso (como o contato visual e os gestos). No item “Responsividade social”, os códigos sofreram modificações para que fossem incluídos outros critérios qualitativamente importantes (iniciativa por parte da criança; espontaneidade de seu comportamento). Tal item foi denominado de forma distinta, intitulando-se “Engajamento social”. O item “Imitação” foi repaginado, de modo que contemplasse a qualidade do comportamento investigado (intencionalidade, reciprocidade e amplitude). O item “Brincadeira simbólica” foi modificado com o objetivo de incluir

outros aspectos relativos ao comportamento, como sua complexidade, sua espontaneidade e sua amplitude, e de reduzir a ambiguidade entre os códigos.

Sendo assim, é destacado pelas autoras desse novo estudo que o Protea-R caracteriza-se como um potente instrumento de avaliação de crianças ainda pequenas que apresentam riscos de autismo, suprimindo uma carência apontada na literatura especializada, sobretudo, em países que necessitam de instrumentos de baixo custo. Contudo, elas ainda chamam a atenção para a necessidade de outros estudos que pesquisem as propriedades do protocolo, ressaltando que tais investigações já estão em desenvolvimento.

Neste capítulo, tivemos o objetivo de descrever os principais instrumentos de detecção de sinais de autismo que têm sido utilizados no Brasil. Dessa maneira, temos um breve panorama sobre a nossa realidade quanto aos instrumentos disponíveis. Vale lembrar que, em função das atuais diretrizes legais, o SUS passará a utilizar um protocolo para a identificação de sinais de risco de autismo de forma obrigatória. A partir dos instrumentos descritos, assim como dos pontos de reflexão anunciados, fica o questionamento sobre como deverá ser encaminhado esse processo de ampliação sistemática de dinâmicas de detecção em contextos que necessitam de atualização sobre tais temáticas e de novos conhecimentos acerca de dispositivos que nem sempre são compatíveis com os contextos de vida de muitas crianças. Enfrentar seriamente essas possíveis dissonâncias nos auxilia a diminuir o risco de um acréscimo injustificado no número de casos de autismo, sem que para isso tenham sido confirmadas efetivamente as características justificadoras e, sobretudo, sem que se tenha a garantia de que o processo de identificação não seja acompanhado de dinâmicas de cuidado adequadas, bem como de apoio especializado e atenção dirigidos às crianças e às famílias.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese tem como objetivo analisar e discutir a identificação precoce de sinais de risco de autismo. Caracterizada como uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, procurou-se realizar uma análise da produção científica sobre o tema e suas tendências, tensões e lacunas. O trabalho buscou investigar o objeto por meio de suas relações complexas, com atenção aos múltiplos fatores atuantes na história de cada sujeito.

Pode-se observar, ao longo da tese, que os percursos teórico-metodológicos do presente trabalho, condizentes com a compreensão complexa do fenômeno pesquisado, foram constituídos pelos questionamentos, pela teoria e pelas trocas realizadas, durante os anos de doutorado, com profissionais da Educação Especial e da saúde mental, especialmente aqueles vinculados à área do autismo.

Assim, torna-se possível reconhecer a pertinência de uma ampla gama de questões, entre elas: como tem ocorrido a identificação precoce de sinais de risco de autismo? Quais premissas podem ser identificadas como integrantes dessas práticas?

Quais as características constitutivas ou predominantes dos processos de investigação e qual o papel atribuído à ação do investigador ou do profissional que a realiza? A identificação precoce tem contribuído para o aumento da prevalência dos casos de autismo no Brasil? Quais seriam os caminhos escolares trilhados pela criança que é alvo da identificação e intervenção precoces? Tentando analisar tais questionamentos, demos destaque para a dimensão que define como foco os processos de identificação e seus nexos com a prática pedagógica que orienta as intervenções.

O tema autismo tem sido notícia recorrente nos meios de comunicação, assim como frequente objeto de pesquisa científica. Pesquisas epidemiológicas apontam para o crescimento do número de casos dessa síndrome no Brasil e no mundo. No âmbito escolar, também tem sido comum a preocupação dos professores em relação ao crescimento do número de matrículas desses alunos. Como relatado ao longo das reflexões deste trabalho, alguns estudiosos (BOSA, 2006; BRASIL, 2013a; ZANON et al., 2014) referem-se a uma epidemia devido ao grande crescimento de sua prevalência em um curto espaço de tempo. Outros (KUPFER, 2017; FRANCES, 2014; RIOS, 2014) colocam em suspenso tal ideia, pois questionam a compreensão que desconsidera a complexidade do fenômeno, colocando distintas formas de existência sob um mesmo “guarda-chuva”, o que provavelmente geraria um hiperdiagnóstico. A possibilidade de uma epidemia ou mesmo de uma supervalorização do diagnóstico é preocupante, pois traz com ela importantes consequências.

Embora o autismo continue sendo uma incógnita sobre diversos aspectos - sobretudo aos que são relativos à sua etiologia -, os elementos expostos até aqui têm proporcionado maior visibilidade à síndrome, contribuindo para que o debate sobre o tema se amplie e se intensifique.

Evidenciamos que diversos estudos têm destacado a imprescindibilidade da identificação precoce de sinais de risco de autismo para que se tenha a oportunidade de intervir previamente, permitindo o melhor aproveitamento da sensível fase do desenvolvimento humano que é o início da vida. (BOSA, 2002; BOSA, 2006; BRASIL, 2013a; LAMPREIA, 2011; FLORES; SMEHA, 2013).

As controvérsias relativas à avaliação de sujeitos que apresentam comprometimentos psíquicos são marcas existentes na história tanto da Educação

Especial quanto da saúde mental. Tais controvérsias podem ser assinaladas como predominantes no que se refere à suposição de uma objetividade e abrangência generalizadora dos procedimentos. Uma identificação apartada da ação recíproca e interativa em atos interventivos tende a reproduzir o modelo tradicional de busca de conhecimento e, possivelmente, deve originar uma cisão entre o profissional que realiza a investigação e o sujeito analisado.

Vasques (2008) ressalta ainda que a avaliação de pessoas com autismo tem partido de uma concepção na qual a síndrome é intrínseca ao sujeito que a apresenta. Tais avaliações têm sido realizadas de forma fragmentada, baseadas em instrumentos estandardizados de mensuração, onde os sintomas, as dificuldades e as impossibilidades têm maior destaque, originando prognósticos arrasadores. A autora diz também que essa forma de avaliar os sujeitos que apresentam autismo provavelmente estará vinculada a intervenções individualizadas com métodos psicoeducativos, em grande parte baseados em uma abordagem comportamental. A presente investigação parte da suposição que essa forma de conceber o autismo e a avaliação de sujeitos com a síndrome ainda hoje se faz amplamente presente nos estudos da área.

*Considerando que os processos diagnósticos são constituídos por procedimentos complexos e de ampla variedade, dependendo da perspectiva teórica que os norteiam, a questão relativa à identificação precoce de riscos de autismo tende a ser alvo de possíveis questionamentos sobre suas configurações propositivas e sobre o momento em que essa ação seria realizada. Esta investigação analisou o fenômeno do autismo e suas tendências definidoras e descritivas com especial atenção aos processos de identificação da síndrome como um risco na vida da criança, sendo discutidas, ainda, as vantagens e os perigos relacionados à nomeação precoce, a qual se associa a inferências acerca de um desenvolvimento marcado pela possibilidade de um transtorno que age como nexos organizador das relações futuras e da ocupação de espaços sociais como aqueles vinculados à escolarização.*

Concebendo o autismo como um fenômeno complexo que não pode ser explicado a partir da análise de fragmentos de indícios tomados isoladamente, entendemos que os processos de identificação deveriam ser realizados processualmente. O

*sujeito investigado e o sujeito que realiza a avaliação deveriam ser concebidos como parte desse processo interativo que valoriza a ação recíproca como um componente da identificação.*

Esse modo de compreender o processo de investigação acerca do autismo mostra-se em sintonia com a abordagem sistêmica e com autores que a representam, como Bateson (2006; 1986; 1989), Capra (2002), Maturana (1997, 2008) e Maturana e Varela (2001). Pautados nessas ideias, tentamos, ao longo do trabalho, responder aos questionamentos destacados utilizando-nos da invenção como uma das premissas. Invenção como rizoma que não tem início nem fim; uma obra que é aberta, que está em movimento contínuo e segue a partir de novas pistas que vão surgindo durante o processo. (FREITAS, 2011).

Para a compreensão do processo de investigação, podemos descrever as etapas que foram seguidas durante a elaboração da pesquisa, as quais se alternam por meio do mapeamento e da análise de produções científicas referentes à identificação precoce de sinais de risco de autismo. Optou-se pela revisão bibliográfica sistemática (CONFORTO et al., 2011), tendo como fontes de investigação livros, teses, dissertações, artigos publicados em periódicos e anais de eventos científicos, assim como documentos oficiais, considerando um marco temporal pré-estabelecido (de 2002 a 2016). Os descritores utilizados foram: autismo; transtornos globais do desenvolvimento; transtornos do espectro autista. Posteriormente, tais expressões foram cruzadas com: identificação precoce; intervenção precoce; sinais de risco; diagnóstico; educação infantil e inclusão.

