

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JANINE JULI DE MORAIS LIMA

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS COM
SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA
TRATAMENTO: UM ESTUDO DE CASO**

Campo Grande, MS

2025

JANINE JULI DE MORAIS LIMA

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS COM
SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA
TRATAMENTO: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Faculdade de Psicologia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: 2- Processos psicológicos e suas dimensões socioculturais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alexandra Ayach Anache.

Campo Grande, MS

2025

LIMA, Janine Juli de Moraes, 2024

Trabalho de Psicologia (Pós-Graduação em Psicologia) Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS: UFMS, 2024.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a. Alexandra Ayach Anache

Avaliação diagnóstica 1; Desenvolvimento Humano 2; Transtorno do Espectro Autista (TEA) 3. Encaminhamentos para tratamento do TEA 4.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA TRATAMENTO: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Faculdade de Psicologia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Campo Grande, MS, 22 de maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Alexandra Ayach Anache (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Alexandre Jose de Souza Peres
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dra. Sonia Mari Shima Barroco
Universidade Estadual de Maringá

“Construa-me uma ponte
Eu sei que você e eu
Nunca fomos iguais.
E eu costumava olhar para as estrelas á noite
E queria saber de qual delas eu vim.
Porque eu pareço ser parte de outro mundo
E eu nunca saberei do que ele é feito.
A não ser que você me construa uma ponte, construa-me uma ponte,
Construa-me uma ponte de amor.

Eu espero pelo dia no qual você sorrirá para mim
Apenas porque perceberá que existe uma pessoa decente e inteligente
Enterrada profundamente em meus olhos caleidoscópios.
Pois eu tenho visto como as pessoas me olham
Embora eu nada tenha feito de errado.
Construa-me uma ponte, construa-me uma ponte,
E, por favor, não demore muito.

Vivendo na beira do medo.
Vozes ecoam como trovão em meus ouvidos
Vendo como eu me escondo todo dia
Estou apenas esperando que o medo vá embora
Eu quero muito ser uma parte do seu mundo

Eu quero muito ser bem sucedido.
E tudo o que preciso é ter uma ponte,
Uma ponte construída de mim até você.
E eu estarei junto a você para sempre,
Nada poderá nos separar.
Se você me construir uma ponte, uma pequenina ponte, minúscula ponte
De minha alma, para o fundo de seu coração.”

McKean, Autista, 28 anos, escritor

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar os encaminhamentos clínicos de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), a partir dos fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural. A pesquisa, de caráter qualitativo e documental, foi realizada em uma clínica localizada em Campo Grande/MS. O corpus constituiu-se de oito encaminhamentos clínicos, analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram a predominância de descrições padronizadas, ausência de justificativas individualizadas e escassez de informações sobre o contexto familiar, escolar e social das crianças. Observou-se, ainda, a centralidade do discurso médico nos documentos, com ênfase em diagnósticos e prescrições, além da presença de viés de gênero. A partir da perspectiva histórico-cultural, discute-se como tais encaminhamentos podem reforçar processos de medicalização ao desconsiderarem a complexidade do desenvolvimento humano. Conclui-se que há necessidade de repensar a elaboração desses documentos, de modo a incluir análises mais contextualizadas, favorecendo práticas interdisciplinares e contribuindo para a superação de leituras reducionistas do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Encaminhamento clínico. Avaliação psicológica. Psicologia Histórico-Cultural. Medicalização da infância.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the clinical referrals of children with suspected Autism Spectrum Disorder (ASD), based on the principles of Historical-Cultural Psychology. The study, of qualitative and documental nature, was conducted in a clinic located in Campo Grande/MS, Brazil. The corpus consisted of eight clinical referrals, analyzed through Bardin's content analysis technique. The results indicated a predominance of standardized descriptions, lack of individualized justifications, and scarcity of information regarding the children's family, school, and social contexts. It was also observed that the documents were strongly centered on medical discourse, with emphasis on diagnoses and prescriptions, as well as the presence of gender bias. From a historical-cultural perspective, the discussion highlights how such referrals may reinforce processes of medicalization by disregarding the complexity of human development. It is concluded that there is a need to rethink the elaboration of these documents in order to include more contextualized analyses, encourage interdisciplinary practices, and contribute to overcoming reductionist approaches to child development.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Clinical referral. Psychological assessment. Historical-Cultural Psychology. Medicalization of childhood.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – Análise do Comportamento Aplicada

ABC – *Autism Behavior Checklist*

ADOS – *Autism Diagnostic Observation Schedule*

APA – *American Psychological Association*

ASD – *Autism Spectrum Disorder*

ASSQ – *Autism Spectrum Screening Questionnaire*

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIOMS – *Council for International Organizations of Medical Sciences*

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBI – Lei Brasileira de Inclusão

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAP – Programa Nacional de Apoio à Pesquisa

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PROTEA – Protocolo de Avaliação de Crianças com Suspeita de TEA

SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SRS – *Social Responsiveness Scale*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

USP – Universidade de São Paulo

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TEA.....	15
2.1	Método da revisão bibliográfica	18
2.2	Resultados e discussões.....	20
2.3	Conclusão	24
3	O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	25
3.1	Percurso Histórico	25
3.2	Etiologia.....	28
3.3	Característica do Espectro.....	30
3.4	TEA na Perspectiva Histórico-Cultural.....	31
	Funções Mentais Superiores	31
4.	MÉTODO E PESQUISA.....	41
4.1	CrITÉRIOS de seleção do local e dos documentos	42
4.2	Procedimentos de pesquisa.....	42
4.3	Técnica de análise dos dados.....	43
4.4	Riscos identificados	44
4.5	Medidas de mitigação	44
4.6	Considerações éticas e epistemológicas.....	44
	Síntese metodológica.....	44
5	RESULTADOS.....	45
5.1	Descrição dos encaminhamentos analisados.....	47
5.2	Síntese dos achados.....	49
6	DISCUSSÃO.....	50
	Análise crítica de encaminhamentos médicos para psicoterapia ABA no TEA.....	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8.	REFERÊNCIAS	59
ANEXO 1		63
	Roteiro de Análise Documental para Laudos Diagnósticos e Encaminhamentos (Versão Digital).....	63
1.	CONTROLE DE RECEBIMENTO DIGITAL	63
2.	IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO	63
3.	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	63

4. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	63
5. INDICADORES COMPORTAMENTAIS	64
6. DIAGNÓSTICO E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS.....	64
7. RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS	64
8. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	64
9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DE SEGURANÇA	64
<i>ANEXO 2</i>	<i>65</i>
TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS	65
<i>ANEXO 5</i>	<i>69</i>
<i>QUADRO-SÍNTESE DOS ENCAMINHAMENTOS (para visualização rápida).....</i>	<i>69</i>

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem ganhado crescente atenção nas últimas décadas, tanto nas esferas científicas quanto nas políticas públicas e nos debates sociais sobre inclusão. Esse aumento pode ser atribuído à maior visibilidade adquirida em decorrência das práticas de diagnóstico, bem como ao aprimoramento das estratégias utilizadas, o que evidencia a importância da intervenção precoce. Dados recentes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2023) apontam que uma em cada 36 crianças de até oito anos de idade, nos Estados Unidos, recebe diagnóstico de TEA. Esse número reflete um avanço em relação a dados anteriores (uma em cada 44 crianças em 2021), evidenciando aumento significativo na identificação precoce do transtorno.

