

PSICANÁLISE E O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO  
NUM CONTEXTO AMPLIADO: UMA REFLEXÃO  
SOBRE O USO DOS INDICADORES DE RISCO  
PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

*PSYCHOANALYSIS AND THE DIAGNOSIS OF AUTISM IN  
AN EXPANDED CONTEXT: A CONSIDERATION ABOUT THE USE  
OF THE RISK INDICATORS FOR CHILD DEVELOPMENT*

*PSICOANÁLISIS Y EL DIAGNOSTICO DEL AUTISMO EN UN  
CONTEXTO AMPLIADO: UNA REFLEXIÓN ACERCA DEL USO DE LOS  
INDICADORES DE RIESGOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL*

*Thaysa Silva dos Santos* <sup>(1)</sup>

*Cristiana Carneiro* <sup>(2)</sup>

**RESUMO**

O presente artigo empreende uma discussão acerca do diagnóstico de autismo na clínica ampliada, a partir dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), um instrumento construído por pesquisadores brasileiros para o cuidado de crianças pequenas. Mediante seis entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que se ocupam com o autismo em dispositivos de saúde, examinamos os possíveis efeitos do uso desses indicadores. Concluímos este trabalho com o entendimento de que o uso desse instrumento precisa ser pensado com cautela no que concerne à patologização da infância; por outro lado, consideramos que é uma interessante estratégia para o trabalho do psicanalista em equipes multiprofissionais no contexto ampliado.

*Palavras-chave:* diagnóstico; autismo; clínica ampliada; IRDI; psicanálise.

---

<sup>(1)</sup> Mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. email: thaysasantos.psi@gmail.com

<sup>(2)</sup> Pós-doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. email: cristianacarneiro13@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

**ABSTRACT**

This article discusses the diagnosis of autism in the extended clinic, based on the Risk Indicators for Child Development (IRDI), an instrument developed by Brazilian researchers for the care of little children. By means of six semi-structured interviews with psychoanalysts who work with the autism in health services, we ponder about the possible effects of using these indicators. We conclude that the use of this instrument needs to be taken cautiously with regard to the pathologization of the children; on the other hand, we consider it to be an interesting strategy for the work of psychoanalysts in multidisciplinary teams in an expanded context.

*Keywords:* diagnosis; autism; expanded clinic; IRDI; psychoanalysis.

**RESUMEN**

El presente artículo efectúa una discusión acerca del diagnóstico del autismo en la clínica ampliada, desde los Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI), instrumento construido por investigadores brasileños para el cuidado de infantes. A través de seis entrevistas semiestructuradas con psicoanalistas que se ocupan con el autismo en dispositivos de salud, nos preguntamos sobre los posibles efectos del uso de estos indicadores. Concluimos este trabajo con la comprensión de que el uso de este instrumento necesita ser pensado con cuidado respecto a la patologización de la infancia; sin embargo, lo consideramos como una interesante estrategia para el trabajo del psicoanalista en equipos multidisciplinarios en el contexto ampliado.

*Palabras clave:* diagnóstico; autismo; clínica extendida; IRDI; psicoanálisis.

**Introdução**

Em meio à ebulição de casos de autismo e às particularidades vivenciadas no contexto da clínica ampliada, que trabalha inserção da psicanálise nos mais diferentes dispositivos, como a escola, os centros de atenção psicossocial e os hospitais, esta pesquisa pretende ampliar a reflexão acerca do diagnóstico de autismo na atualidade. Mais especificamente, discutir a questão diagnóstica do autismo observada mediante os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), dispositivo criado por psicanalistas brasileiros inseridos em contextos ampliados. Embora a finalidade de tal dispositivo não seja especificamente o diagnóstico de autismo, questionamo-nos se essa ferramenta pode

ser interessante para o profissional que trabalha com o público em questão. Também indagamos se o IRDI pode se constituir como alternativa ao diagnóstico de autismo, muitas vezes já proferido na infância, bem como se o instrumento é compreendido como interessante pelos profissionais que se utilizam dele e que atendem crianças não diagnosticadas. Para tentar responder a esses questionamentos, e com intenção de dar voz aos profissionais que trabalham no contexto ampliado, as pesquisadoras realizaram entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que faziam, ou não, uso do IRDI. Surpreendentemente, ao analisar as falas *a posteriori*, foi possível depreender um efeito paralelo destacado no uso dos instrumentos: o potencial de transmissão da psicanálise dentro das equipes multiprofissionais.

## O diagnóstico contemporâneo e a questão do autismo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), denominado dessa forma a partir da quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), vem sendo apontado pela literatura acadêmica como uma das principais patologias encontradas na infância nos últimos anos, existindo até mesmo uma não comprovada “epidemia” de casos ao redor do mundo (Nahmod, 2017; Rios et al., 2015).

Kupfer et al. (2008) e Rios et al. (2015) defendem que o aumento de crianças diagnosticadas pode estar relacionado à popularização que o transtorno obteve na década de 1990. Aquela época assistiu a uma ebulição do aparecimento de personagens autistas em filmes, livros e séries televisivas, incremento que também pode ter sido responsável por propiciar que crianças menores chegassem ao tratamento, já que chamava a atenção para certos comportamentos típicos que puderam ser observados por familiares e especialistas. De acordo com a literatura, essa chegada precoce viabilizou maiores ganhos clínicos por conta da intervenção realizada num momento em que as áreas mais nobres do aparelho psíquico ainda estariam em construção, antes dos processos psicopatológicos propriamente se instalarem (Campanário & Pinto, 2006; Pereira & Laznik, 2008; Silva, 2018).

Para além do já exposto, verificamos um acréscimo constatado também pelo DSM, que, em sua quinta edição, apontava a existência de um crescimento nos diagnósticos de espectro autista. Assim, por meio de estudos epidemiológicos, o manual previa uma taxa média de casos de TEA que poderia atingir cerca de 3,25 milhões de casos nos Estados Unidos, estimativa muito maior do que a

encontrada em sua versão anterior, que presumia a existência de 487,5 mil casos de crianças diagnosticadas com o transtorno autista (APA, 2013). De acordo com Mas (2018) ao se aplicar a mesma fórmula estatística à população brasileira, os números, que antes indicariam cerca de 310,5 mil casos, na quarta edição do manual, se ampliariam para 2,7 milhões de casos após a atualização. Tais dados evidenciam que os casos diagnosticados como TEA poderiam ser encontrados em cerca de 1,5% da população mundial. No entanto, essa previsão nunca deixou claro se as taxas mais altas refletem de fato um aumento no número de casos ou se esse aumento ocorreu por conta das mudanças realizadas na metodologia do diagnóstico (APA, 2013; Mas, 2018).