A partir da análise dos trabalhos, podemos observar que houve um aumento do número de investigações sobre o tema autismo a partir do ano de 2008, o que coincide com a publicação da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. (BRASIL, 2008).

Observamos também a existência de dois eixos teóricos norteadores relativos à identificação precoce de sinais de risco de autismo. No primeiro, a identificação era compreendida como um processo complexo que, embora necessário, deve ser cauteloso e incluir a própria intervenção. O referido eixo entende que os sinais identificados são de risco de desenvolvimento ou de sofrimento psíquico, não havendo uma predeterminação do transtorno. Já o segundo eixo compreende que existe a

possibilidade de identificação de sinais que, no futuro, irão constituir a categoria denominada autismo. Nesse eixo aparecem trabalhos que utilizam instrumentos de “*check-lists*”, desvinculados de ação processual recíproca e interativa com o sujeito.

Embora possa parecer que este anúncio de uma polarização se confunda com uma compreensão simplificadora da análise, talvez seja interessante a identificação dos trabalhos nesses dois eixos a fim de colocar em evidência a preponderância de duas vertentes predominantes relativas aos processos de leitura diagnóstica. Em linhas gerais, pode-se afirmar que o primeiro eixo estaria vinculado a premissas relativas à abordagem psicanalítica ou à teoria sistêmica e que o segundo eixo estaria vinculado a proposições relativas à abordagem cognitivo-comportamental. Todavia, gostaríamos de deixar claro que se tratam de tendências predominantes..

Ainda sobre os dois polos nos quais se dividem os estudos que fizeram parte da análise, observamos uma inclinação à simplificação da avaliação de sujeitos que apresentam autismo. O diagnóstico prévio tende a ser realizado a partir da presença ou ausência de sintomas, desconsiderando o contexto e a reciprocidade. Em grande parte das propostas de avaliação inicial ou de identificação, a intervenção não é concebida como parte do processo, sendo priorizada posteriormente e calcada a partir de uma lógica que tem como objetivo a eliminação dos sintomas apresentados. Esses sintomas tendem a ser vistos como sinais do autismo e não como uma expressão necessária do sujeito.

Alguns estudiosos como Hörhe-Camargo e Bosa (2009) e Sanini (2011) apontam a escola como fundamental para a superação de comprometimentos referentes ao aspecto social, característicos do autismo. O contexto escolar propicia, segundo essas autoras, experiências socializadoras, bem como amplia e diversifica os comportamentos e os conhecimentos. Existem também evidências da importância da intervenção precoce na educação formal com trabalho multidisciplinar.

Foram raros os trabalhos selecionados que analisaram a temática “diagnóstico, avaliação e processos de identificação e sua relação com a escolarização”. Vasques e Baptista (2014) relatam duas linhas distintas no que tange ao levantamento bibliográfico da pesquisa realizada por eles, o que corrobora o posicionamento assumido nesta tese: uma perspectiva que adota como processos de avaliação escalas

e instrumentos específicos que mais tarde estará vinculada a intervenções individuais e a trabalhos psicoeducativos, e uma segunda vertente que questiona a rigidez dos manuais classificatórios e seus desdobramentos para a vida escolar dos sujeitos com autismo.

Podemos afirmar que há um consenso na literatura especializada no que diz respeito à atenção compartilhada, a qual é considerada um importante preditor de sinais de risco de autismo. Essa capacidade também é referida como um fator imprescindivelmente a ser considerado nas intervenções precoces.

No que tange às características de intervenções dirigidas a crianças com autismo, Bosa (2006) afirma que a revisão de literatura sobre as distintas intervenções que têm sido propostas aponta que não há evidências de que exista uma única e eficaz abordagem. Não obstante, mais uma vez a autora destaca a importância de provisão da educação formal o mais cedo possível, preferencialmente a partir dos dois anos de idade com apoio multiprofissional. Bosa (2006) adverte ainda que a intervenção deve envolver tanto o sujeito que apresenta autismo quanto sua família.

Sobre os profissionais envolvidos na identificação e na intervenção precoce, encontramos dados em diversos trabalhos. (SEVILLA et al., 2013; BOSA, 2006; FLORES; SMEHA, 2013; ). Os estudos afirmam que, na maioria das vezes, os pais são os primeiros a perceberem que há algo que mereceria atenção no desenvolvimento do filho. Seguidos dos pais, estão os professores e, por último, os profissionais da saúde. Os primeiros sinais de alerta estão vinculados a variados comportamentos, e as primeiras suspeitas ocorrem, na maioria dos casos, entre os 12 e 18 meses de idade. Esse grupo é seguido de outro, no qual há pessoas que desconfiam de alterações entre os dois e três anos de idade ou até mesmo após os três anos. Uma menor parcela identifica sinais de risco no desenvolvimento entre os 19 e 24 meses de idade. Raros são os casos de identificação de sinais de risco de desenvolvimento antes de a criança completar dois meses. A idade média para fechamento do diagnóstico, de acordo com a literatura investigada, é por volta dos três anos, aproximadamente um ano e meio depois que os pais observaram os primeiros sinais de risco de desenvolvimento. Em média, a criança é avaliada por dois a dez profissionais antes disso.

Bosa (2006) observou a controvérsia que surge durante muitos processos diagnósticos, o que a autora afirma ser uma das situações mais estressantes para os pais. Há ainda autores que destacam as contradições da equipe relativas tanto ao diagnóstico quanto ao encaminhamento para atendimento.

Segundo autores como Flores e Smeha (2013), no Brasil, diferentemente do que ocorre em outros países como a França, os médicos frequentemente não percebem os sinais de risco de autismo por não estarem atentos aos sinais psíquicos considerados indicadores de alterações de desenvolvimento do bebê. As autoras sugerem que, aparentemente, em nosso país, os pediatras pouco valorizam sinais mais subjetivos de comprometimento no desenvolvimento da criança.

A propósito, destacamos que a regressão ou a ausência de fala e a dificuldade de interação social são os sinais que, mais frequentemente, despertam a atenção das pessoas que convivem com as crianças – seja na família, na escola ou na rede de saúde –, resultando na tomada de providências e, geralmente, no encaminhamento da criança para investigação na área de saúde mental.

Pesquisas como a de Lampreia (2012) assinalam que as primeiras investigações acerca da identificação precoce de sinais de risco de autismo foram os estudos retrospectivos, nos quais eram utilizados vídeos familiares quando os primeiros meses de vida da criança eram documentados em seu contexto; contudo, não havia intenção de investigação científica, o que se torna um limitador da pesquisa.

Concordamos com a análise de Flores e Smeha (2013), que afirmam que intervir precocemente não significa diagnosticar precocemente o autismo. Para as autoras, esse foi um elemento que se mostrou confuso ao investigarem a opinião de médicos pediatras em relação à possibilidade de identificação precoce de sinais de alerta de autismo e à oferta de intervenção precoce a essa população. Flores e Smeha (2013) chamam a atenção ao risco de iatrogenia quando não se tem o devido cuidado na identificação precoce de sinais de risco no desenvolvimento e, já, de antemão, se nomeia o transtorno; o que difere de identificar que o bebê apresenta, naquele momento, problemas em seu desenvolvimento. As autoras dizem que:

[...] mostrar que há dificuldades no bebê, e até mesmo nos pais, não é o mesmo que dizer “seu bebê é autista”. Logo trabalhar com clínica de

bebês é algo delicado e exige grande cuidado por parte dos profissionais, pois sua implicação é fundamental. O profissional envolvido, seja o médico, seja o psicólogo, não deve se precipitar em fechar um diagnóstico e fornecê-lo aos pais, porque lida com riscos, hipóteses. Certamente, não quer dizer que se deva omitir dos familiares que seu bebê não está bem, mas sim, trabalhar com eles, a fim de que se dêem conta dos sinais que a criança apresenta, bem como dar-lhes um espaço de escuta e de ressignificações para que haja um novo posicionamento do Outro diante do bebê que sofre. (FLORES; SMEHA, 2013, p. 150).

Tendo como referência os estudos que fizeram parte da revisão de literatura da presente tese, podemos afirmar que são raros aqueles que concebem o autismo como um fenômeno, ou seja, que colocam em suspenso evidências empíricas, dedicando-se aos aspectos interpretativos que implicam a todos os envolvidos. Ressaltamos a importância que a perspectiva interpretativa tenha sido anunciada na análise feita por Marocco (2011).

Como foi dito, o tema autismo tem sido bastante debatido hoje em dia, seja na mídia, seja em espaços acadêmicos. No entanto, ainda continuam as controvérsias a respeito de sua etiologia, podendo-se dizer que há um consenso ao se afirmar que o autismo tem causa multifatorial. Allen Frances (2014) destaca que, nos últimos 20 anos, o autismo passou de um transtorno raro – sendo diagnosticado um caso para cada dois mil sujeitos – para uma possível epidemia. Segundo o autor, hoje há um caso para cada 68 sujeitos nos Estados Unidos, e – o mais surpreendente – um caso para cada 38 sujeitos na Coreia. (FRANCES, 2014).