No Brasil, o cenário também tem se transformado. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a incluir, no Censo Demográfico de 2022, perguntas específicas sobre o diagnóstico de autismo. Essa inclusão, prevista pela Lei nº 13.861/2019, resultou da mobilização de movimentos sociais e constitui um marco para a produção de dados mais precisos sobre a prevalência do TEA no país. Entretanto, até o momento, os resultados consolidados desse levantamento não foram divulgados, o que mantém uma importante lacuna na formulação de políticas públicas e na organização de serviços especializados em saúde e educação.

Apesar dos avanços no reconhecimento e na visibilidade do TEA, observa-se, no contexto brasileiro, fragilidade significativa nos processos de avaliação psicológica e nos critérios de encaminhamento de crianças com suspeita do transtorno, especialmente nos primeiros anos de vida. Tais fragilidades decorrem, em parte, da ausência de protocolos nacionalmente validados e aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), que orientem de maneira padronizada o diagnóstico de crianças com suspeita de TEA.

Essa lacuna gera insegurança entre profissionais, em especial psicólogos, que muitas vezes precisam recorrer ao “olhar clínico” como principal instrumento de análise, baseando-se em sua formação, experiência e referenciais teóricos. Esse cenário pode resultar em encaminhamentos subjetivos e imprecisos. Além disso, é comum que profissionais da educação — professores e coordenadores — iniciem o processo de suspeita e encaminhamento, ainda que não detenham formação específica para o diagnóstico, o que evidencia a urgência em qualificar critérios de suspeição e fluxos interdisciplinares de avaliação.

Diante disso, o problema de pesquisa que orienta esta investigação é: quais critérios têm

sido utilizados nos encaminhamentos de crianças com suspeita de TEA para avaliação psicológica e em que medida esses critérios estão alinhados às diretrizes atuais da Psicologia brasileira, especialmente à Resolução CFP nº 09/2018?

A escolha por investigar os critérios de encaminhamento de crianças com suspeita de TEA justifica-se pela relevância clínica, social e educacional do tema. O TEA, por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento com manifestação precoce e impacto significativo sobre a comunicação, a cognição, o comportamento e a interação social, requer processo diagnóstico cuidadoso, multidisciplinar e tecnicamente fundamentado.

A literatura evidencia que a intervenção precoce, baseada em avaliação diagnóstica rigorosa e contextualizada, é um dos principais fatores protetivos para o desenvolvimento da criança (Virués-Ortega, 2010; Assumpção, 2000). Encaminhamentos realizados de forma precoce e fundamentada podem reduzir os impactos negativos do transtorno e favorecer melhores prognósticos em termos de aprendizagem, socialização e autonomia.

Do ponto de vista da prática psicológica, a Resolução CFP nº 09/2018 estabelece diretrizes para a Avaliação Psicológica, exigindo o uso de técnicas, instrumentos e métodos reconhecidos, com validade científica e consistência ética. A inexistência de um protocolo específico aprovado para o TEA pelo SATEPSI, entretanto, torna o processo vulnerável a interpretações subjetivas e a práticas pouco sistematizadas, o que reforça a necessidade de estudos que articulem teoria, técnica e prática profissional.

A presente pesquisa ancora-se na Psicologia Histórico-Cultural, sobretudo nas contribuições de Vigotski (1989) e Luria (2010), que compreendem o desenvolvimento humano como um processo dinâmico, influenciado por fatores biológicos, sociais e históricos. Nessa perspectiva, a avaliação psicológica não pode ser reduzida à aplicação de testes padronizados, mas deve considerar a subjetividade do sujeito, sua história de vida, suas condições sociais e as interações mediatizadas pelas instituições e pelos agentes com os quais convive.

O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), formulado por Vigotski, permite compreender que muitas competências cognitivas e sociais da criança ainda estão em formação e podem ser identificadas apenas por meio da mediação com adultos ou pares mais experientes. Isso significa que avaliações baseadas exclusivamente no desempenho individual em testes podem negligenciar aspectos potenciais do desenvolvimento, contribuindo para conclusões diagnósticas imprecisas.

Segundo Anache e Corrêa (2010), a Avaliação Psicológica no Brasil tem evoluído, mas ainda enfrenta desafios relacionados à formação profissional, à escassez de instrumentos

válidos e à prática descontextualizada. Patto (1997) também alerta para os riscos de exclusão e estigmatização quando as avaliações são conduzidas sem sensibilidade às condições sociais do sujeito.

No caso específico do TEA, tais problemas se acentuam pela ausência de protocolos padronizados nacionais. A avaliação depende, em grande medida, de observações clínicas, entrevistas e escalas adaptadas de outros contextos, nem sempre validadas para a população brasileira. Assim, o psicólogo precisa recorrer a múltiplas fontes de informação e integrar dados objetivos e subjetivos, respeitando limites éticos e metodológicos da profissão.

A fragilidade nos critérios de encaminhamento não é apenas um problema técnico, mas também estrutural das políticas públicas. A falta de clareza sobre o que constitui suspeita clínica confiável e a ausência de fluxos institucionalizados de avaliação prejudicam a criança e sua família, que frequentemente enfrentam longas filas, múltiplos encaminhamentos e diagnósticos inconclusivos.

Bueno e Peixoto (2018) defendem a necessidade de fortalecer a formação em Avaliação Psicológica nas universidades, além de promover discussões sobre critérios éticos e sociais que devem orientar a prática profissional. Compreender o impacto dessas falhas no cotidiano de famílias e profissionais é essencial para a construção de um sistema de avaliação mais justo, acessível e eficaz.

O diagnóstico do TEA exige abordagem multidisciplinar e colaborativa, envolvendo psicólogos, médicos psiquiatras, neuropediatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais da educação. Contudo, na prática, essa articulação raramente ocorre de forma efetiva. Frequentemente, os encaminhamentos partem de suspeitas levantadas por professores ou coordenadores pedagógicos, que observam comportamentos atípicos — como ausência de contato visual, dificuldade de interação social ou atraso na linguagem —, mas não possuem formação técnica para interpretar tais sinais.