Em vista disso, constatamos que o dado mais recente (Baio et al., 2018) indicava que a prevalência de autismo na população infantil era de 1 em cada 59 crianças, demonstrando mais uma vez o aumento numérico de diagnósticos, uma vez que até o ano de 2014 os números expressos pelo DSM-5 previam que uma taxa que representaria por volta de 1 em cada 68 crianças (APA, 2013). Contudo, apesar de compreendermos como preocupante os saltos numéricos apresentados, questionamo-nos se a percentagem de 1,5% da população mundial configuraria numericamente de fato uma “epidemia” de casos. Diante disso, percebemos que a discussão do aumento quantitativo dos casos de autismo mereceria uma discussão epidemiológica mais aprofundada, que, no entanto, não pode ser abordada extensivamente neste texto, embora observemos um aumento constante de diagnósticos de autismo (Almeida & Neves, 2020; APA, 2013; Baio et al., 2018).

Com relação à mudança metodológica, observamos, ao analisar a última versão do manual, que uma série de modificações podem ser facilmente verificadas. Dentre elas, destacamos a introdução da noção de espectro autista, que possibilita às manifestações da patologia que variem bastante, dependendo da gravidade da condição autística, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica. Ademais, o manual também promove o Transtorno do Espectro Autista ao posto de categoria, que agora engloba quase todos os subgrupos que antes estavam sob o guarda-chuva do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), o que nos leva a questionar novamente sua participação no acréscimo de diagnósticos de autismos, uma vez que é a partir dessa edição do DSM que vários transtornos são incluídos sob a nomenclatura do TEA.

Para essa discussão de questões diagnósticas contemporâneas, cabe apresentar ainda o que se pode entender como espectro autista. Assim, constatamos que Lorna Wing, na década de 1980, defendia uma noção de espectro, composta de uma tríade de incapacidades, compartilhadas tanto pelo autismo clássico

quanto pela síndrome de Asperger. Tal tríade era composta por uma ausência ou limitação na interação social recíproca, na linguagem verbal ou não verbal e também nas atividades imaginativas (Ministério da Saúde, 2015). Dessa forma, na proposta da pesquisadora, a tríade poderia aparecer em um número infinito de combinações e matizes de intensidade, chegando até a normalidade. O objetivo dessa forma de pensar era o de garantir a inclusão de uma classificação psiquiátrica para todas as pessoas que apresentassem mesmo mínimas variações da tríade e não se enquadrassem nas características do autismo de Kanner. Essa ideia, a partir da década de 1980, foi amplamente difundida pela psiquiatria, influenciando, além das famílias de crianças com o diagnóstico de autismo, a psiquiatria da época e, como podemos perceber a partir do DSM-5, a da atualidade também. Dessa forma, verificamos que, se por um lado, a noção de espectro trazida pela psiquiatria e depois englobada pelo DSM veio a ser importante para se garantir o atendimento e a criação de políticas públicas para pessoas que não apresentavam os sinais clássicos do autismo (Mas, 2018), por outro, a flexibilização do diagnóstico trazida pela noção de espectro parece caminhar para uma abrangência sem limites precisos.

Segundo Silva (2018), a noção de espectro passa por uma falta de rigor diagnóstico que acaba por abrir margem para todo e qualquer uso indevido dele, além de cair no risco de tornar doença o que são fenômenos comuns da entrada da criança no mundo. A autora aponta como preocupante ter como base apenas os sinais e sintomas para se produzir um diagnóstico, pois afirma que algumas vezes, quando as crianças chegavam muito pequenas em sua clínica com sinais típicos do autismo, rapidamente aconteciam mudanças no quadro clínico inicial, algo improvável em crianças que se desenvolvem como autistas. Toda essa discussão diagnóstica é importante, pois pode ter algum tipo de ligação com a questão dos possíveis falsos positivos.

A maneira contemporânea de se diagnosticar, propagada pelos manuais psiquiátricos, apenas mediante sinais e sintomas é debatida criticamente por suas consequências (Dunker, 2014; Silva, 2018). Como apontam Carneiro e Lopes (2020), já na introdução do DSM-5 encontra-se a afirmação de que o manual corresponde à necessidade de aprofundamento e expansão da classificação em psiquiatria para garantir maior precisão descritiva do transtorno e validade do diagnóstico. O diagnóstico em torno dos sinais e sintomas dispensa a dimensão teórica que fundamenta a pesquisa dos fatores subjetivos que condicionam a formação do sintoma. Como assinala Birman (2014), articulado a um protocolo de decisões terapêuticas que tem como base o desenvolvimento das neurociências e a tecnologia dos psicofármacos, o diagnóstico exclui a

necessidade de escuta do conteúdo discursivo do paciente em sua dimensão específica de sujeito para avaliação dos processos psíquicos causais do desencadeamento das diversas versões do sofrimento psíquico e do manejo clínico para a estabilização.

Por outro lado, a psicanálise não realiza um diagnóstico pela via do sintoma, ou seja, por meio de sinais fenomenológicos, mas constrói o diagnóstico por meio da relação transferencial (Zanetti & Kupfer, 2008). O diagnóstico em psicanálise, por ser realizado a partir da transferência, se faz de forma processual. Não é viável para a psicanálise estabelecer de forma mais definitiva um diagnóstico com apenas uma ou duas consultas. De forma bastante distinta em termos de temporalidade e processualidade, o diagnóstico preconizado pelo manual se propõe a “servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais” (APA, 2013, p. XLII). Se essa praticidade parece, num primeiro olhar, sedutora, ela não é sem consequências, incluindo o incremento da indústria farmacêutica (Brzozowski & Caponi, 2015; Vasen, 2011).