Allen Frances foi o coordenador da força-tarefa responsável pela elaboração do DSM-IV (APA, 1994) e, atualmente, é um dos maiores críticos do DSM-5 (APA, 2013), fazendo uma análise que considera as eventuais responsabilidades do trabalho realizado por ele e sua equipe em 1994. Frances (2014, 2015) afirma que, na época que trabalhava na elaboração do DSM-IV, previu que os diagnósticos de autismo poderiam aumentar até 15% com os novos critérios. Entretanto, a partir do ano de 1997, apenas três anos após a publicação do manual, o número de diagnósticos aumentou 40 vezes.

Além dos argumentos apresentados por Frances (2014) relativos às causas do aumento no número de casos de autismo, diversos estudos apresentam outro fator: a reconfiguração na rede de cuidados a essa população a partir da desinstitucionalização

da deficiência mental no fim da década de 1960, nos Estados Unidos, o que trouxe maior visibilidade para o diagnóstico de autismo (EYAL, 2010; ARANTES, 2017; RIOS, 2015). Outro aspecto que poderia explicar o referido crescimento provavelmente esteja associado à mudança na descrição e classificação de características e formas de comportamento que antes já se apresentavam na população, mas que atualmente são categorizadas como patologias pela psiquiatria. (RIOS, 2015; FRANCES, 2014).

Independentemente do(s) fator(es) que determina(m) o aumento no número de casos de autismo, gostaríamos de chamar a atenção para a tendência de uma identificação cada vez mais precoce dessa síndrome, o que repercutirá na escolarização desses sujeitos, a qual também ocorre mais cedo como uma decorrência das atuais políticas definidoras da educação infantil no contexto brasileiro.

A escola, por sua vez, tem buscado uma suposta segurança quando lhe é apresentado um laudo que dê nome para as manifestações apresentadas pelo aluno – embora essa reafirmação do laudo clínico contrarie as diretrizes associadas à Nota Técnica nº 4/2014 do MEC/SECADI. Contraria porque este documento de instrução ministerial assegura a possibilidade de que um parecer pedagógico seja utilizado para as definições dos apoios e para a inserção do aluno no censo escolar como sujeito que apresenta uma deficiência. No entanto, a substituição de um laudo clínico por um parecer pedagógico não assegura, em princípio, uma mudança em termos de uma lógica descritiva e preditiva na análise de quem é essa criança.

O laudo, a nomeação do fenômeno, a patologização dos comprometimentos que o sujeito apresenta, a busca incessante por cura – todos são fatores relacionados à prevenção. A Lei nº 13.438/2017, que torna obrigatório o uso pelo SUS de instrumento que avalie sinais de risco para o desenvolvimento psíquico em bebês, é o exemplo de que há uma crescente preocupação sobre a antecipação de riscos. Autores como CAPONI (2016) destacam que o próprio conteúdo do DSM-5 guarda relação com o que Foucault (1997, 2002, 2005) denominava como “dispositivo de segurança”.

Foi possível reconhecer, através da revisão de literatura e dos múltiplos espaços onde ocorre o diálogo com profissionais da área da Educação, da Psiquiatria, da Psicopedagogia e da Neurologia, que a maioria das crianças identificadas de forma

precoce com sinais de risco de autismo teve, posteriormente, o diagnóstico de autismo fechado.

A questão problemática que observamos não está em detectar sinais que possam nos atentar que o desenvolvimento de um bebê não está ocorrendo como o esperado - e isso é diferente de afirmar que o desenvolvimento humano deve seguir um padrão. Longe disso! Entendemos que o problema está em muito precocemente dar nome àquilo que ainda não está estruturado, pois, assim, o perigo que se corre é de a categoria nosológica em que “se encaixam” os sintomas passar a ser o nome do sujeito e este, por sua vez, passar a ser aquilo que o olhar biomédico determinou. Em meio ao crescente número de matrículas de alunos que são identificados como aqueles que apresentam autismo, percebe-se que a síndrome tem sido associada, frequentemente, à dimensão da prevenção e da busca por mudança comportamental. Tais perspectivas têm ocupado importante espaço nas dinâmicas de formação de educadores. Podemos observar que a escola, por meio de iniciativas que se aproximam da medicalização, tem investido na normalização de tais alunos. Fenômeno muito parecido àquele que ocorreu com o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) nos anos 2000. Para Frances (2014), o autismo é uma nova moda.

Ao analisarmos a dimensão que envolve o acompanhamento de sujeitos com autismo na área da saúde, pudemos evidenciar que há um predomínio das ações profissionais concentradas em iniciativas que abrangem a medicação - demanda que muitas vezes parte da própria escola -, assim como ações que compreendem tratamentos com premissas comportamentais. Dessa maneira, o tratamento das pessoas com autismo tem se mostrado tendencialmente bastante restrito, pois tem como foco o sintoma e não o sujeito que o apresenta, sendo ignorado o fato de a síndrome constituir um fenômeno complexo cuja natureza não deveria ser reduzida às suas manifestações sintomáticas, negligenciando o quando ainda precisamos avançar no sentido de conhecê-la.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. **Live company**. London: Routledge, 1992. ALVES, Rubem. O amor que acende a lua. Campinas: Papirus, 2003.
- ALVES, Rubem. **Perguntaram-me se acredito em Deus**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.
- ARANTES, Ricardo Lugon. **Jornada do Movimento Psicanálise Autismo e Saúde Pública**, Porto Alegre, 2017.
- ARAÚJO, Eliana Rodrigues. **Efeitos de um programa de intervenção precoce baseado no modelo mais que palavras - HANEN**, para crianças. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2012.
- ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5**. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatria, 2013.
- ASPERGER, H. **Autistic psychopathy' in childhood**. In: Frith, Uta. (Ed.) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 37-92.1991 [1944].
- ASPERGER, Hans. **Autistic psychopathy in childhood**. Traduzido e comentado por Uta Frith. In: FRITH, U. (org.). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- ASSUMPCÃO JR et. al. (1999). **Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA):** Validade e confiabilidade de uma escala para detecção de condutas autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(1), 23-29
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Um poderoso intérprete de nós mesmos** (entrevista). RADIS. no106, junho de 2011, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. P.17 IN: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/106>. Acesso: 10/04/2016.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009.
- BAIO, V. **Nome-do-Pai**. In: CHAMORRO, Jorge e al. *Scilicet dos Nomes do Pai*. Rio de Janeiro, EBP, 2005, p21-13.
- BALLABRIGA, M. C. et. al. **Escala d'avaluació dels trets autistes (ATA):** Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 1994. 4, 254-263.
- BANKS-LEITE, Luci; GALVÃO, Izabel (orgs.). **A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000.

BANZATO, Cláudio E. M. e PEREIRA, Mário E.C. **O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica.** In: ZORZANELLI, Rafaela et. al. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BAPTISTA, Claudio Roberto; BOSA, Cleonice (orgs.). **Autismo e Educação:** reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BAPTISTA, Claudio R. **“Batesonianas”:** uma aventura entre a epistemologia e a educação. In: BAPTISTA, Claudio R.; CAIADO, Katia Regina M.; JESUS, Denise Meyrelles (Org.). Educação Especial: diálogo e pluralidade. Porto Alegre: Mediação, 2008. P. 71-86.

BARON-COHEN, Simon. **Autismo:** uma alteração cognitiva específica. Revista Portuguesa de Pedagogia. 1990, Ano XXIV, p. 407-430.

BARON-COHEN S., WHEELRIGHT S., COX A., ALLEN J., BAIRD G., CHARMANTT. et al. **The early Identification of autism:** the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). Journal of the Royal Society of Medicine. 2000; 52:125-93.

BARROS, MRR. **A questão do autismo.** In: Murta, A (org). Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana. Escola Brasileira de Psicanálise. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

BATESON, Gregory. **Mente e Natureza.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

BATESON, Gregory; BATESON, Mary Catherine. **El temor de los angeles.** Epistemologia de lo sagrado. Barcelona, Espanha: Gedisa, 1994. 217p.

BATESON. **Metadiálogos.** Tradução de Carlos Henrique de Jesus. 2ª ed. Lisboa, Portugal: Gradiva Publicações, 1989.

BATESON, Gregory. **Una unidad sagrada:** pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Tradução de Alcira Bixio. Barcelona, Espanha: Gedisa, 2006.

BENINCASA, Melina Chassot. **Educação Especial e Educação Infantil:** uma análise de serviços especializados no Município de Porto Alegre. 2011, 123f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BENINCASA-MEIRELLES, Melina Chassot. **Educação Infantil e Atendimento Educacional Especializado:** configurações de serviços educativos no Brasil e na Itália. 2016, 177f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BERNARDINO, L. (2008) **Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil** In: WANDERLEY, D. B. (Org.). O cravo e a rosa - a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível? Salvador: Ágalma.