Diante disso, é fundamental estruturar fluxos formais e bem definidos de encaminhamento, com protocolos que orientem a identificação de sinais de alerta, a comunicação com as famílias e a delimitação do papel de cada profissional no processo. A inexistência de diretrizes claras gera insegurança em educadores, constrangimento para as famílias e sobrecarga nos serviços de saúde, que passam a receber encaminhamentos genéricos ou precoces demais, sem critérios técnicos.

Além disso, a ausência de interlocução entre os setores de saúde, educação e assistência social favorece a fragmentação dos dados sobre o desenvolvimento da criança e dificulta a construção de diagnósticos integrados e funcionais, que subsidiem práticas pedagógicas e

terapêuticas eficazes.

O estudo de caso utilizado nesta pesquisa é uma ferramenta metodológica essencial para explorar, em profundidade, as tensões, as lacunas e as possibilidades do processo de encaminhamento de crianças com suspeita de TEA. Para Stake (1995) e Yin (2001), o estudo de caso é especialmente valioso quando se busca compreender fenômenos complexos em seu contexto real, permitindo ampliar a análise dos múltiplos fatores que influenciam a avaliação.

Ao examinar um caso concreto, será possível ilustrar a trajetória de uma criança desde os primeiros sinais de suspeita até o processo avaliativo, identificando os discursos que sustentam os encaminhamentos, as estratégias adotadas por psicólogos, educadores e famílias e os entraves enfrentados em cada etapa. O estudo de caso, nesse sentido, não pretende representar a totalidade dos processos diagnósticos, mas contribuir com evidências qualitativas que complementem pesquisas quantitativas.

Um dos pontos centrais dessa discussão é a crítica à tendência de reduzir a Avaliação Psicológica a uma prática medicalizante e classificatória, focada apenas na identificação de déficits em relação à norma. Essa concepção, de matriz biomédica e positivista, desconsidera a subjetividade, a história de vida e as condições contextuais que moldam o comportamento.

A Psicologia Histórico-Cultural, em contrapartida, propõe compreender o desenvolvimento humano como processo marcado pela historicidade, pela mediação cultural e pela transformação contínua das funções psicológicas superiores. Nessa perspectiva, o comportamento da criança é analisado como parte de um processo dinâmico e situado, construído nas interações sociais e mediado por instrumentos simbólicos.

Dessa forma, a avaliação deve assumir caráter formativo, orientado para a potencialidade da criança e para a identificação de recursos que favoreçam seu desenvolvimento, em vez de restringir-se a classificações normativas que frequentemente resultam em exclusão e estigmatização.

Outro aspecto crítico refere-se à formação dos psicólogos que atuam na avaliação de crianças com suspeita de TEA. Alchieri e Bandeira (2002) destacam que muitos cursos de Psicologia ainda oferecem formação fragmentada, centrada na aplicação de testes psicométricos, sem discussão crítica sobre validade, ética e limites teóricos. Além disso, poucos cursos abordam com profundidade o desenvolvimento infantil e os transtornos do neurodesenvolvimento, deixando os profissionais inseguros diante de casos complexos.

Essa lacuna formativa repercute na prática clínica, onde é comum observar o uso isolado de

testes, desarticulado de entrevistas, observações ou análises do contexto familiar e escolar. Tais práticas comprometem a qualidade do diagnóstico e resultam em laudos com linguagem excessivamente técnica, de difícil compreensão para famílias e educadores, sem aplicabilidade prática.

Adicionalmente, os instrumentos disponíveis para avaliação do TEA no Brasil são escassos e, em sua maioria, adaptações de protocolos internacionais sem validação para a realidade nacional. Silva e Elias (2020) identificam que nenhum dos protocolos amplamente utilizados, como o ADOS-2 ou o CARS, possui aprovação do SATEPSI, o que expõe os profissionais a dilemas éticos e jurídicos.

Nesse contexto, torna-se urgente a elaboração de diretrizes nacionais para a suspeita, o encaminhamento e o diagnóstico do TEA, que estabeleçam orientações claras para os diferentes profissionais envolvidos e promovam o desenvolvimento de instrumentos adaptados e validados para o contexto brasileiro. A articulação entre universidades, conselhos profissionais, serviços públicos e sociedade civil é essencial para garantir que tais diretrizes sejam construídas de forma participativa e técnica.

Sem essas medidas estruturais, o aumento nos diagnósticos corre o risco de se converter apenas em estatística, sem promover mudanças significativas na prática profissional e na vida das crianças e famílias.

2 OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TEA

Atualmente, observa-se um aumento nos diagnósticos de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2023) reporta prevalência de 1 a cada 36 crianças, o que representa aumento superior a 22% em comparação com a pesquisa de 2020, que indicava prevalência de 1 a cada 44.

No entanto, ainda não há, na literatura, instrumentos validados para a população brasileira que permitam rastrear a presença do TEA e, consequentemente, subsidiar o planejamento de atendimentos e a implementação de práticas educativas. Essa lacuna reforça a necessidade de pesquisas e investigações mais aprofundadas.

Há também ausência de registros sistemáticos de crianças entre 2 e 5 anos com atraso no desenvolvimento, um dos principais critérios que gera suspeita de TEA. De forma geral, o transtorno é caracterizado por déficits na comunicação e interação social, além de comportamentos repetitivos e estereotipados. Alguns sintomas podem ser identificados ainda na primeira infância, mas, em determinados casos, somente se tornam evidentes em

idade escolar (Virués-Ortega, 2010).

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta predominantemente a comunicação e a interação social. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), publicado pela American Psychiatric Association (APA) em 2013, trata-se de um distúrbio de início precoce, com impacto significativo no funcionamento social, acadêmico, ocupacional e em outras áreas da vida. Os sintomas incluem déficits persistentes em duas dimensões principais: (1) comunicação e interação social em diferentes contextos e (2) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

O termo “espectro” destaca a diversidade quanto à apresentação, gravidade dos sintomas, habilidades e níveis de funcionamento. Antes do DSM-5, os diferentes transtornos globais do desenvolvimento eram classificados separadamente; agora, estão reunidos sob a nomenclatura de TEA, distribuídos em três níveis de suporte: (1) apoio leve ou pontual, (2) apoio substancial e (3) apoio muito substancial.

A etiologia do TEA é atribuída majoritariamente a fatores genéticos, embora envolva a interação de múltiplos elementos ambientais e neurológicos. O transtorno não é causado por um único gene ou cromossomo, mas por combinações complexas de anomalias cromossômicas que, ao interagirem, resultam nos comportamentos característicos (Coutinho & Bosso, 2015).