Ademais, cabe salientar que, no que diz respeito ao diagnóstico psicanalítico na infância, Attal (1998) afirma que não podemos falar numa estrutura acabada, uma vez que nesses casos o psiquismo não está plenamente construído. Assim, com relação ao diagnóstico estrutural, não o encontramos na criança; o que podemos observar nesses casos são pontos de dificuldade, num percurso que ainda está em construção, do qual só teremos notícias *a posteriori*. No entanto, aqui encontramos o problema paradoxal de se fazer diagnóstico na primeira infância. Por um lado, corre-se o perigo do diagnóstico apressado, dos falsos positivos, algo que sabemos ter impactos sobre a família e a criança. Por outro, o diagnóstico tardio, muitas vezes, retarda a intervenção e o acesso aos cuidados, contribuindo para a possibilidade de um agravamento desastroso. É nesse campo de tensões que a “corrida contra o relógio” da intervenção precoce vai se articular com a questão diagnóstica. Cedo demais ou tarde demais são dois perigos iminentes e persistentes para aqueles que se ocupam com os diagnósticos e terapêuticas na infância.

Ainda que o diagnóstico baseado em sintomas e sinais, realizado a partir da proposta do manual, e o diagnóstico psicanalítico se situem em paradigmas distintos, os dois se encontram na clínica ampliada tanto nas parciais convergências, quanto nas inúmeras diferenças. Isso ocorre porque o psicanalista está na pólis; então, não apenas a criança da qual se ocupa muitas vezes já chega diagnosticada por critérios do manual de maneira mais estrita como, por exemplo, em laudos oficiais, como a nomenclatura dos transtornos oriunda do manual cir-

cula de forma mais livre em equipes de trabalho e entre os usuários dos serviços de saúde e educação. Nesses ambientes, diferentemente do consultório privado com atendimento individual, o psicanalista será confrontado de forma mais intensa com as intercorrências advindas das novas formas de se diagnosticar propostas pelos DSMs.

É nesse cenário de tensões que os diagnósticos na infância provocam que surgiu uma proposta de pesquisar crianças mais próximas de um diagnóstico processual, levando em consideração uma constituição psíquica ainda em construção. Chamada de pesquisa multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), ela pretendeu desenvolver formas de observação diagnóstica que incluíssem indicadores psíquicos observáveis de forma longitudinal e continuada. A proposta trabalhada pelo IRDI pretende possibilitar que, nas consultas periódicas feitas tanto pelo pediatra quanto por qualquer outro agente de saúde, a questão da relação entre a criança e o cuidador também seja observada. Busca, dessa forma, entender o que se passa nessa relação, dado que o mundo ao redor da criança é mais do que um ambiente físico, e que os adultos relacionados ao cuidado desse bebê são personagens significativos em sua construção subjetiva (Pesaro & Kupfer, 2016).

## **O IRDI como instrumento de trabalho multidisciplinar: uma conquista brasileira?**

A pesquisa IRDI nasceu do desejo de uma pediatra, Josenilda Caldeira Brandt, de incluir na atualização do extinto manual do Ministério da Saúde (MS), *Saúde da criança: Acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento infantil* (Ministério da Saúde, 2002), o que ela denominava de “indicadores psíquicos”. Josenilda foi uma médica, psicanalista, especialista em pediatria do desenvolvimento, mestre em saúde pública, professora aposentada da Universidade de Brasília, que atuou no Ministério da Saúde até o final da década de 1990 na área de saúde da criança (Lerner & Kupfer, 2008). Ao ser convocada para a atualização do documento citado, no final da década de 1990, Josenilda percebeu a necessidade de se incluir nos indicadores de crescimento e desenvolvimento, que seriam utilizados pelos pediatras, indicadores que tivessem relação com a constituição subjetiva. Embora eles nunca tenham sido incluídos no manual do MS, aos poucos eles foram sendo inseridos na Carteira de Saúde da Criança, substituta do guia e na atualidade o principal documento de uso pediátrico (Kupfer et al., 2008).

Dessa forma, no início de 2001 o Grupo Nacional de Pesquisa (GNP), formado por pesquisadores distribuídos em várias cidades do Brasil (Curitiba, Recife, Salvador, São Paulo, Belém, Fortaleza, Brasília, Rio de Janeiro e Porto Alegre), dentre eles Josenilda Brant e Maria Cristina Machado Kupfer (coordenação nacional), Alfredo Jerusalinsky (coordenação científica) e Maria Eugênia Pesaro (coordenação técnica), construiu, com base numa pesquisa longitudinal, 31 indicadores de risco que indicassem algum traço de sofrimento psíquico ou problemas de desenvolvimento em crianças e bebês. Para o estabelecimento dos indicadores, a metodologia utilizada foi a consulta a *experts*, muito praticada em pesquisas na área da saúde. Desse modo, coube ao GNP recolher, com base no conhecimento teórico-clínico referente às operações psíquicas da primeira infância, indicadores já utilizados no cotidiano da clínica psicanalítica. Constituíram-se, assim, índices cuja ausência poderia apontar questões relativas ao desenvolvimento, que mais tarde foram validados por uma avaliação denominada AP3 (Kupfer et al., 2008).

Assim, o IRDI foi validado como um instrumento com capacidade preditiva de problemas de desenvolvimento, demonstrando com isso que existia uma relação entre ausência/presença de indicadores em períodos precedentes e o aparecimento de sintomas clínicos em momentos posteriores. Os indicadores de risco foram então percebidos como instrumentos que poderiam mostrar que uma criança estava apresentando problemas de desenvolvimento. Desse modo, o valor do instrumento está em permitir localizar a tempo problemas que, uma vez detectados, proporcionam a chegada ao tratamento mais cedo e possíveis ganhos clínicos, sem a necessidade de um diagnóstico já fechado (Kupfer et al., 2008).