BERUMENT, S. K., RUTTER, M., LORD, C., PICKLES, A., & BAILEY, A. (1999). **Autism Screening Questionnaire:** Diagnostic validity. British Journal of Psychiatry, 175, 444-451

- BETTELHEIM, Bruno. **A Fortaleza Vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BERCHERIE, Paul. **A clínica da psiquiatria de criança**: estudo histórico. Malentendido. 3, 1998.
- BEZERRA Jr., Benilton. **A psiquiatria contemporânea e seus desafios**. In: ZORZANELLI, Rafaela et. al. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação Qualitativa em Educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.
- BOSA, Cleonice Alves; ZANON, Regina Basso e BACKES, Bárbara. **Autismo**: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – Protea-R. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2016, vol.18, n.1, pp. 194-205. ISSN 1516-3687
- BOSA, Cleonice Alves; CALLIAS, Maria. **Autismo**: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexões e Crítica*. 13 (1), p.167-177, [S.l.], 2000.
- BOSA, Cleonice Alves. **Autismo**: Atuais interpretações para antigas observações. In: BAPTISTA, Claudio; BOSA, Cleonice. *Autismo e Educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BOSA, Cleonice. **Autismo**: Intervenções Psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, p. 47-53, 2006.
- BOSA, C. & MARQUES, D. **Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo**: Evidências de Validade de Critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Mar 2015, Vol. 31 n. 1, pp. 43-51 IN: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0043.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.
- BOSCH, G. **Der Fruehkindliche Autismus**. Berlin: Springer, 1962.
- BRASIL. Ministério da Educação. SECADI. **Nota Técnica n. 4** de 23 de janeiro de 2014 - Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Brasília, 2014a.
- BRASIL. **Lei nº 13.438**, de 26 de abril de 2017 altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, 2017.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Básica: 2007-2013** - resumo técnico - Eletrônico. Brasília: MEC/INEP, 2013c.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, Congresso Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Política Nacional de Educação Infantil**: pelo direito das crianças de zero a seis anos à Educação. Brasília: MEC/SEB, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União, Brasília, nº 163, 26 de agosto de 2009. Seção 01, p. 3.

BRASIL. Ministério Da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 4**, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, Modalidade Educação Especial. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7.611**, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Educação Especial, o Atendimento Educacional Especializado e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei. nº 12.764**, 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.

BRASIL. **Lei nº 12.796**, de 04 de abril de 2013. Altera Lei n 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília.

BRASIL (a). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.**

BREITSCHWERDT, Jael Cristina Barros. **Avaliação de Sinais Precoces em Transtornos do Espectro Autista**: Análise de Vídeos. Universidade Presbiteriana Mackenzie - Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento: São Paulo, 2010.

BURKLE, Thaaty da Silva. **Uma Reflexão Crítica Sobre As Edições Do Manual De Diagnóstico E Estatística Das Perturbações Mentais - DSM**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, área de concentração Ciências Humanas e Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

CALLAWAY, Ewen. **Brain Scans spot early signs of autism in high-risk babies**. In: Nature International Weekly Journal of Science. 15 de fevereiro de 2017. In: <http://www.nature.com/news/brain-scans-spot-early-signs-of-autism-in-high-risk-babies-1.21484>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2017.

CAPONI, Sandra. **Vigiar e medicar: o DSM5 e os transtornos Obuscos na Infância**. (p. 29 - 54) IN: Sandra Caponi; Maria Fernanda Vásquez Valencia; Marta Verdi. (orgs.). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. Liberas: São Paulo, 2016.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 23. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARVALHO, Felipe Alckmin; PAULA, Cristiane Silvestre de; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz; ZAQUEU, Livia da Conceição Costa; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá. **Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo**. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(2), 144-154. São Paulo, maio-ago. 2013.

CASTIEL, Luis David; Guilam, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

CASTIEL, Luis David. **A medida do possível... Saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CASTRO-SOUZA, R. M. (2011). **Adaptação Brasileirado M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)** (Unpublished master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília.

CONFORTO, Edivandro Carlos; AMARAL, Daniel Capaldo; SILVA, Sérgio Luis da. Roteiro para **Revisão Bibliográfica Sistemática**: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PRODUTO, 8., 2011, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: Hotel Novotel, 2011. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cbgdp2011/downloads/9149.pdf>. Acesso em 26 abr. 2016.

CORREIA, Gilvane Belém. **Deficiência, conhecimento e aprendizagem: uma análise relativa à produção acadêmica sobre Educação Especial e Currículo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

COUTO, MIA. In: <https://www.pensador.com/frase/MjAzODExNw/> Acesso: 13 de julho de 2013.

CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. Col. Primeira Infância, org Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DAMÁSIO, R. Antônio. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. São Paulo: Ed. 34, 1996.

DIETZ, C. et. al. **Screening for as** *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006; 36:713-72

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY **Risk and culture** : an essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley, California : University of California Press, 1982.

EYAL, Gil. **For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic**. *AJS* Vol. 118, No. 4 (January 2013), pp. 863-907.

EYAL, Gil, Brendan Hart, Emine Onculer, Neta Oren and Natahsa Ross. **The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic**. (Polity Press, June 2010).

EIZIRIK, Marisa et. al. **A onda inclusiva**. In: II Colóquio Invenção e Devires da Inclusão. Porto Alegre. RS. Gazeta do Empiria, 2001.

FARIA, Antônio José Nunes. **Influência da atenção compartilhada no autismo infantil**: revisão da literatura. Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie: São Paulo, 2008.

FAZZIO, Daniela Fadigas de Souza. **Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento**: uma análise dos repertórios propostos em anuais de treinamento. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental e Análise do Comportamento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2002.

FENDRIK, Sílvia. **O DSM-IV, uma metafísica comportamental?** In: JERUSALINSKY, Alfredo e FENDRIK, Sílvia. (orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FERNÁNDEZ, Alícia. **A Atenção aprisionada**. Tradução de HICKEL, N.; SORDI, R. O. Porto Alegre: Penso, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Norma Sandra. **As Pesquisas Denominadas “Estado da Arte”**. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.propp.ufms.br/ppgedu/geppe/textoestadodaarte.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. **Bebês com risco de autismo**: o não olhar médico. 2013.

FOLHA DE SÃO PAULO. Rafael Garcia. **Em laboratório cientistas curam neurônio autista**. IN: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2014/11/1546751-em-laboratorio-cientistas-curam-neuronio-autista.shtml> Acesso em: 22 de maio de 2016.

FOLHA DE SÃO PAULO. James Gallagher. **Exames podem detectar autismo antes de sintoma aparecer.** IN:

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/02/1859267-exames-podem-detectar-autismo-em-criancas-antes-de-sintoma-aparecer.shtml>

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Ligia M. Pondé Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1993.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** Curso no Collège de France. (1975-1976). Galvão Maria Ermantina. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais.** Curso no Collège de France. (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOMBONE, E. **Epidemiology of autism.** Paper presented at the 1º Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010.

FOSTER, O. **Autismo em neurologia infantil** In: JERUSALINSKY, A. (Org.), *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar.* Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

IORE-CORREIA, Olívia; LAMPREIA, Carolina. **A Conexão Afetiva nas Intervenções Desenvolvimentistas para Crianças Autistas.** *Psicologia Ciência e Profissão*, vol. 32, núm. 4, 2012, p. 926-941. Conselho Federal de Psicologia Brasília, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282025530012>>.

FRANCES, Alen. **Somos todos enfermos mentales?:** manifesto contra los abusos de la psiquiatria. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ariel, 2014.

FRANCES, Allen. **Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais.** El País. 28 de setembro de 2014. IN: [http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html). Acesso em: 10/10/2014.

FREITAS, Claudia Rodrigues de. **Corpos que não param:** criança, “TDAH” e escola. 2011, 195f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

FREITAS, Ana Beatriz Machado de. **A mediação lúdica no espectro autista:** uma possibilidade comunicativa e de intervenção psicopedagógica. *Revista Educação Especial*, v. 22, n. 33, p. 41-58, jan./abr. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GADOTTI, Moacir. **A boniteza de um sonho:** ensinar - e - aprender com sentido. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2003.

GAINES, A.D. **From DSM - I to DSM - II**, voices old self, mastery and other: cultural constructivist Reading of U.S. psychiatric classification. In: Soc. Sci. Med. Vol.35, nº 1, 1992, pp.3-24.

GARCIA, Mariana Luisa; LAMPREIA, Carolina. **Limites e Possibilidades da Identificação de Risco de Autismo no Primeiro Ano de Vida**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (1), p. 300-308, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/prc>.

GARCIA, Gilberto de Lima. **Genética do Autismo**. In: SCHMIDT, Carlo (Org.). Autismo, Educação e Transdisciplinaridade. Campinas: Papirus, 2014.

GAUDERER, E. Christian. **Autismo: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Rio de Janeiro: Ateneu, 1993.

GAUDREAU, Jean. **Itard e il "sauvage" dell' Aveyron: la ricerca convergente di un'identità**. In: CANEVARO, Andrea; GAUDREAU, Jean. L'educazione degli handicappati: dai primi tentativi alla pedagogia moderna. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1989.

GERALDI, João Wanderley et. al. **Transgressões convergentes: Vigotski, Bakhtin, Bateson**. Campinas, São Paulo: Mercado das Letras, 2006.