Segundo a American Psychiatric Association (2014), diagnósticos mais precisos e confiáveis são alcançados quando se utilizam diversas fontes de informação, incluindo observações clínicas, relatos de cuidadores e de profissionais da rotina da criança. Déficit de comunicação social, verbais e não verbais, manifestam-se de formas distintas, dependendo de fatores como idade, nível intelectual, linguagem, histórico de tratamento e suporte disponível. Muitos indivíduos apresentam dificuldades de linguagem que variam desde ausência de fala, atrasos na aquisição, limitações na compreensão, ecolalia, até uma fala excessivamente literal ou idiossincrática.

Embora a etiologia do TEA não seja totalmente compreendida, estudos apontam a interação entre fatores genéticos, ambientais e neurológicos. O diagnóstico é fruto de processo clínico sistematizado, envolvendo protocolos, entrevistas e observações (Assumpção & Pimentel, 2000). Exames físicos são indicados apenas para descartar doenças que possam confundir o quadro. O uso de testes psicométricos auxilia a avaliação, mas não deve ser considerado suficiente para abarcar toda a complexidade do desenvolvimento humano.

Na perspectiva da defectologia de Vigotski, o autismo não é visto como condição isolada,

mas como manifestação das múltiplas formas de ser no mundo. Para o autor, limitações biológicas podem ser superadas ou transformadas por meio de interações sociais e mediações culturais (De Paoli & Machado, 2022). Assim, o desenvolvimento de pessoas autistas depende das oportunidades de participação social e de práticas educativas que reconheçam suas singularidades.

Essa visão rejeita uma interpretação patologizante e reducionista do autismo, entendendo-o como expressão legítima da diversidade humana. O movimento da neurodiversidade reforça essa concepção ao valorizar potenciais individuais e incentivar práticas inclusivas (De Paoli & Machado, 2022). Portanto, sob a perspectiva histórico-cultural, o TEA deve ser compreendido como uma configuração única, desenvolvida em um contexto social dinâmico, no qual as relações sociais e culturais assumem papel transformador.

Vianna, Santos e Cavichini (2023) ressaltam que o diagnóstico do TEA requer observação do desenvolvimento infantil em diferentes situações, incluindo atividades lúdicas, de modo a avaliar socialização, comunicação, afeto-cognição, autocuidado e habilidades motoras. Tal processo exige a colaboração de profissionais da saúde e da educação para compor um diagnóstico abrangente.

No cenário brasileiro, Silva e Elias (2020) destacam que a escassez de materiais validados de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia compromete a eficácia da avaliação. Carvalho et al. (2020) acrescentam que a maioria dos instrumentos disponíveis tem caráter de triagem diagnóstica, realidade que contrasta com a falta de protocolos específicos para avaliação do TEA no Brasil.

O avanço da avaliação psicológica foi impulsionado pela criação de estratégias que permitiram inferências sobre o funcionamento da mente. Anache e Corrêa (2010) apontam três categorias principais: (1) testes baseados na observação de comportamentos, (2) testes comparativos com grupos normativos e (3) testes fundamentados em métodos projetivos.

Entretanto, surgem implicações sociais e políticas a partir da mecanização da avaliação e do uso excludente de instrumentos. Bueno e Peixoto (2018) identificam quatro fatores que contribuem para tais distorções: confusão entre avaliação psicológica e testagem, baixa qualidade psicométrica de instrumentos, deficiências formativas decorrentes da expansão dos cursos de Psicologia e tensões trazidas por novas correntes críticas ao positivismo.

Alchieri e Bandeira (2002) complementam que a melhoria da formação ainda enfrenta obstáculos: visão limitada sobre avaliação, falta de capacitação docente, carga horária reduzida e ensino descontextualizado.

Com base nos princípios éticos e políticos da avaliação psicológica, cabe ao profissional assegurar diagnóstico que considere as condições sociais e históricas do indivíduo. O uso acrítico de testes, sem respaldo teórico e metodológico, pode levar a erros, especialmente em quadros complexos como o TEA. Atualmente, não há protocolo nacional validado pelo SATEPSI para diagnóstico de TEA, o que obriga os profissionais a recorrerem, em grande parte, ao “olhar clínico” sustentado por sua formação e experiência.

Como ressalta Primi (2018), a avaliação psicológica não se restringe ao diagnóstico. Ela pode monitorar intervenções, orientar estratégias educacionais, subsidiar processos de seleção e orientação vocacional, além de contribuir para pesquisas científicas. No contexto escolar, auxilia a identificar necessidades específicas e promover inclusão; em saúde, orienta o planejamento terapêutico; em políticas públicas, apoia a prevenção e a triagem em diferentes populações.

2.1 Método da revisão bibliográfica

Trata-se de uma revisão de literatura, com delineamento qualitativo, orientada pelo modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), adaptado para revisões bibliográficas. A pesquisa foi realizada nas bases Portal de Periódicos CAPES e PubMed, por meio dos descritores “avaliação”, “diagnóstico”, “instrumentos” e “transtorno do espectro autista”, combinados com os operadores booleanos AND e OR. O recorte temporal compreendeu o período de 2014 a 2024.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, priorizando artigos publicados em periódicos revisados por pares, com acesso aberto, que abordassem especificamente instrumentos de avaliação do Transtorno do Espectro Autista. Os dados foram organizados por meio de fluxogramas, seguindo as etapas do PRISMA: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Após a leitura de títulos e resumos, 69 artigos foram considerados potencialmente relevantes. A leitura completa resultou na seleção final de 5 estudos para análise integrativa.

Esse procedimento metodológico permitiu sistematizar o estado atual das publicações acadêmicas sobre instrumentos diagnósticos do TEA e refletir criticamente sobre limites e possibilidades das práticas avaliativas à luz dos pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural.

Após a leitura dos resumos, adotaram-se como critérios de inclusão a limitação temporal (produções dos últimos dez anos) e a exigência de que os estudos abordassem especificamente instrumentos de diagnóstico utilizados na avaliação do TEA. Dessa forma,

excluíram-se trabalhos publicados antes de 2014 e aqueles que não utilizavam, nas palavras-chave, os descritores mencionados.

A busca foi realizada em dois mecanismos principais: PubMed e Portal CAPES. No Portal CAPES, os operadores utilizados foram: “avaliação AND transtorno do espectro autista (TEA OR diagnósticos OR instrumentos)”, com pré-seleção de artigos publicados entre 2014 e 2024, em qualquer idioma, revisados por pares e com acesso aberto.

Esse processo resultou na identificação de 70 produções; constatou-se 1 duplicidade, totalizando 69. Procedeu-se à leitura de títulos e resumos, dos quais 7 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Após essa etapa, 5 artigos foram considerados adequados ao tema proposto.