A pesquisa IRDI tinha como objetivo principal servir de guia para o trabalho de diferentes profissionais de saúde que atuavam na atenção básica por meio de consultas regulares, em especial o pediatra. Buscava-se, com isso, proporcionar a esses profissionais o entendimento de que, se algo não estava caminhando bem no desenvolvimento psíquico de alguma criança, ela precisaria alcançar o tratamento independentemente de se utilizar esses indicadores como avaliação diagnóstica (Kupfer & Bernardino, 2018). Nesse sentido, o que se buscava alcançar com a pesquisa IRDI era a realização de uma articulação entre diferentes saberes. É importante ressaltar que o que se entende como interação entre os diferentes campos não se dá a partir da aplicação da psicanálise por outros profissionais, mas sim de proporcionar uma discussão entre áreas que enxergam as questões referentes à saúde de formas diversas sem a necessidade de se realizar diagnósticos já nos primeiros encontros (Pesaro & Kupfer, 2016).



Dessa maneira, Pesaro e Kupfer (2016) nos informam que essa preocupação de realizar uma articulação entre a psicanálise e outras áreas do saber se deu por conta da percepção da segmentação do cuidado realizada pelos profissionais, em especial pelo pediatra, que, em suas consultas regulares com a mãe e o bebê, na maioria das vezes, dava ênfase apenas a informações sobre puericultura, sem que existisse, pois, uma preocupação referente à relação entre mãe e bebê nem sobre importantes questões psíquicas que vão se desenrolar nesse momento constitucional.

O empenho na criação do IRDI desencadeou uma ampla discussão, culminando com a publicação da Lei 13.438/2017, que altera a Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). O dispositivo assim alterado determinou ao Sistema Único de Saúde (SUS) que:

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezesseis 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, 1990, art. 14, § 5º, cf. Brasil, 2017, art. 1º)

A transformação de uma preocupação em lei não deixou de suscitar críticas. Foram apontados riscos da produção de efeitos iatrogênicos decorrentes dessa lei. Nessa direção, “a pergunta pelo risco já é, necessariamente, o ‘alarme da doença’, efeitos estes que devem ser considerados pelas equipes de cuidado”. Outro ponto problematizado foi a utilidade da noção de risco como indicador de cuidado e sua implicação na patologização da infância (Mascarenhas et al., 2017, p. 5).

Outro aspecto da proposta que recebeu críticas se refere à formação profissional aprofundada e específica necessária para a avaliação dos riscos psíquicos, bem como à duração da consulta pediátrica, tendo em vista a dinâmica da rede de saúde e o tempo do responsável pela criança, já que o momento envolve a avaliação de vários aspectos do desenvolvimento (Moysés, 2001).

Após os debates que se desdobraram em decorrência da Lei 13.438/2017, o Ministério da Saúde publicou o Ofício 34 SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS – Documento de consensos da oficina de alinhamento sobre a Lei 13.438/2017, que apontou, entre outras questões:

(3) Imprecisão para a proposição de rastreamento universal, pois as evidências científicas existentes não fornecem suporte para a reali-

zação do rastreamento universal de risco psíquico para a população de crianças, em especial de 0 a 18 meses; (4) Adoção e reconhecimento da Caderneta de Saúde da Criança (versões atual e futura) enquanto um importante instrumento de vigilância do desenvolvimento integral da criança na atenção básica, incluindo crianças de 0 a 18 meses, objeto da Lei 13.438; (5) Necessidade de ampliar a qualificação dos profissionais para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança em toda sua potencialidade, com ênfase nos marcos do desenvolvimento infantil nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde da criança, incluindo as redes socioassistenciais e de educação; (Ministério da Saúde, 2017)

Para além da discussão mais estrita no campo da legislação, questionar o uso do IRDI é algo extremamente necessário, uma vez que, como apontam Kupfer e Bernardino (2018), existe o risco de o instrumento ser utilizado como mais um teste que classifica os comportamentos, um rastreador de doenças. No entanto, as autoras argumentam que os indicadores da pesquisa foram construídos de modo afirmativo justamente para se buscar a saúde e não a doença. Elas alertam que os indicadores, quando ausentes, não implicam um diagnóstico, mas sim que a criança precisa ser acompanhada.

Dessa maneira, se de fato o IRDI for utilizado apenas como mais um teste presente no mercado que vem se tornando a saúde, principalmente na área do autismo, podemos cair facilmente na patologização. Entretanto, ao que parece, o IRDI tem outro tipo de funcionamento e, se for utilizado do modo como foi construído, para proporcionar a realização de trocas com outros profissionais, ampliaria tanto o olhar do especialista quanto as discussões sobre a subjetividade. Dessa forma, como afirmam Kupfer e Bernardino (2018), cabe então aos responsáveis pelo IRDI cuidar para que ele seja bem transmitido e que seja rigorosamente aplicado da maneira como foi idealizado.

É nesse cenário de tensões que trazemos o recorte de uma pesquisa de campo que pretendeu ouvir profissionais envolvidos com o autismo, que trabalham em equipes multidisciplinares, sobre o uso desses indicadores de risco, no intuito justamente de aprofundar de forma mais particularizada como o IRDI pode se aplicar em suas práticas.

## Método

Esta pesquisa apoia-se na realização de seis entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que trabalham em equipes multiprofissionais, ou seja, fora do consultório psicanalítico, no que podemos denominar como psicanálise na clínica ampliada. Das seis entrevistas, três foram realizadas com psicanalistas que utilizam os indicadores da pesquisa IRDI e as demais com psicanalistas que não utilizam esses indicadores. Os entrevistados foram selecionados a partir de três critérios: ser psicanalista; trabalhar na clínica ampliada; e trabalhar com crianças autistas.

Os participantes escolhidos eram oriundos de distintas instituições (CAPSIs, Unidades Básicas de Saúde, ONGs e Organizações Sociais), além de serem moradores de diferentes estados, o que nos permitiu escutar sobre as diferentes vivências da prática psicanalítica no contexto ampliado.

Para a realização das entrevistas, construiu-se um roteiro que contava com oito perguntas sobre as temáticas do autismo, a clínica ampliada e o IRDI. Nesse sentido, as questões serviram unicamente para centrar a entrevista nos assuntos pertinentes às temáticas, ficando os profissionais livres para responderem às indagações da forma que achassem pertinente. Assim, a maneira com que as entrevistas foram conduzidas valeu-se dos caminhos que os entrevistados construíram a partir de suas particularidades. Entende-se que, para uma entrevista produtiva com o referencial psicanalítico, como aponta Mendes (2002), é importante que o entrevistador esteja livre para ouvir o que está fora de suas expectativas.