GOERGEN, Maria Sonia. **Sobre o diagnóstico em Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): considerações introdutórias à temática**. In: SCHMIDT, Carlo (Org.). Autismo, Educação e Transdisciplinaridade. Campinas: Papirus, 2014.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. Tradução Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2003.

GROB, G.N. **Origino Of DSM- I: a study in appearance and reality**. In: American Journal of Psychiatry, 148, 421-431-1991.

GÜNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** In: Psicologia: Teoria e Pesquisa. Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.

HENNEMANN, Ana Lúcia. <http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2012/10/plasticidade-cerebral-e-podas-neuronais.html>. Acesso em 11 de abril de 2016.

HASS, Clarissa. **"Isto é um jogo": imagens-narrativas do currículo, tempo e trajetórias escolares de estudantes com deficiência**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2016.

HÖHER-CAMARGO, Sígla Pimentel. **Competência social, inclusão social e autismo: um estudo de caso comparativo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2007.

HOHER-CAMARGO, Sígla Pimentel; BOSA, Cleonice Alves. **Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura.** Psicologia e Sociedade (Impresso). V. 21, p. 65-74, 2009. KANNER, Leo. Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*. v.2, [S.l.: s.n.], 1943.

IZAGUIRRE, Guillermo. **Elogio ao DSM-IV.** In: JERUSALINSKY, Alfredo e FENDRIK, Silvia. (orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea.* São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, Alfredo (org). **Dossiê Autismo.** 1ed. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Criança de três Anos (AP3).** In: Lerner R, Kupfer MC. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa.* São Paulo: Escuta, 2008.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Saber falar: como se adquire a língua.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008. KANNER, Leo. Early infantile autism revisited. *Psychiatry Digest*, 29, 17-28., 1968.

KANNER, Leo. **Affective disturbances of affective contact.** *Nervous Child*. v.2, [S.l.: s.n.], 1943.

KANNER, Leo. **Problems of Nosology and Psychodynamics in Early Infantile Autism.** *American Journal of Psychiatry*. v.19, pp.242-246, 1946.

KANNER, Leo. **Itard, Séguin, Howe: three pionners in the education of retarded children.** *American Journal of Mental Deficiency*, 1960.

KATZ, Ilana. **Entrevista.** Revista Vínculo. Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública. 12 de março de 2014. In: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2014/03/12/entrevista-iv-ilana-katz-revista-vinculo/> Acesso em: 10/07/2014.

KLEIN, M. **On early infantile psychosis: The symbiotic and autistic syndromes.** *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, v.4, p. 554-568, [S.l.: s.n.], 1965.

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28(Supl I):S3-11

KWEE, Caroline Sianlian; SAMPAIO, Tania Maria Marinho; ATHERINO, Ciriaco Cristóvão Tavares. **Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no Programa TEACCH.** *Revista CEFAC*, v. 11, Supl 2, p. 217-226, 2009.

KRUG, D. A. et. al. (1993). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 221-229.

KUPFER, M.C.; JERUSALINSKY, A.; BERNARDINO, L.F., WANDERLEY, D., ROCHA, P.; MOLINA, S.; SALES, L.; STELLIN,R.; PESARO, M.E. e LERNER, R. **Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um**

estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

KUPFER, Maria Cristina; JERUSALINSKY, Alfredo, BERNARDINO, Leda Fischer; WANDERLEY, Daniele; ROCHA, Paulina; MOLINA Silvia; SALES, Léa ; STELLIN, Regina; PESARO M. Eugênia; LERNER, Rogerio. **Predictive value of clinical risk indicators in child development**: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-52, março 2010.

KUPFER, Maria Cristina. Banca de Qualificação de Projeto de Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, janeiro, 2017.

LACAN, J. **Ecrits**. Paris: Seuil, 1965.

LAJONQUIÈRE, Leandro. **Itard Victor!!!** Ou o que não deve ser feito na educação das crianças. In: BANKS-LEITE, Luci; GALVÃO, Izabel (orgs.). *A educação de um selvagem*. São Paulo: Cortez, 2000.

LAMPREIA, C. & LIMA, M. M. R. Instrumento de vigilância precoce do autismo: manual e vídeo. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola.

LAMPREIA, Carolina. **(Sem título)**. I Jornada Científica do Mundo Azul, 2008. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DicgEiI8wkY>>.

LAMPREIA, Carolina. **A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo**. *Est. Psicol.*, vol. 24, nº 1, Campinas, Jan. Mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2007000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2007000100012&script=sci_arttext)>.

LAMPREIA, Carolina. **Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no Autismo**: uma análise preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2004, 17(1), pp.111-120.

LAMPREIA, Carolina. **Perspectivas da Pesquisa Prospectiva com Bebês Irmãos de Autistas**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2009, 29 (1), p. 160-171.

LAURENT, É. **O que os autistas nos ensinam**. In: Murta, A. (org). *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Escola Brasileira de Psicanálise. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

LAZNIK, M-C. **La recherche PREAUT. Evaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communicationpouvant présager un trouble grave du développement de type autistique**. Projeto. 1998.

LAZNIK, Marie-Chirstine. **Poderia a teoria lacaniana da pulsão fazer avançar a pesquisa sobre o autismo?**. *Psicanálise e clínica de bebês*, n. 4, p. 76-90, 2000.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LUPTON, D. **Risk**. New York : Routledge, 1999.

- LEFORT, R. & Lefort, R. **Nascimento do Outro**. Salvador, BA: Fator, 1984.
- LEFORT, R; LEFORT, R. Resposta de Rosine e Robert LEFORT (1994). *Letra Freudiana*. **O Autismo**, N.2, 14, P.145-147. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
- LOPES, Claudia. Risco: conceito fundamental em permanente discussão. *RADIS*. 2011. Páginas 12-16.
- LOSAPIO, M. F., & PONDÉ, M. P. (2008). **Translation into portuguese of the M-CHAT Scale for early screening of autism**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 221-229.
- MALEVAL, J-C. **Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas**. In: MURTA, A (org). *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Escola Brasileira de Psicanálise. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.
- MANGUEL, Alberto. **Uma História da Leitura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- MAHLER, M. S. **On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: Infantile psychosis**. New York: International Universities, 1968.
- MAHLER, M. S. **The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation**. New York: Basic Books, 1975.
- MARATOS, O. **Psychoanalysis and the management of pervasive developmental disorders, including autism**. In: TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBARTS, J. (orgs.). *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs*. London: Jessica Kingsley, 1996, p. 161-171.
- MAROCCO, Vanessa. **Autismo: um fenômeno implicado da razão sensível**. Anped/Sul. Anais... Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 2010. Disponível em:  
<[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao\\_Especial/Trabalho/01\\_24\\_30\\_Autismo\\_um\\_fenomeno\\_Implicado\\_da\\_Razao\\_Sensivel.PDF](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_Especial/Trabalho/01_24_30_Autismo_um_fenomeno_Implicado_da_Razao_Sensivel.PDF)>. Acesso em: 13 jul. 2012.
- MAROCCO, Vanessa. **Sujeitos com autismo em relações: educação e modos de interação**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação/Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2012.
- MARQUES, C. **Perturbações do espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 1998.
- MARTELETO, M. R. F., & PEDRMÔNICO, M. R. M. (2005). **Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 295-301
- MATURANA, Humberto. **De máquinas e seres vivos: autopoiese: a organização do vivo**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- MATURANA, R. Humberto. **Ontologia da realidade**. Belo Horizonte: UFMG, 1997b.
- MATURANA, H. **Entrevista com Humanitates**. Volume I - Número 2 - Novembro 2004 - ISSN 1807-538X. Universidade Católica de Brasília – UCB. Centro de Ciências de Educação e Humanidades - CCEH. Disponível em: <<http://www.humanitates.ucb.br/2/entrevista.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2008.
- MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.
- MAUDSLEY, Henry. *Physiology and pathology of mind*. Physiology and pathology of mind. New York: D. APPLETON AND COMPANY, 1867.
- MENDES, Felismina. **Risco: um conceito do passado que colonizou o presente**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 20, N. 53 o 2 – JULHO/DEZEMBRO, 2002.
- MELLO et al. **Retratos do Autismo no Brasil**. 1. ed. São Paulo: AMA, 2013.
- MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget. 2ª ed., 1990.
- NASCENTES, Antenor. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: (s/e), 1955.
- OLIVEIRA, Z. M. R. **Interações Sociais e Desenvolvimento: A Perspectiva Sociohistórica**. CADERNOS CEDES: Implicações do Modelo Histórico Cultural.1995. 35, 51-64
- OLIVEIRA, Anié Coutinho de. **Autismo e Crianças-selvagens: da “prática da exposição” às possibilidades educativas**. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) Pós-Graduação em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.
- OOSTERLING, I. **How useful is the Social Communication Questionnaire in toddlers at risk of autism spectrum disorder?**. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2010. 51: 1260–1268. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02246.x
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.assinoinclusao.org.br/Downloads/Convencao.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ORIGEM DA PALAVRA. Origem da palavra risco. Dezembro de 2010. Disponível em <<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/risco/>> Acesso em 20/9/2016.