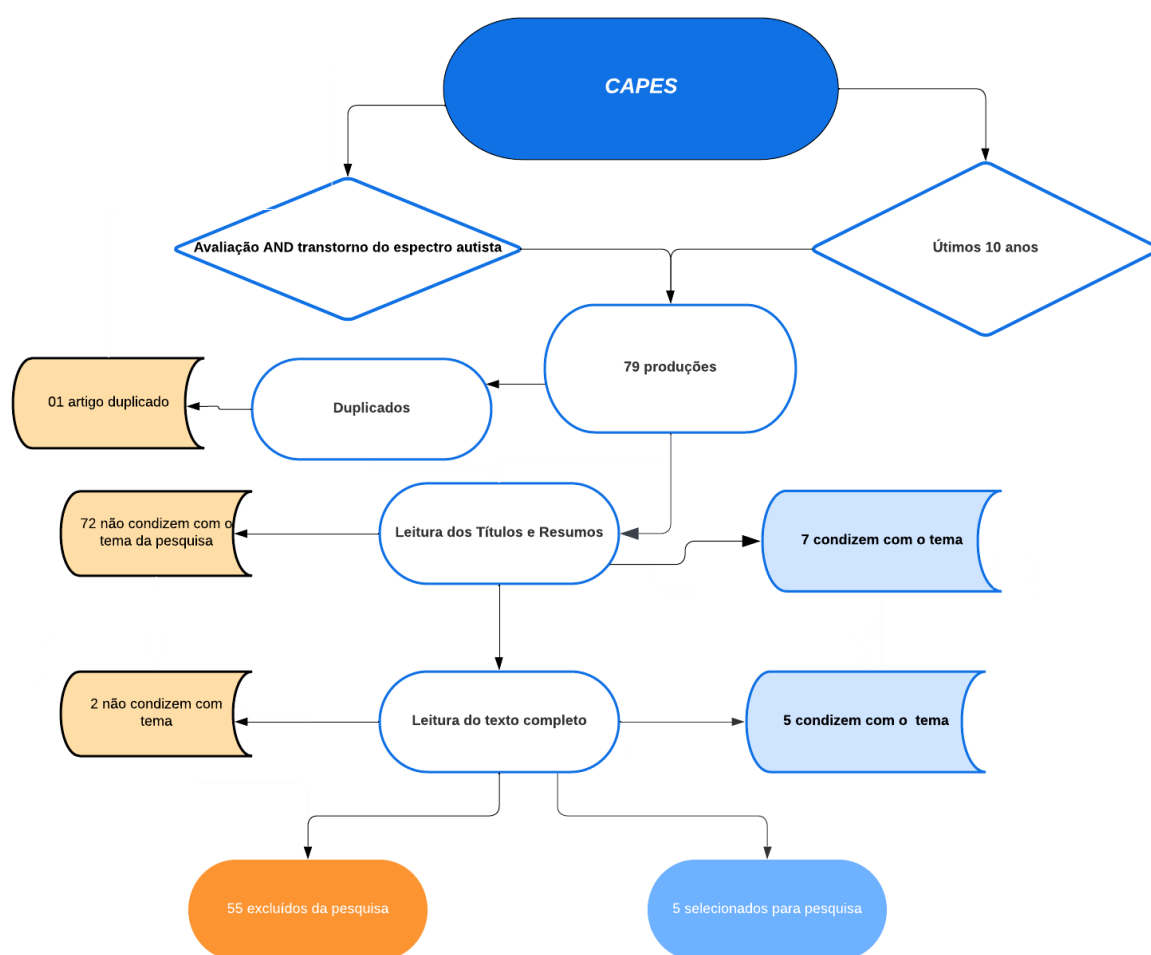


Figura 1: Organograma do método utilizado na revisão bibliográfica no Portal CAPES.

No PubMed, utilizou-se o operador “avaliação AND transtorno do espectro autista”, com

pré-seleção de artigos publicados entre 2014 e 2024, em qualquer idioma, revisados por pares e com acesso aberto. Utilizando esses critérios, foi encontrado 1 artigo, descartado após a leitura do resumo. Com os operadores “diagnóstico AND transtorno do espectro autista”, localizaram-se 2 artigos (últimos dois anos), ambos descartados após leitura dos resumos por incompatibilidade com o tema.

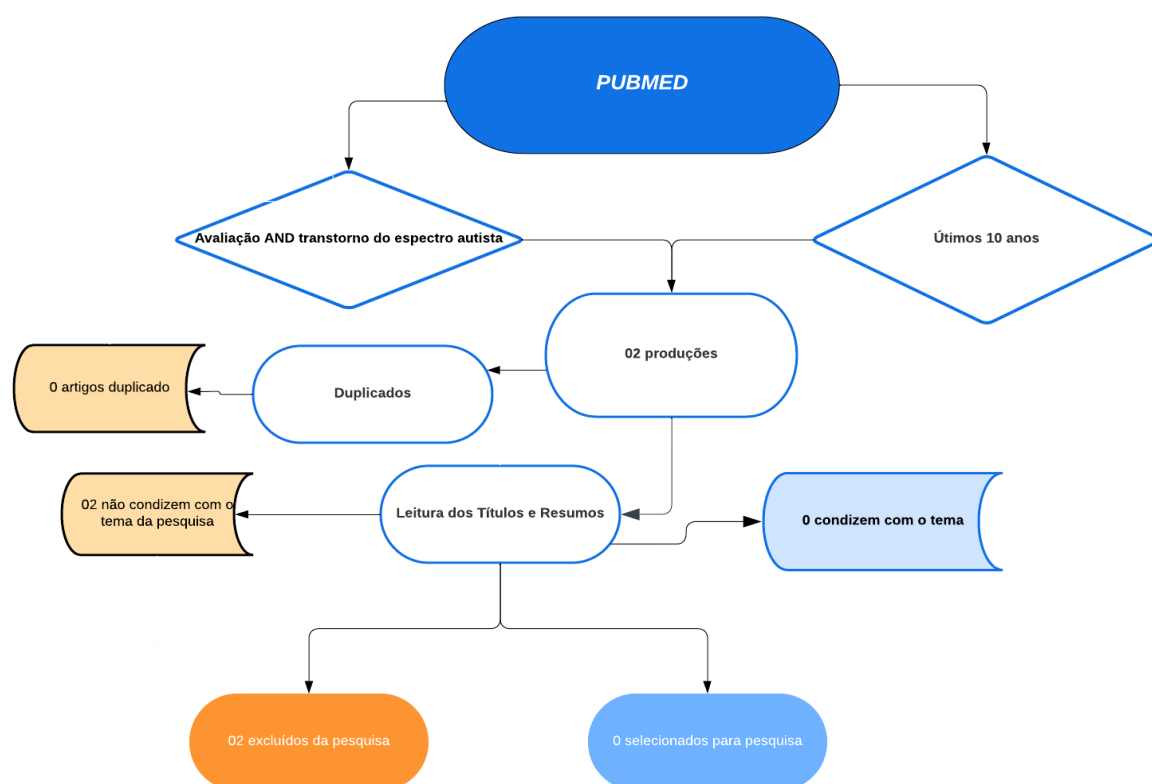


Figura 2: Organograma do método utilizado na revisão bibliográfica no Portal Pubmed.