As entrevistas concedidas pelos psicanalistas que não utilizam o IRDI foram realizadas presencialmente. Já as entrevistas com os psicanalistas que o utilizam foram realizadas por meio de videochamadas, pois esses entrevistados eram provenientes de outros estados. Os horários para as entrevistas foram acordados via aplicativo de conversa; cada entrevista, tanto presencial quanto online, teve duração média de 45 minutos. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Com o objetivo de manter o anonimato, os entrevistados foram designados por números de 1 a 6, e os psicanalistas que trabalham com o IRDI foram designados pelos mesmos numerais, mas seguidos pela palavra “IRDI”.

Como recurso para realizarmos as análises das falas encontradas no percurso das entrevistas, optamos pelo agrupamento das falas dos entrevistados. Desse modo, as respostas concedidas pelos psicanalistas foram reunidas a partir

de relatos que versavam sobre os mesmos temas. Nesse sentido, as respostas semelhantes e as contrárias foram agrupadas, com a intenção de se perceber as distinções e consonâncias que os profissionais que usam ou não o IRDI podem apresentar em suas práticas.

## **Indicadores da pesquisa IRDI: risco psíquico ou patologização?**

Retomando as discussões anteriormente apresentadas, relembramos que a pesquisa IRDI nasceu com o objetivo de construir indicadores que pudessem servir como guia para o trabalho de diferentes profissionais da saúde que atuavam em consultas regulares, permitindo que a tensão trazida pela questão do diagnóstico precoce e processual fosse debatida pelas distintas áreas envolvidas no cuidado das crianças, visto que chegar a lugares de cuidado mais cedo possibilitaria maiores ganhos clínicos, mas o diagnóstico feito cedo demais poderia acarretar falsos positivos.

Desse modo, a tentativa de interlocução entre as áreas ocorreu após a percepção da segmentação do cuidado realizada pelos profissionais, além da constatação de uma certa desinformação acerca de questões psíquicas, tais como o autismo, por parte principalmente dos pediatras, como afirma um dos entrevistados:

Então, na verdade, desde aquela época [1980] a desinformação junto aos pediatras é muito grande e hoje em dia continua, eu acho que hoje em dia tem menos, mas tem uma informação muito mais protocolar, uma informação de exatamente você vê aquela criança com seus sintomas, com seus sinais, então essa desinformação quanto à clínica do sujeito, isso ele tem, eu acho que o IRDI vai exatamente entrar nessa seara de poder informar ao pediatra e aos outros profissionais, porque os pais procuram os fonos, os neurologistas, procuram os terapeutas ocupacionais, os musicoterapeutas e tal, acho que vai poder informar exatamente a delicadeza, a importância e o cuidado de se estabelecer um diagnóstico de autismo. (Entrevistado 2)

A partir desse relato, constatamos que, mesmo não utilizando os indicadores, esse psicanalista percebe o IRDI como uma ferramenta que auxiliaria justamente em levar o olhar do sujeito e algumas informações sobre a complexidade

de um diagnóstico de autismo para as outras áreas, pois, aparentemente, mesmo o discurso pediátrico tendo evoluído, as informações estão ainda muito relacionadas a um olhar que evidencia apenas os sinais e sintomas, deixando de lado a questão subjetiva.

Dito isso, embora o psicanalista 2 perceba algumas vantagens no uso do IRDI, principalmente com relação à delicadeza de um diagnóstico de autismo, isso não é uma unanimidade, visto que, esse outro psicanalista, que não utiliza o IRDI, de modo distinto ao seu colega, tem uma visão bastante receosa com relação ao seu uso. Ele argumenta que, embora os instrumentos tenham validade, é importante ter cautela em sua utilização, dado que, de acordo com o entrevistado, não é sem efeitos a utilização de um instrumento, além de que o uso dos indicadores pode ter um efeito “iatrogênico”, ou seja, gerar uma patologização maior nas crianças submetidas a eles. Dessa forma, observamos que, em relação aos instrumentos, o entrevistado entende que:

Não que o teste não tenha uma validade, algum tipo de detecção, mas eu acho que a gente tem outros recursos e eu acho que não é sem efeitos a aplicação de um teste. Um teste você aponta alguma coisa que eu acho que às vezes tem seu efeito iatrogênico, entendeu? (Entrevistado 1)

O entrevistado complementa sua fala afirmando que os recursos construídos pela saúde já são suficientes. Mas é necessário que os profissionais tenham um olhar mais ampliado sobre as questões clínicas. Isso quer dizer que é relevante que se potencialize os recursos que já existem, para que essas crianças consigam chegar a tempo. Assim, ele afirma:

Chegou aos três anos de idade e não está falando, aí todo mundo que estava dizendo que tudo tem seu tempo, o tempo já passou e aí vem na urgência, mas na verdade, a rigor, se esses profissionais estiverem com o olhar mais ampliado, que não é necessariamente um instrumento, mas os instrumentos que já se têm mesmo na clínica, eles vão perceber e eles vão apontar, na creche, por exemplo. A questão do acesso é de potencializar os recursos que já se tem, eles são suficientes. (Entrevistado 1)

Em concordância, o último entrevistado, o psicanalista 3, também demonstra preocupação e afirma:

Fiquei um pouco preocupado porque, assim, historicamente o que aconteceu, a gente teve o momento em que os pediatras tinham muitas dificuldades de identificar qualquer transtorno mental em crianças e sempre botavam para frente, pediam para aguardar. Eu comecei a atender nessa época e o que aconteceu? Muitas crianças chegando na adolescência e sem diagnóstico. Eu acho que não era bom; agora você fazer uma triagem desse tipo, eu precisaria conhecer o instrumento, mas eu acho que é um pouco arriscado, porque isso pode produzir sintomas, a minha preocupação é como isso vai ser manejado. (Entrevistado 3)

Em vista disso, apesar de os dois últimos entrevistados apresentarem receios legítimos acerca do uso dos IRDIs, por conta de uma possível produção de sintomas ou mesmo de um aumento de diagnósticos incorretos, chama a atenção a preocupação referente à chegada tardia de muitas crianças para o tratamento.