ORRÚ, Sílvia Estér. **O perigo da supervalorização do diagnóstico: rótulos introdutórios ao fracasso escolar de crianças com autismo.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde. V.4, No 1. Ano 2013 p. 1419 – 14229.

OZONOFF, S.; IOSIF, A. M.; BAGUIO, F.; COOK, I. C.; HILL, M. M.; HUTMAN, T.; YOUNG, G. S. **A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism.** Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(3), 2010, p. 256–66.

PAIVA, Jr. **Revista Autismo.** Casos de autismo sobem para um a cada 68. In: <http://www.revistaautismo.com.br/noticias/casos-de-autismo-sobem-para-1-a-cada-68-criancas>. Acesso em: 13 de novembro 2015.

PALOMO, R. **Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos.** Anais de Pediatria (Barcelona). 2012; 76 (1): 41.e1-41e10.

PARDO, Eliane Ribeiro. **Abrir as palavras: porque a escrita pode rir também.** Porto Alegre: UFRGS, 1998. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

PASSERINO, Liliana Maria. **Pessoas com autismo em ambientes digitais de aprendizagem: estudos dos processos de Interação Social e Medicação.** Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2005.

PEREC, Georges. **A Coleção Particular.** São Paulo: Cosac & Naify, 2006.

PEREIRA, Edgar Gonçalves de. **Autismo: o significado como processo central.** Minho: Universidade de Minho, 1996. Tese (doutorado) - Especialização de Psicologia Clínica, Universidade de Minho, 1996.

PEREIRA, A., RIESGO, R. S., & WAGNER, M. B. (2008). **Autismo infantil: Tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil.** Jornal de Pediatria, 84(6), 487-494

PESQUISA MULTICÊNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (2005) Anais, Colóquio Franco-Brasileiro sobre a clínica com bebês, Paris, 2005. Recuperado em: 1/10/2009, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000072005000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000072005000100007&lng=en&nrm=iso)

PIMENTEL, Ana Gabriela Lopes. **Autismo e Escola: Perspectivas de Pais e Professores.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013.

PISTÓIA, Lenise Henz Caçula. **Gregory Bateson e a educação: possíveis entrelaçamentos.** Tese. (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2009.

PIZZANI, Luciana et al. **A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento**. RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, SP, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul. 2012. ISSN 1678-765X. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>>. Acesso em: 15 de outubro 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.20396/rdbci.v10i1.1896>.

PRIGOGINE, Ilya. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: UNESP, 1996.

PRIGOGINE, Ilya; STENGERS, Isabelle. La Nouvelle Alliance. **Métamorphose de la Science**. 1979.

RAMOS, Fernando. **Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médicoindustrial da psiquiatria de mercado**. IN: BEZERRA Jr. et. al. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Garamond Universitária. FAPERJ: Rio de Janeiro, 2014.

RIMLAND, Bernard. **Infantile Autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior**. Nova York: Appleton-Century-Crofts, 1964.

RIOS, Clarice et. al. **Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira**. Interface (Botucatu). 2015; 19(53):325-35.

ROBINS, D. L., FEIN, D., BARTON, M. L., & GREEN, J. A. (2001). **The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders**. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 131-144.

ROCHA, Rogério Lannes. **O risco nosso de cada dia**. RADIS. No 106, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, junho de 2011.

ROSSETTO, Elizabeth. **Sujeitos com Deficiência no Ensino Superior: Vozes E Significados**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

RUTTER, M. L. **Progress in understanding autism: 2007–2010**. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41, 2011, p. 395–404. SACKS, Oliver. Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SACKS, Oliver. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SACKS, Oliver. **Contracapa**. In: DAMÁSIO, R. Antônio. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica**. Revista Brasileira de Fisioterapia [online]. 2007, vol.11, n.1, pp.83-89. ISSN 1413-3555. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>. Acesso em: 12 de outubro 2015.

SANDER, Benno. **A Pesquisa sobre Política e Gestão da Educação no Brasil**: uma leitura introdutória sobre sua construção. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação*, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 421-448, set./dez. 2007.

SANINI, Claudia. **Autismo e inclusão na educação infantil**: um estudo de caso longitudinal sobre a competência social da criança e o papel da educadora. Tese de Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

SANINI, C.; SIFUENTES, M.; BOSA, C. A. **Competência Social e Autismo**: o papel do contexto da brincadeira com pares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (UnB. Impresso), v. 29, p. 99-105, 2013.

SATO, F. P., PAULA, C. S., LOWENTHAL, R., NAKANO, E. Y., BRUNONI, D., SCHWARTZMAN, J. S., & MERCADANTE, M. T. (2009). **Instrumento para rastreamento dos casos de transtorno invasivo do desenvolvimento** - estudo preliminar de validação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 30-33

SCHMIDT, Carlo; BOSA, Cleonice. **Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 2, 2007.

SCHMIDT, Carlo. **Autismo, Educação e Transdisciplinaridade**. In: SCHMIDT, Carlo. *Autismo. Educação e Transdisciplinaridade*. Campinas: Papyrus, 2014.

SCHOPLER, E., REICHLER, R., & RENNER, B. (1988). **Childhood Autism Scale (CARS)**. Los Angeles: Western Psychological Services.

SEVILLA et al. **Detección Temprana del Autismo**: Profesionales Implicados. *Ver Esp Salud Pública* N.º2. Marzo-Abril 2013; 87:191-199.

SIBEMBERG, Nilson. **Autismo e Psicose Infantil**. O diagnóstico em debate. In: JERUSALINSKY, Alfredo e FENDRIK, Silvia. (orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

SILVA, Régis Henrique dos Reis; GAMBOA, Sílvia Sánchez. **Análise epistemológica da pesquisa em Educação Especial**: a construção de um instrumental de análise. *Atos de Pesquisa em Educação - PPGE/ME FURB*, v. 6, n. 2, p. 373-402, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/2581/1708>>. Acesso em: 11 de outubro de 2015.

Oosterling, I. J., Wensing, M., Swinkels, S. H., Van Der Gaag, R. J., Visser, J. C., Woudenberg, T., Minderaa, R., Steenhuis, M.-P. and Buitelaar, J. K. (2010), **Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two-stage screening approach**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51: 250-258. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02150.x

SOLER, C. **Autismo e Paranoia**. In: ALBERTO, S. (org.). *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999, pp. 219 -232.

SWINKELS et al. **Screening for autistic spectrum in children aged 14-15 months. I: The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT)** Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006; 36(6):723-732.

SZABO, Cleusa Barbosa. **Autismo em questão**. São Paulo: MAGEART, 1995.

TOBÓN, Maria Helena Sampedro. **Detección temprana de autismo: ¿es posible y necesaria?** CES Psicología, Norteamérica, 5, jun. 2012. Disponible en: <<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2170>>. Fecha de acceso: 16 Jun. 2013.

TOMASELLO, M & FARRAR, M. **Child Development**. Vol. 57, No. 6 (Dec., 1986), pp. 1454-1463

TOSCANI, Oliviero. **A publicidade é um cadáver que nos sorri**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996. TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUSTIN, F. **Autistic states in children**. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.

TUSTIN, F. **Autistic children assessed as not brain-damaged**. Journal of Child Psychotherapy, v. 20, p. 209-225. [S.l.: s.n.], 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, São Paulo: Papirus, 2003.

VASQUES, Carla Karnoppi. **Alice na biblioteca mágica: uma leitura sobre o diagnóstico e a escolarização de crianças com autismo e psicose infantil**. Tese de doutorado. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, 2008.

VASQUES, Carla Karnoppi. **Transtornos globais do desenvolvimento e educação: análise da produção científico-acadêmica**. In: Reunião Anual da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 31., 2009, Caxambu. Anais... Rio de Janeiro: ANPED, 2009. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GT15-4469--Int.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

VASQUES, Carla Karnoppi; e BAPTISTA, Claudio Roberto. **Transtornos Globais do Desenvolvimento e Escolarização: o conhecimento em perspectiva**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 665-685, jul./set. 2014. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)>. Acesso em: 11 out. 2014.

VYGOTSKY, L.S. **Obras Escogidas V - Fundamentos da Defectología**. Visor: Madrid, 1997.

WATZLAWICK et. al. **Pragmatics of Human Communication**. New York: Norton, 1967.

WEBSTER, Jane; WATSON, Richard T. **Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review**. MIS Quarterly, 2002. (26: 2) pp. 13-23.

WING, L. **Asperger's syndrome: a clinical account**. Psychological Medicine, Cambridge, v. 11, p. 115-129. 1981.

WING, Lorna. **The autistic spectrum: A guide for parents and professionals**. London: Constable, 1996.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

ZANON, Regina B.; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. **Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais**. Psicologia: Teoria e Pesquisa jan-mar 2014, Vol. 30 n. 1, p. 25-33.

ZORZANELLI, Rafaela. **Sobre os DSMs como objetos culturais**. In: ZORZANELLI, Rafaela et. al. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ZURRU, Antonico Luigi. **Palestra**. FACED. UFRGS: Porto Alegre, 22 de setembro de 2016.