2.2 Resultados e discussões

Seguindo critérios de relevância e alinhamento com o tema, foram analisados 5 artigos, todos provenientes do Portal CAPES, sem inclusão de estudos do PubMed.

A revisão bibliográfica teve por objetivo identificar os principais instrumentos diagnósticos utilizados para o TEA. A análise incluiu 5 artigos completos que abordaram diferentes ferramentas de avaliação. O primeiro artigo citou o uso do *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e *Social Responsiveness Scale* (SRS). O segundo artigo abordou o *Autism Behavior Checklist* (ABC), a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e a Escala de Avaliação

de Traços Autísticos (ATA). No terceiro artigo, foram referenciados o *Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised/Follow-Up* (M-CHAT-R/T), o *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), o *Autism Diagnostic Observation Schedule-2* (ADOS-2), o *Autism Spectrum Screening Questionnaire* (ASSQ) e a Lista de Verificação do Comportamento do Autismo (ABC). O quarto artigo apresentou o uso do PROTEA-R e do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), enquanto o quinto artigo citou o M-CHAT e o PROTEA-R.

A avaliação de crianças com TEA configura um campo em constante desenvolvimento, tensionado por exigências técnicas, implicações ético-políticas e desafios estruturais na saúde e na educação. Embora o diagnóstico seja essencialmente clínico, demanda articulação entre entrevistas, observações, protocolos padronizados e instrumentos adaptados, ampliando sensibilidade e especificidade na identificação precoce (Zanon; Furcin, 2023).

No Brasil, instrumentos como M-CHAT-R, CARS, ADI-R e PROTEA-R têm sido utilizados para estruturar o olhar dos profissionais, especialmente em contextos de menor especialização técnica, marcados pela ausência de equipes multidisciplinares. Contudo, autores como Paula et al. (2020) alertam que o uso isolado de escalas e checklists pode produzir avaliações descontextualizadas, negligenciando dimensões culturais, sociais e subjetivas do desenvolvimento infantil.

Nessa direção, a avaliação deve ser entendida como prática complexa, que ultrapassa o diagnóstico e constitui espaço de produção de sentidos e responsabilização social. A experiência de Matheus et al. (2023), ao adaptar o questionário EDUTEA para o ambiente escolar, é exemplar: ao reconhecer o professor como agente legítimo de observação, desloca a avaliação do campo exclusivo da saúde e propõe sua democratização em práticas acessíveis, ancoradas no cotidiano da criança.

Tal concepção dialoga com a perspectiva histórico-cultural da subjetividade, conforme González Rey (2005), ao reconhecer que a produção de conhecimento inclui a dimensão subjetiva do pesquisador/profissional. Avaliar uma criança com TEA exige rigor técnico e compromisso ético com a singularidade do sujeito, sua história, seus contextos e os efeitos possíveis de um laudo.

Essa crítica também se articula às reflexões de Picollo (2020) sobre usos mercantilizados da psicologia e da avaliação. Quando a avaliação se reduz a certificação/rotulação, perde sua potência de leitura crítica da realidade e de intervenção ética — aspecto particularmente sensível no campo do autismo, diante da pressão por laudos rápidos, muitas vezes

desvinculados de projeto terapêutico consistente.

Assim, a avaliação no TEA deve ser concebida como prática situada, que articula técnica, ciência, subjetividade e política. Mais do que detectar déficits, o processo avaliativo deve funcionar como espaço de escuta, negociação e acolhimento, no qual o conhecimento técnico se coloca a serviço do cuidado. Implica deslocar o foco da classificação para a compreensão, do instrumento para o vínculo e do laudo para a construção compartilhada de caminhos possíveis.

No total, foram identificados 11 instrumentos diferentes nos artigos analisados na plataforma CAPES. Entre os mais recorrentes estão ADI-R, ADOS/ADOS-2, CARS e M-CHAT. Apesar da variedade, nenhum apresenta validação pelo SATEPSI, o que indica a necessidade de estudos de validação para o contexto brasileiro.

Instrumentos desenvolvidos em contextos socioculturais específicos podem não captar adequadamente nuances culturais do Brasil. A ausência de protocolos adaptados cria descompasso entre prática diagnóstica e normas nacionais, podendo levar a diagnósticos inadequados e intervenções menos eficazes (Silva & Elias, 2020). Testes psicológicos são ferramentas sistemáticas para avaliar comportamentos e fornecer informações relevantes (Reppold; Noronha, 2018); a interpretação de resultados deve considerar perfil do sujeito e contexto da avaliação (Farias, 2012).

Internacionalmente, há esforço contínuo para assegurar validade e fidedignidade dos testes (Reppold; Noronha, 2018). Organizações como a *American Psychological Association* e a *International Test Commission* elaboram diretrizes para criação e uso de instrumentos; publicações como o *Mental Measurements Yearbook* e o *EFPA Review Model* contribuem para sua revisão e aprimoramento.

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) instituiu o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) para regulamentar e qualificar os testes. A Resolução CFP nº 002/2003, atualizada pela CFP nº 005/2012, define requisitos para elaboração e comercialização de testes e institui comissão consultiva para avaliá-los. Com as novas resoluções, observou-se avanço na produção e na qualidade de testes nacionais (Reppold; Noronha, 2018). A escolha dos instrumentos deve observar normas, qualidades psicométricas e fundamentação teórica; a avaliação de crianças e adolescentes requer materiais adaptados às suas necessidades e às diferentes fases do desenvolvimento (Farias, 2012).

A ausência de instrumentos validados pelo SATEPSI para o diagnóstico de TEA é um problema crítico. Embora testes como M-CHAT, ADOS e ADI-R sejam amplamente

utilizados, a falta de validação para o contexto brasileiro expõe um descompasso entre prática e normativas nacionais, demandando investimentos em pesquisa para adaptação e validação cultural. A dependência excessiva do julgamento clínico pode introduzir viés e variações subjetivas, reforçando a importância de protocolos padronizados.

A mecanização de testes e sua possível instrumentalização como ferramentas de exclusão social (Patto, 1997; Bueno; Peixoto, 2018) levantam questões éticas. Aplicações acríticas podem reforçar preconceitos e estigmas. Por isso, é essencial que profissionais estejam atentos às implicações éticas e evitem instrumentos não validados para o contexto em que atuam. Além dos aspectos técnicos, impõe-se uma formação crítica e reflexiva, capaz de lidar com a diversidade e complexidade de contextos, especialmente no TEA.