Ambos os psicanalistas relatam a importância de se perceber que algo não está caminhando bem com as crianças, ou seja, que se existir sofrimento psíquico elas precisam chegar. No entanto, percebemos que para que isso possa ocorrer é necessário que o entorno constate o sofrimento. Dessa maneira, é notório que exista um maior contato com as outras áreas, como os profissionais de saúde, os educadores, enfim, todos aqueles que convivam com essas crianças, para que não corramos o risco de que elas não cheguem ou que cheguem muito tarde.

Isso posto, retomadas as críticas já levantadas com relação aos instrumentos, como afirmamos, existe o risco de os indicadores serem utilizados como mais um teste que classifica os comportamentos, um rastreador de doenças, engrossando o discurso patologizante, como apontou o entrevistado 1 quando se referiu ao “efeito iatrogênico”. Entretanto, como sinalizam Kupfer e Bernardino (2018), se o IRDI for utilizado do modo como foi construído, possibilitando a realização de contínuas trocas, viabilizando a chegada das crianças mais cedo, ou mesmo levando a lógica da subjetividade para outros campos, o instrumento contribuiria para a diminuição dos diagnósticos apressados.

Corroborando a literatura (Kupfer & Bernardino, 2018), esse outro entrevistado aponta a necessidade de uma capacitação anterior para os profissionais que utilizarão o instrumento, para que ele não seja usado como um *checklist* do que a criança tem ou não. Assim, ele relata:

Não é só pegar a folha e preenchê-la do jeito que você acha, não! Essas pessoas, por exemplo, elas tiveram um tempo de uma capaci-

tação também, a gente fez uma capacitação com elas para falar das questões subjetivas, da constituição do sujeito. Então, eram pessoas que estavam entendendo do que a gente estava falando, então, eu acho que também para usar esse instrumento do jeito que ele foi feito, pensando o jeito que ele tem que ser aplicado, a pessoa tem que ter um conhecimento prévio, para poder usar do jeito correto. Não só ali marcando o que está presente e o que está ausente. (Entrevistado 5-IRDI)

Dito isso, depreendemos, a partir das falas dos entrevistados, que, embora existam algumas preocupações significativas relacionadas à utilização dos IRDIs, quatro dos seis entrevistados percebem os possíveis benefícios que se pode alcançar com seu uso; porém, com a ressalva de que os profissionais que forem utilizá-los estejam familiarizados com as questões relativas à constituição subjetiva pensada pela psicanálise, para que o instrumento possa ser aplicado da maneira como foi idealizado.

Ademais, constatamos que a maioria dos entrevistados que não utilizam o IRDI tem receios sobre seu uso. Observamos isso nos relatos dos psicanalistas 1 e 3, existindo apenas uma exceção no psicanalista 2, que compreende o instrumento como algo potente. Diferente disso, encontramos, nos psicanalistas que usam o IRDI, que todos percebem como vantajosa a utilização dos instrumentos em seu fazer na clínica ampliada, tanto para levar o olhar subjetivo para o cuidado, quanto como um auxiliar na tradução da psicanálise para os companheiros de equipe ou para a instituição, como veremos adiante.

## **O psicanalista nas equipes multiprofissionais: como transmitir a psicanálise para não psicanalistas?**

Assim como já discutimos, no que diz respeito à clínica ampliada, de modo distinto ao consultório particular, no qual o psicanalista tem a opção de realizar algumas trocas com outras áreas, no contexto ampliado, ele viverá de modo mais intenso as possíveis tensões do encontro entre os diferentes saberes, já que, na maioria das vezes ele trabalhará em equipes multiprofissionais, tendo que lidar com requisições feitas tanto pela equipe quanto pela instituição (Campos, 2012).

Dessa forma, dentre as muitas tensões vividas no contexto ampliado, encontramos que uma das grandes dificuldades se funda justamente na comunica-

ção com os colegas de outras áreas, tendo como uma das repercussões a falta de entendimento do que é feito pelo psicanalista naquele espaço, ou seja, a dificuldade de transmitir a lógica de seu trabalho, como foi descrito nesse relato:

É uma escuta com muitas interferências, aí você precisa, de certa maneira, além de trocar, muitas vezes mostrar como você faz a sua intervenção para que elas validem, elas não validavam muitas vezes, olhavam torto, achavam estranho. Por que eu tinha que falar tanto com os pais? Porque elas achavam que assim, que o trabalho fosse assim mais voltado para a criança e eu tentava mostrar que, a partir da forma como os pais tratam, que os pais enxergam a criança, eles ficam muito mais tempo com a criança do que a gente, então poderia ter uma mudança também subjetiva. (Entrevistado 4-IRDI)

Dessa maneira, verificamos, pelo relato do psicanalista 4, que o trabalho dentro das instituições enfrenta entraves, principalmente quando não existe diálogo entre os participantes da equipe. Percebe-se, ademais, a dificuldade de transmissão, já que os saberes disciplinares têm linguagens técnicas bem distintas, dificultando a interlocução durante o encontro entre os diferentes saberes. Justamente, a interlocução é uma das principais vantagens encontradas quando há a oportunidade de se trabalhar numa equipe multidisciplinar, como aponta esse outro entrevistado:

A vantagem do serviço público é que você tem outros olhares, olhares interdisciplinares. Você pode conversar, fazer trocas e até ver coisas que não são da nossa área, assim é muito interessante quando você trabalha junto com uma fono, por exemplo, ela vai notar coisas que talvez você não note, porque não é do seu fazer e eu acho que isso é enriquecedor. (Entrevistado 3)

Observamos na fala do entrevistado 3 que esse intercâmbio proporcionado pela interação de diferentes profissionais pode se demonstrar bastante enriquecedor quando pensamos na realização de um diagnóstico, por exemplo, considerando que, quando existe essa aproximação, os diversos profissionais têm a chance de ver e discutir particularidades que estão fora de seus campos de saber, abrindo espaço para que algo novo possa emergir.

Dito isso, outro obstáculo que encontramos na prática do psicanalista que trabalha em equipes multidisciplinares foi a dificuldade em conseguir transmitir



algo da especificidade da psicanálise. Nesse caso, a dificuldade estava em conseguir transmitir aos outros que não há necessidade de formalizar diagnósticos de autismo para se iniciar um tratamento em crianças muito pequenas.