**ANEXO A – QUADRO REFERENTE ÀS TESES E DISSERTAÇÕES INVESTIGADAS**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
A identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo infantil	PARAVIDINI, J. L. L.	UNICAMP	2002	Doutorado	
Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil na avaliação de bebês em risco para autismo	BRONZATTO, E. M. K.	USP	2013	Mestrado	Rogério Lerner
O desenvolvimento afetivo de bebês com risco de autismo	BRAIDO, M. L. G.	PUC/RJ	2011	Mestrado	Carolina Lampreia
Uso de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo	CAMPANA, N. T. C.	USP	2014	Mestrado	Rogério Lerner
Usos e apropriações de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil por agentes comunitários de saúde: uma experiência de formação	MORAIS, A. S.	USP	2013	Mestrado	Rogério Lerner
Sinais de risco do autismo: construção de instrumento para rastreamento precoce	SEIZE, M. M.	PUC/RJ	2015	Mestrado	Juliane Callegaro Borba

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
Sinais de risco do autismo: construção de instrumento para rastreamento precoce	BARBA, P. C. S. D.	UFSCar	2002	Mestrado	
Avaliação de sinais precoces em transtornos do espectro autista: análise de vídeos	BREITSCHWERDT, J. C. B.	Mackenzie	2010	Mestrado	
Estudo de sensibilidade do IRDI- Questionário para TEA (transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento	BARROS, C. V.	USP	2016	Mestrado	Rogério Lerner
A aplicabilidade de um programa de intervenção precoce em crianças com possível risco autístico	CORREIA, O. B. F.	PUC/RJ	2005	Mestrado	Carolina Lampreia
Efetividade de um programa de capacitação em identificação precoce do transtorno do espectro do autismo na atenção básica em saúde	LAMPERT, S. S.	UFRGS	2016	Doutorado	Cleonice Bosa
Efeitos de um programa de intervenção precoce baseado no modelo mais que palavras – HENEN – para crianças menores de três anos com risco de autismo	ARAÚJO, E. R.	UFRN	2012	Mestrado	Débora Regina de Paula Nunes
Identificação precoce dos transtornos do espectro autista: um estudo de vídeos familiares	BRAIDO, M. L. G.	PUC/RJ	2006	Mestrado	Carolina Lampreia

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
Abordagem transdisciplinar no autismo: o programa TEACCH	FRANÇA, C. S. K.	UVA/RJ	2006	Mestrado	Tania Maria Marinho Sampaio
O fascínio da mídia pelo fenômeno do autismo	RODRIGUES, J. M.	Universidade Paulista	2003	Mestrado	Juan Droguett
Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo	FURTADO, L. A. R.	UFCE	2011	Doutorado	
Contribuição de D. W. Winnicott para a etiologia e a clínica do autismo	ARAÚJO, C. A.	PUC/SP	2002	Mestrado	
Autismo e devastação	PINHEIRO, M. F. G.	UFRJ	2008	Mestrado	
Estudo para detecção precoce de sinais indicativos de alteração no desenvolvimento neuro-sensório-motor em bebês de risco	GUIMARÃES, E. L.	UFSCar	2001	Mestrado	
Atrasos de desenvolvimento infantil e sinais precoces de transtornos do espectro autista em crianças de creches de um município paulista		Mackenzie	2010	Mestrado	
Educação Especial e Educação Infantil: uma análise de serviços especializados no município de POA	MEIRELLES, M. C. B.	UFRGS	2011	Mestrado	Claudio Baptista

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
Aprendizagem e desenvolvimento de crianças com deficiências na Educação Infantil em Maringá/ Brasil e Guadalajara/ Espanha	MIRANDA, M. J. C.	Universidade Estado Paulista Júlio de Mesquita Filho	2011	Doutorado	Maria Julia Canazza Dall Acqua
Interação mãe-criança e autismo: contribuição dos fatores psicossociais		UFRGS	2012	Mestrado	Cleonice Bosa
A comunicação na interação bebê-educadora nos dois primeiros anos de vida		UFRGS	2004	Mestrado	Cleonice Bosa
Deteção precoce dos transtornos invasivos do desenvolvimento infantil: atuação do enfermeiro	BRAGA, M. R.	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	2011	Doutorado	Lazslo Antônio Avila
O desenvolvimento afetivo de bebês com risco de autismo	BRAIDO, M. L. G.	PUC/RJ	2011	Doutorado	Carolina Lampreia
Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento chat e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação	BARBA, P. C. S. D.	UFSCar	2012	Mestrado	
O autismo e as possíveis falhas na identificação materna	CURVACHO, D. C. S.	Universidade São Marcos	2008	Mestrado	
O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito	CAMPANÁRIO, I. S.	UFMG	2006	Mestrado	

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
Autismo infantil precoce, nome próprio: um estudo teórico e clínico acerca do sistema de nomeação	TAFURI, M. I.	Universidade de Brasília	1990	Mestrado	
Identificação de genes de susceptibilidade aos transtornos do espectro autista (ASD)	ORABONE, G. M.	USP	2007	Doutorado	
De onde os pais olham o seu bebê? Um estudo acerca do olhar dos pais diante de um caso situado entre o autismo e a adoção	CARVALHO, V. B.	Universidade Católica de Pernambuco	2013	Mestrado	
Habilidade de atenção compartilhada em sujeitos do espectro autístico	MENEZES, C. G. L.	Universidade Federal de São Paulo	2007	Mestrado	
Identificação precoce do transtorno do espectro autista por meio da puericultura em uma unidade básica de saúde	MURARI, S. C.	PUC/SP	2014	Doutorado	
A mediação pedagógica na inclusão da criança com autismo na educação infantil	CHIOTE, F. A. B.	UFES	2011	Mestrado	
Envolvimento parental no contexto da Educação Infantil e séries iniciais de alunos com autismo	MOSCHINI, R.	UFES	2014	Mestrado	
A evolução do conceito e do diagnóstico de autismo	COHEN, S. A.	PUC/RJ	2000	Mestrado	
O autismo como invenção da psicopatologia moderna	ANDRADE, L. C. L.	Universidade Federal de Alagoas	2014	Mestrado	

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem	OLIVEIRA, S. M.	PUC/RJ	2009	Mestrado	
Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação	OLIVEIRA, B. D. C.	UFRJ	2015	Mestrado	
A escuta e as palavras nos anos iniciais da vida: diálogos entre os bebês, a psicanálise e a Educação Infantil	FERNANDES, S. A.	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul	2011	Mestrado	Noeli Valentina Weschenfelder
Família e instituição de Educação Infantil como espaços de desenvolvimento da criança	ANTANA, J. A.	Universidade Católica de Salvador	2011	Mestrado	Miria Alves Ramos de Alcantara
Fort-Da: a escuta do professor de Educação Infantil na constituição da criança-sujeito	BITTENCOURT, D. C. R.	Universidade do Estado da Bahia	2011	Mestrado	Maria de Lourdes Soares Ornellas Farias
Análise dos aspectos da relação social entre crianças: contribuições para a inclusão na Educação Infantil	RODRIGUES, R. S. E. H.	UFES	2011	Mestrado	Sonia Lopes Victor
A mediação pedagógica na inclusão da criança com autismo na Educação Infantil	BINATTI, F. A.	UFES	2011	Mestrado	

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
A vivência lúdica na prática da Educação Infantil: dificuldades e possibilidades expressas no corpo da professora	SILVA, F. F.	Universidade Federal de São João Del-Rei	2011	Mestrado	Lucia Helena Pena Pereira
O papel da mediação da educadora no desenvolvimento da brincadeira de crianças com autismo na Educação Infantil: um estudo longitudinal		UFRGS	2011	Doutorado	Cleonice Bosa
Individualização e escolarização de crianças de 0 a 5 anos: um cenário dinâmico no palco da abordagem histórico cultural	ROMANELLI, N.	USP	2011	Mestrado	Leny Magalhães Mrech
Dançando com gatos e pássaros: o movimento ecossistêmico da ludopoiese na Educação Infantil	PINHEIRO, E. O.	UFRN	2011	Doutorado	Edmilson Ferreira Pires
Autismo e inclusão na Educação Infantil: um estudo de caso longitudinal sobre a competência social da criança e o papel da educadora	SANINI, C.	UFRGS	2011	Doutorado	Cleonice Bosa
O desenvolvimento afetivo infantil segundo Henri Wallon	LIMA, V. A. B.	Universidade Regional de Blumenau	2011	Mestrado	Adolfo Ramos Lamar
Avaliação do desenvolvimento infantil em programas de saúde da família	SIGOLO, A. R. L.	UFSCar	2011	Mestrado	Ana Lucia Rossto Aiello