A pesquisa reforça a importância de abordagem multidisciplinar na avaliação de crianças com TEA. A participação de profissionais de pedagogia, fonoaudiologia, psiquiatria e áreas afins é crucial para compreensão abrangente do desenvolvimento infantil, favorecendo avaliações mais precisas e intervenções eficazes.

Nesse sentido, a Teoria Histórico-Cultural contribui para ampliar o foco da avaliação diagnóstica, contemplando, além de características comportamentais imediatas, os fatores sociais, culturais e históricos que influenciam o desenvolvimento. Uma abordagem dialética, orientada às potencialidades e não apenas aos déficits, pode evitar diagnósticos precipitados ou excessivamente centrados em resultados psicométricos. Contudo, não se observou, no conjunto de produções analisadas, a adoção explícita dessa perspectiva.

Vigotski (1989) propõe que o desenvolvimento humano é indissociável do contexto histórico e social. Assim, a avaliação deve ir além da identificação de déficits, compreendendo como interações sociais e ambiente educacional influenciam o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. A Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) descreve a distância entre o que a criança realiza sozinha e o que realiza com ajuda de adultos ou pares mais experientes, identificando funções já desenvolvidas e aquelas em processo — as quais, com pistas e mediações, podem se consolidar (Vigotski, 1989).

Essa perspectiva desloca o foco de uma avaliação voltada apenas a déficits individuais para outra que considera as condições históricas e sociais que promovem o desenvolvimento. Inclui-se, aí, o papel da escola, dos professores e da sociedade na formação das funções psicológicas superiores (Vigotski, 2011). Trata-se de avaliação dinâmica, voltada a compreender processos de aprendizagem, e não apenas a aferir resultados. Este é um

aspecto que merece novos estudos.

A avaliação diagnóstica do TEA é crucial para implementação de intervenções eficazes e personalizadas. A escassez de instrumentos adaptados ao contexto brasileiro suscita questões sobre a adequação das práticas e seu impacto na qualidade da assistência. Esta análise discute a carência de instrumentos validados e oferece uma crítica à luz da Teoria Histórico-Cultural de Vigotski, explorando como tal referencial pode informar e enriquecer a prática diagnóstica.

2.3 Conclusão

As conclusões desta revisão apontam a necessidade urgente de desenvolver instrumentos de avaliação que considerem a realidade sociocultural brasileira e estejam alinhados às normativas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), assegurando qualidade e precisão diagnóstica. Embora ferramentas como M-CHAT, ADOS e ADI-R sejam amplamente utilizadas, a ausência de validação pelo SATEPSI revela descompasso entre prática e exigências nacionais. A dependência do julgamento clínico e a falta de padronização podem resultar em diagnósticos imprecisos, com impactos negativos sobre intervenções e sobre o desenvolvimento das crianças com TEA.

A carência de instrumentos adaptados reflete lacunas na pesquisa e na adaptação de ferramentas ao contexto local. Adaptação cultural e validação são essenciais para captar especificidades que influenciam a manifestação e o reconhecimento de sintomas. Sem essas etapas, aumentam os riscos de erros diagnósticos e de desigualdades no acesso a intervenções apropriadas.

Além disso, a crítica à mecanização dos testes e à sua potencial instrumentalização como forma de exclusão social (Patto, 1997; Bueno; Peixoto, 2018) suscita questões éticas. O uso de instrumentos não validados pode reforçar preconceitos; por isso, requer-se responsabilidade ética e formação crítica que prepare os profissionais para a diversidade e a complexidade dos contextos.

A Teoria Histórico-Cultural de Vigotski amplia a avaliação ao considerar fatores sociais, culturais e históricos, possibilitando abordagem dialética, menos centrada em déficits e mais atenta a potencialidades. Por fim, reforça-se a necessidade de investimentos em pesquisa para adaptação e validação de instrumentos, contribuindo para uma prática diagnóstica mais equitativa e eficaz, e a importância de promover debates teóricos e éticos sobre as implicações sociais e políticas da avaliação psicológica no contexto do TEA.

3 O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

3.1 Percurso Histórico

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por desafios nas áreas da comunicação social, comportamentos repetitivos e interesses restritos. O termo “autismo” foi utilizado pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1911, para descrever um sintoma da esquizofrenia relacionado ao distanciamento da realidade. No entanto, foi Leo Kanner, em 1943, quem definiu o autismo como uma condição distinta, descrevendo crianças que apresentavam comportamento de isolamento e interesses obsessivos (Mas, 2018). Paralelamente, Hans Asperger descreveu uma forma mais leve de autismo, posteriormente denominada síndrome de Asperger.

Nas décadas seguintes, o entendimento sobre o TEA passou por mudanças significativas. Durante os anos 1960 e 1970, o autismo foi amplamente mal compreendido, sendo frequentemente confundido com outros transtornos psiquiátricos. Apenas na década de 1980, com a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o autismo foi reconhecido formalmente como um transtorno do desenvolvimento (Mas, 2018).

Nas últimas décadas, o conceito de autismo expandiu-se para abarcar uma gama mais ampla de manifestações, o que levou à criação do termo “Transtorno do Espectro Autista”. A partir do DSM-5 (2013), a síndrome de Asperger e outros subtipos foram integrados sob essa designação. A evolução do diagnóstico, somada à crescente conscientização sobre o autismo, possibilitou avanços nas intervenções terapêuticas e nas políticas de inclusão social, promovendo maior compreensão da diversidade neurológica que caracteriza o espectro (Mas, 2018).

Leo Kanner, psiquiatra infantil e pioneiro no estudo do autismo, identificou em 1943 uma nova síndrome denominada “distúrbio autístico do comportamento afetivo”. Nesse mesmo ano, publicou o artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact*, no qual descreveu um estudo de caso com 11 crianças que apresentavam características incomuns, como inabilidade para relacionamentos interpessoais, solidão, excelente memória e necessidade de uniformidade (Silva; Bianchini et al., 2023). Essas crianças também apresentavam atraso na linguagem, estereotípias e habilidades cognitivas precoces, atualmente associadas ao TEA.

Kanner inicialmente propôs uma explicação biológica para o autismo, acreditando que os comportamentos observados eram inatos. Entretanto, a partir de 1949, influenciado pela

Psicanálise, passou a considerar aspectos psicológicos, sugerindo que a criação parental poderia ser um fator determinante (Silva; Bianchini et al., 2023). Essa hipótese, conhecida como “mães-geladeira”, atribuía o comportamento autista à frieza emocional dos pais, concepção que influenciou equivocadamente o pensamento médico por cerca de 25 anos. Contudo, pesquisas subsequentes, especialmente a partir dos anos 1970, demonstraram que as causas do TEA têm base neurobiológica, como afirmam Brites e Brites (2019). O avanço da neurociência e da genética na década de 1990 permitiu uma compreensão mais precisa do funcionamento cerebral de indivíduos com autismo, afastando teorias emocionais e psicanalíticas anteriores (Silva; Bianchini et al., 2023).