Diante disso, encontramos com esse entrevistado que o ponto relacionado ao diagnóstico de autismo no contexto ampliado é uma das maiores dificuldades enfrentadas por ele. Assim, ele relata:

Posso te falar que a questão do diagnóstico é um ponto que pega muito. Não sei por onde podemos começar. Pensando que lá, se trata de uma equipe, então temos; eu de psicólogo, temos duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma assistente social, uma neuropediatra, um enfermeiro e eu acho que só. E aí cada um vai pensar o diagnóstico na sua própria área, no seu próprio meio e como colocar uma visão psicanalítica de que não podemos fechar diagnóstico para bebês, para outros profissionais que não conseguem ter uma compreensão do que se trata a psicanálise? De outro olhar... bom esse é o meu engodo todos os dias [risos]. (Entrevistado 6-IRDI)

Esse mesmo psicanalista prossegue falando sobre a questão do diagnóstico para crianças pequenas:

Aí eu fico pensando qual é a função de enunciar um diagnóstico para a família? É diferente de pensar qual é a função de um diagnóstico para um trabalho clínico. Mas qual a função de enunciar um diagnóstico para a família de um bebê de 1 ou 2 anos? Isso acarreta o que para o profissional? Dizer que ele sabe? Mas bom, o que adianta? Ah, eu estudei tudo isso e eu consegui chegar nesse ponto aqui, seu filho é isso. (Entrevistado 6-IRDI)

A partir dessas falas, podemos deduzir que algumas vezes o profissional, para se mostrar sábio, pode enunciar o diagnóstico com base no que está observando na clínica, ou mesmo mediante os sintomas apresentados. No entanto, o questionamento que fazemos diante desse relato é: para que serve esse diagnóstico? Por que estamos transmitindo-o? O que o caso clínico avança com essa nomeação?

Dito isso, apesar de existirem as dificuldades anteriormente descritas, depreendemos a partir das falas de nossos entrevistados que aqueles psicanalistas

que utilizam os instrumentos construídos na pesquisa IRDI acreditam na possibilidade de que eles funcionem como auxiliar nas trocas com outras áreas. Assim, um deles nos conta:

Então, assim, a gente percebeu que esse instrumento facilita muito nessa interlocução, nessa comunicação, até pela forma com que ele é construído, da pessoa conseguir entender que são sinais que qualquer bebê apresenta no seu desenvolvimento “normal”. Então eu acho que esses instrumentos podem facilitar muito essa interlocução com os outros saberes principalmente. (Entrevistado 5-IRDI)

Já esse outro entrevistado percebe que os instrumentos auxiliam também no contato com a própria instituição, uma vez que o IRDI tem uma sistematização que o ajuda a transmitir até mesmo para a coordenação as particularidades do seu fazer, ou seja, o psicanalista percebe que, ao utilizar os instrumentos, de alguma forma ele consegue comunicar algo que é realmente complicado de entender quando não se tem uma leitura da psicanálise, além, é claro, de o ajudar no diálogo com outros profissionais. Dessa maneira, ele relata:

Eu posso te dizer que fazer uso dos instrumentos de algum modo é mais fácil da instituição aceitar uma visão psicanalítica, porque de algum modo você tem uma sistematização e consegue apresentar isso, para a coordenação, enfim, e eles entenderem do que você está falando, porque você desloca uma lógica médica, patologizante e pensa a relação e também contribui para que você possa de algum modo dialogar com os outros profissionais, voltando àquele ponto da equipe. Dialogar com os outros profissionais e mostrar ‘olha, você usou o teste escala de linguagem X’, enfim, de desenvolvimento, para ver pinça, questão motora fina, por exemplo a T.O., eu estou olhando para outra coisa e eu costumo olhar isso, isso e vou tentando explicar usando o instrumento. (Entrevistado 6-IRDI)

Para além disso, esse mesmo entrevistado acrescenta algo sobre os instrumentos possibilitarem uma espécie de tradução da psicanálise para os membros das equipes que não compartilham do mesmo conhecimento teórico. Assim, ele afirma:

Então, facilita o diálogo com os colegas e os pares de outras áreas; isso é algo assim primordial. Primordial que eu acho importante a

gente ter em mente que a base para você tentar traduzir a psicanálise que são o grande trabalho dos instrumentos, é de servir de tradução do que a gente diz em psicanálise, porque não é algo fácil e simples de ser acessado para quem não tem uma lógica de pensamento comum, ou melhor, não tem uma lógica de pensamento compartilhada com essa. (Entrevistado 6-IRDI)

Isso posto, percebemos como uma unanimidade, entre os psicanalistas entrevistados que utilizam o IRDI, a percepção dos possíveis benefícios que a utilização do instrumento pode trazer. Essa percepção torna evidente, principalmente com relação às questões trazidas pelo trabalho em equipe, tais como a comunicação entre os colegas, a possibilidade de tradução da psicanálise para outros profissionais, bem como a discussão se é necessária ou não a transmissão de um diagnóstico, já nos momentos iniciais, para que o tratamento possa acontecer.

## Considerações finais

Iniciamos o presente texto debatendo o crescente aumento de diagnósticos de autismo contemporaneamente. Esse aumento significativo nos convoca a pensar até que ponto o surgimento de novos casos estaria articulado com as novas formas de se fazer o diagnóstico hoje. Com base nas entrevistas, verificamos que a questão da expansão diagnóstica para aqueles que se ocupam da infância traz o debate da real necessidade de um diagnóstico realizado já nos primeiros encontros, evidenciando os sinais e sintomas, em detrimento da dimensão subjetiva. Ainda que a discussão acerca do diagnóstico precoce divida pesquisadores e profissionais, percebemos, por meio das falas, a importância da chegada dessas crianças mais cedo ao tratamento, recebendo ou não um nome nesse processo. É nesse contexto de tensão, no qual o crescimento dos casos de autismo tanto pode apontar para uma patologização da infância, quanto promover um acesso à rede de cuidados mais cedo, que o IRDI foi criado como instrumento de trabalho. A ideia de risco psíquico se oporia a uma ideia de patologia já instalada, incrementando a observação da relação bebê-cuidadores no processo avaliativo, trazendo a dimensão subjetiva para a discussão.