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>ORIENTADOR</b>
A documentação na abordagem de Reggio Emilia para a Educação Infantil e suas contribuições para as práticas pedagógicas: um olhar e as possibilidades em um contexto brasileiro	BARACHO, N. V. P.	USP	2012	Mestrado	Marieta Lucia Machado Nicolau
A percepção da criança com transtornos globais de desenvolvimento (autismo) sobre seu processo de inclusão em uma escola de Educação Infantil	CORREIA, H. C.	UFES	2012	Mestrado	Sonia Lopes Victor
A escola de Educação Especial: uma escolha para crianças autistas e com deficiência intelectual associada de 0 a 5 anos	GOES, R. S.	USP	2012	Mestrado	Marie Claire Sekkel
Aprendizagem e desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos: uma abordagem sócio-histórico-dialética	IEIRA, E. A. C.	Universidade Federal de Goiás	2012	Doutorado	Ivone Garcia Barbosa
A inclusão escolar na Educação Infantil: um olhar sobre a prática docente	FERNANDES, A. C.	Universidade Federal do Ceará	2011	Mestrado	Rita Vieira de Figueiredo

## ANEXO B – QUADRO REFERENTE AOS ARTIGOS INVESTIGADOS

TÍTULO	AUTOR	ANO	PUBLICAÇÃO
A identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo infantil	PARAVIDINI, J. L. L. et al.	2002	
Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida	GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C.	2011	Reflexão e Crítica, v. 24, n. 2, p. 300-308
Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico	FLORES, M. R.; SMEHA, L. N.	2013	Ágora, v. 16, p. 141-157
Identificação de sinais precoces de autismo segundo um protocolo de observação estruturada: um estudo de seguimento	ALCKMIN-CARVALHO, F. et al.	2014	Psico, v. 45, n. 4, p. 502-512
É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica	BENILTON JR., B.	2011	Ciência & Saúde, v. 16, n. 12, p. 4.598
Early joint attention deficits in autismo: evidence from a retrospective case study	MAGALHÃES, C. G.; BARBOSA, P. G.; ABREU, C. S.; CARDOSO- MARTINS, C.	2012	Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 509-512
Survey protocols and diagnostic methods applicable in the autism speech therapy clinic: a literature review / Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura	GONÇALVES, T. M.; PEDRUZZI, C. M.	2013	Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação, v. 15, n. 4, p. 1.011-8
Parents perception of the first symptoms of autism / Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais	ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A.	2014	Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 30, n. 1, p. 25-9
Proposta de adaptação dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) para questionário para pais e sua aplicabilidade	MACHADO, F. P.; CUNHA, M. C.	2013	
A sociedade de risco midiaticizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo	SILVA, P. R. V.; CASTIEL, L. D.; GRIEP, R. H.	2015	Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 2, p. 607-20
A inclusão escolar de um aluno com autismo: diferentes tempos de escuta, intervenção e aprendizagens	BRANDE, C. A.; ZANFELICE, C. C.	2012	Revista Educação Especial, v. 25, n. 42, p. 43-56
Reflexões sobre a inclusão escolar de uma criança com diagnóstico de autismo na Educação Infantil	MATTOS, L. K.; NUERNBERG, A. H.	2011	Revista Educação Especial, v. 1, n. 1, p. 129-141
Entre o texto e a vida: uma leitura sobre as políticas de educação especial / Between text and life: a reading of special education policies	VASQUES, C. K.; MOSCHEN, S.; GURSKI, R.	2013	Educação e Pesquisa, v. 39, n. 1, p. 81-94

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>PUBLICAÇÃO</b>
Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo	BOSA, C. A.	2002	Psicologia Reflexão e Crítica, v. 15, n. 1, p. 77-88
A responsividade educadora-bebê em um berçário: um estudo exploratório	BRESSANI, M. C.; BOSA, C. A.; LOPES, R. C. S.	2007	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 17, p. 21-36
A inclusão de crianças com autismo na educação infantil	BOSA, C. A. In: SANTAROSA, L. et al. (Org.)	2011	Tecnologias digitais acessíveis. Porto Alegre: JSM Comunicação
Os dilemas do educador na inclusão de crianças com autismo na educação infantil	In: BOSA, C. A.; SANINI, C.; BERNARDI, C. C.; ROSELLI, M. F. A. L. (Org.)	2012	Inclusão: o direito de ser e participar. 1 ed. Piracicaba: Biscalchin. p. 111-129
Social interaction and autism: methodological and theoretical issues	BOSA, C. A.; LYRA, M. C. D. P. In: LYRA, C. D. P.; LIGHTFOOD, C.; VALSINER, J.; SALVATORE, S. (Org.)	2008	Challenges and strategies for studying human development in cultural contexts. Roma: Carlo Amore Edizione
Sinais precoces de comprometimento social no autismo infantil	BOSA, C. A. In: CAMARGOS JR., W. et al. (Org.)	2002	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Brasília: CORDE. p. 42-47
Ele está se socializando, mas...está aprendendo? Os dilemas do educador na inclusão de crianças com autismo na educação infantil.	BOSA, C. A.; SANINI, C.; SINFUENTES, M. In: BOSA, C. A.; SANINI, C. ROSELLI, C. C. B., LARA, M. F. A. (Org.)	2011	Inclusão: o direito de ser e participar. Piracicaba: Biscalchin. p. 109-127
Social Interaction in children with autismo: methodological and theoretical issues	BOSA, C. A.; LYRA, M. C. D. P. In: LYRA, C. D. P.; LIGHTFOOD, C.; VALSINER, J.; SALVATORE, S. (Org.)	2010	Challenges and strategies for studying human development in cultural contexts. Roma: Firera & Liuzzo. p. 87-105
Interação mãe-criança e desenvolvimento atípico: a contribuição da observação sistemática	BOSA, C. A.; SOUSA, A. D. In: PICCININI, C.; MOURA, M. L. S. (Org.)	2007	Observando as primeiras interações pais-bebê-criança. 1 ed. São Paulo: Casa Psi-Livraria. p. 237-258
Compreendendo a evolução da comunicação do bebê: implicações para a identificação precoce do autismo	BOSA, C. A. In: HAASE, V. G.; FERREIRA, F. O.; PENNA, F. J. (Org.)	2008	Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed
Autismo e políticas públicas de inclusão no Brasil	GUARESCHI, T.; ALVES, M. D.; NAUJORKS, M. I.	2016	Journal of Research in Special Educational Needs, v. 16, supplement S1, p. 246-250
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS COM AUTISTAS: AMPLIANDO POSSIBILIDADES/Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.	2015	Interface: Comunicação Saúde Educação, v. 19, n. 55, p. 1.121
The changing face of autism in Brazil	RIOS, C.; ANDRADA, B. C.	2015	Culture, Medicine and Psychiatry, v. 39, n. 2, p. 213-234

(continua)

(continuação)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>PUBLICAÇÃO</b>
Da invisibilidade a epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira/De la invisibilidad a la epidemia: la construcción narrativa del autismo en los medios impresos brasileños	RIOS, C.; ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R.; NASCIMENTO, L. F.	2015	Interface: Comunicação Saúde Educação, v. 19, n. 53, p. 325
Inclusão educacional de pessoas com autismo no Brasil: uma revisão da literatura	NUNES, D. R. P.; AZEVEDO, M. Q. O.; SCHIMIDT, C.	2013	Revista Educação Especial, v. 26, n. 47, p. 557-572
Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar	RODRIGUES, I. B.; MOREIRA, L. E. V.; LERNER, R.	2012	Psicologia: Teoria e Prática, v. 14, n. 1, p. 70-83
Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte	GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G.	2010	Revista Brasileira de Educação Especial, v. 16, n. 3, p. 375-396
Entre a esperança e o limite: um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares	SERRA, D. C. G.	2009	Psicologia Clínica, v. 21, n. 2, p. 488
Educação infantil: espaço de educação e cuidado	COUTINHO, A. M. S.	2002	ANPED, GT 7
As professoras de crianças pequenininhas e o cuidar e educar	AVILA, M. J. F.	2002	ANPED, GT 7
Inclusão: é possível começar pelas creches?	MENDES, E. G.	2006	ANPED, GT 15
Vigotski: o homem cultural e seus processos criativos	BARROCO, S. M. S.; TULESKI, S. C.	2006	ANPED, GT 20
Produção de Vigotski (e grupo) e Wallon: comparação das dimensões epistemológica, metodológica e desenvolvimental	MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R.; ALMEIDA, S. H. V.	2006	ANPED, GT 20
Olhares, gestos e falas nas relações de adultos e crianças no cotidiano de escolas de educação infantil	CORSINOL, P.; OLIVEIRA, N.	2007	ANPED, GT 07
Transtornos globais do desenvolvimento e educação: análise da produção científico-acadêmica	VASQUES, C. K.	2008	ANPED, GT 15
As relações sociais dos bebês na creche: um estudo numa perspectiva sociológica	COUTINHO, A. M. S.	2013	ANPED, GT 07
Deficiência mental: possíveis leituras a partir dos manuais diagnósticos	BRIDI, F. R. S.	2013	ANPED, GT 15
Cenas do cotidiano nas creches e pré-escolas: um olhar sobre as práticas de inclusão	LIMA, M. B. B. S.	2013	ANPED, GT 15
A deficiência intelectual como produção social: reflexões a partir da abordagem histórico-cultural	CARNEIRO, M. S. C.	2015	ANPED, GT 15