Para além disso, as entrevistas culminaram num aspecto não hipotetizado no início da pesquisa: a importância desse instrumento como articulador nas equipes multidisciplinares. Segundo os psicanalistas que usavam o IRDI, os instrumentos se mostraram potentes para transmitir o fazer psicanalítico e traduzir certos conceitos

numa linguagem de melhor compreensão para as equipes. Nessa ótica, se constituiria como potencializador do trabalho institucional e, por sua processualidade avaliativa, questionaria um diagnóstico mais prontamente definitivo para crianças pequenas, o que também contribuiria para a discussão da ampliação diagnóstica, se o instrumento fosse de fato utilizado da maneira que foi idealizado.

Por fim, como nossa pesquisa foi limitada em tamanho e extensão, indicamos a importância de se ampliar a discussão trazida pelo IRDI não só para o campo da psicanálise, mas em sua potência interdisciplinar. Compreendemos, pois, que abrir essa porta é o mesmo que abrir espaço para a construção do novo, no qual tanto os outros campos quanto a psicanálise exercitarão a atenção conjunta no âmbito dos cuidados com a infância.

## Referências

- Almeida, M. L.; Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: Uma falsa epidemia?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e180896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- APA – American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Attal, J. (1998). Transferência e final de análise com criança. In: *A criança e o psicanalista* (Littoral), p. 51-58. Companhia de Freud.
- Baio, J.; Wiggins, L.; Christensen, D. L.; Maenner, M. J.; Daniels, J.; Warren, Z.; Kurzius-Spencer, M.; Zahorodny, W.; Rosenberg, C. R.; White, T.; Durkin, M. S.; Imm, P.; Nikolaou, L.; Yeargin-Allsopp, M.; Lee, L.; Harrington, R.; Lopez, M.; Fitzgerald, R. T.; Hewitt, A.; ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm> (acessado 03/11/2023)
- Birman, J. (2014). Drogas, performance e psiquiatria na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(spe), 23-37. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000300003>
- Brasil (1990). *Lei 8.069, de 13/07/1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
- Brasil (2017). *Lei 13.438, de 26/04/2017 – Altera a Lei 8.069, de 13/07/1990 (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*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm)

- Brzozowski, S. F.; Caponi, S. (2015). Medicamentos estimulantes: Uso e explicações em casos de crianças desatentas e hiperativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(15), 1-23. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69013/>
- Campanário, I. S.; Pinto, J. M. (2006). O atendimento do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, 11(21), 150-169. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282006000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200010)
- Campos, D. T. F. (2012). O cuidado e o sujeito: Questões acerca da clínica ampliada. In: M. Winograd; M. Souza (Orgs.). *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico*, p. 33-48. Companhia de Freud.
- Carneiro, C.; Lopes, A. F. P. (2020). Mais categorias diagnósticas? Interlocação entre saúde mental e educação. *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 21(3), 349-356. <https://revistaensinoeducacao.pgsscogna.com.br/ensino/article/view/7800/>
- Dunker, C. I. L. (2014). A neurose como encruzilhada narrativa: Psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: R. Zorzanelli; B. Bezerra Jr.; J. F. Costa (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*, p. 69-106. Garamond.
- Kupfer, M. C. M.; Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI: Um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p62-82>
- Kupfer, M. C. M.; Rocha, P. S.; Cavalcanti, A. E.; Escobar, A. M. U.; Fingermann, D. (2008). Apresentação e debate em torno da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 49-62. Escuta.
- Lerner, R.; Kupfer, M. C. M. (2008). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*. Escuta.
- Mas, N. A. (2018). *Transtorno do espectro autista: História da construção de um diagnóstico* (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/D.47.2018.tde-26102018-191739>
- Mascarenhas, C.; Katz, I.; Surjus, L. T. L. S.; Couto, M. C. V.; Lugon, R. (2017). *Sobre a Lei 13.438, de 26/04/2017: Riscos e desafios*. Psicanalistas pela Democracia, Agosto/2017. <https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios> (acessado 03/11/2023)
- Mendes, A. M. B. (2002). Algumas contribuições teóricas do referencial psicanalítico para as pesquisas sobre organizações. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(spe), 89-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300010>
- Ministério da Saúde (2002). *Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf) (acessado 03/11/2023)

- Ministério da Saúde (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf) (acessado 03/11/2023)
- Ministério da Saúde (2017). Ofício 34 SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS – Documento de consensos da oficina de alinhamento sobre a Lei 13.438/2017. <https://primeirainfancia.org.br/noticias/documento-do-ministerio-da-saude-relata-consenso-entre-especialistas-nao-existem-evidencias-cientificas-que-justifiquem-rastreamento-de-risco-psiquico-obrigatorio-para-bebes-ou-criancas/> (acessado 19/12/2023)
- Moyés, M. A. A. (2001). *A institucionalização invisível: Crianças que não aprendem na escola*. Mercado de Letras.
- Nahmod, M. (2017). ¿Hacia una epidemia del autismo? Entre historias celebratorias y estudios críticos. *Revista Psicología e Saúde*, 9(2), 61-76. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i2.517>
- Pereira, M. E. C.; Laznik, M.-C. (2008). Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 15-48. Escuta.
- Pesaro, M. E.; Kupfer, M. C. M. (2016). Um lugar para o sujeito-criança: Os Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como mediadores do olhar interdisciplinar sobre os bebês. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 5(9), 58-68. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972016000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972016000200006)
- Rios, C.; Ortega, F.; Zorzanelli, R.; Nascimento, L. F. (2015). Da invisibilidade à epidemia: A construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 325-336. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0146>
- Silva, R. P. (2018). *O que opera na clínica psicanalítica com crianças autistas? Fragmentos de uma experiência* (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). <https://www.bdtd.uerj.br/handle/1/14710>
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres improprios: El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Noveduc.
- Zanetti, S. A. S.; Kupfer, M. C. M. (2008). O relato de casos clínicos em psicanálise: Um estudo comparativo. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 179-195. Escuta.

Recebido em 20 de julho de 2022

Aceito para publicação em 18 de julho de 2023