A ciência avança de forma dinâmica, o que provoca a obsolescência de alguns conceitos, a permanência de outros e o surgimento de novas terminologias conforme surgem evidências (Silva; Bianchini et al., 2023). Nesse sentido, observa-se a evolução da nomenclatura referente ao TEA ao longo dos anos, com destaque para as mudanças ocorridas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

O avanço científico influenciou diretamente as alterações de nomenclatura do TEA, refletidas nas revisões do DSM e da CID (Silva; Bianchini et al., 2023). No Brasil, essas classificações passaram por modificações importantes, sendo a inclusão do TEA no DSM-5 (2013) e na CID-11 (2019) um marco.

Segundo Orrú (2006), Cunha (2017) e Mas (2018), a evolução do conhecimento científico influenciou a terminologia utilizada para definir o TEA (Silva; Bianchini et al., 2023). As duas principais classificações diagnósticas adotadas no Brasil são a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente em sua 11ª edição, e o DSM, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), em sua quinta versão.

Ambas as classificações passaram por diversas revisões, incorporando descobertas científicas e clínicas para ampliar sua utilidade. O TEA foi reconhecido como diagnóstico distinto no DSM-5 (2013) e na CID-11 (2019), refletindo maior sensibilidade e especificidade nos critérios diagnósticos (Mas, 2018). Antes disso, o autismo estava associado a outras condições, como a esquizofrenia, sendo considerado categoria própria apenas a partir do DSM-III (Silva; Bianchini et al., 2023).

As revisões buscaram harmonizar os sistemas para facilitar a pesquisa científica e a aplicação global dos diagnósticos. APA e OMS trabalharam conjuntamente entre 2003 e 2008 para alinhar suas publicações, realizando conferências internacionais e revisões de

literatura (Silva; Bianchini et al., 2023). A principal motivação foi a dificuldade em manter duas classificações paralelas, frequentemente responsáveis por divergências diagnósticas e estatísticas globais de saúde.

A evolução do termo “autismo” ao longo das edições do DSM reflete essa busca por precisão. A palavra surgiu inicialmente no DSM-I (1952), relacionada à esquizofrenia, e somente no DSM-5 passou a ser oficialmente denominada Transtorno do Espectro Autista (Silva; Bianchini et al., 2023). Tais mudanças evidenciam avanços na compreensão do autismo como condição do neurodesenvolvimento, e não como doença (Fraga, 2009).

Essas transformações visam não apenas aprimorar o diagnóstico, mas também evitar equívocos — como a busca pela “cura” do autismo — e promover compreensão mais adequada do TEA como síndrome com múltiplos sintomas, direcionando o tratamento para alvos específicos (Silva; Bianchini et al., 2023).

O DSM passou por diversas alterações referentes ao TEA, refletindo esforço colaborativo para organizar informações que possibilitem diagnóstico mais preciso. A partir de 2013, o autismo foi oficialmente reconhecido como Transtorno do Espectro Autista, com a finalidade de aprimorar a sensibilidade e a especificidade diagnóstica, além de auxiliar na identificação de tratamentos mais eficazes.

É importante compreender a diferença entre doença, síndrome e transtorno do neurodesenvolvimento.

Doença: alterações fisiopatológicas, internas (genéticas) ou externas (infecções).

Síndrome: conjunto de sinais e sintomas recorrentes, sugerindo patogênese ou curso comum.

Transtorno do Neurodesenvolvimento: grupo de condições que surgem na infância, causando déficits que impactam negativamente aspectos pessoais, sociais, acadêmicos ou profissionais (*American Psychiatric Association*, 2014).

Assim, o TEA é compreendido como condição do neurodesenvolvimento, e essa diferenciação evita mal-entendidos, como a busca por uma “cura”. Nesse contexto, destaca-se a criação, em 1995, da *Cure Autism Now*, organização focada em pesquisas biomédicas para cura e prevenção do autismo, posteriormente criticada por movimentos pró-neurodiversidade (Silva; Bianchini et al., 2023). Essa trajetória histórica evidencia a complexidade do TEA e o contínuo aprimoramento científico e social no entendimento da condição.

3.2 Etiologia

Kanner, em 1943, identificou uma nova síndrome denominada “distúrbio autístico do comportamento afetivo” em um estudo com 11 crianças, cujas características incluíam inabilidade para relacionamentos interpessoais, solidão, excelente memória e necessidade de uniformidade, aspectos hoje associados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). Inicialmente, Kanner propôs uma explicação biológica para o autismo; entretanto, influenciado pela Psicanálise, passou a considerar a criação parental como fator determinante, o que influenciou equivocadamente o pensamento médico por cerca de 25 anos (SILVA; BIANCHINI *et al.*, 2023). Pesquisas posteriores, porém, demonstraram que as causas do TEA residem em uma base neurobiológica, conforme corroboram Brites e Brites (2019).

O TEA é definido pela Associação Americana de Psiquiatria como uma síndrome caracterizada por dificuldades persistentes na interação e comunicação social, além de padrões repetitivos e restritos de comportamento e interesses. Desde sua identificação por Leo Kanner, em 1943, tem sido diagnosticado em inúmeras crianças e adolescentes (RIBEIRO, 2021). Embora possa ser considerado um único fenótipo, frequentemente coexiste com outras síndromes, como a Síndrome de Rett e a Síndrome de Down. O diagnóstico é baseado nos critérios do DSM-5 e da Classificação Internacional de Doenças (CID), com dados indicando que, nos Estados Unidos, a maioria das crianças diagnosticadas com TEA é identificada por volta dos quatro anos de idade.

Segundo os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a prevalência do TEA tem aumentado ao longo dos anos. Em 1996, a taxa era de 3 a 4 casos a cada 1.000 crianças; em 2000, passou para 1 em 68; e, em 2014, para 1 em 59. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 70 milhões de pessoas em todo o mundo têm TEA.

Embora o autismo ainda enfrente desafios como invisibilidade, subnotificação e escassez de dados, o número de diagnósticos tem aumentado. No Brasil, não há estatísticas oficiais atualizadas sobre a prevalência do TEA. A única estimativa disponível foi divulgada pela OMS em 2010, apontando cerca de dois milhões de pessoas com autismo no país. Observa-se, ainda, predominância de diagnósticos em meninos, com prevalência cinco vezes maior do que em meninas, conforme metanálises (RIBEIRO, 2021).

A etiologia do TEA é considerada multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais. Estudos mostram que a hereditariedade é relevante, especialmente em gêmeos

monozigóticos, mas também se reconhece a influência de exposições ambientais, como fatores maternos e perinatais (RIBEIRO, 2021). Apesar do aumento nos diagnósticos, muitas crianças permanecem subdiagnosticadas.

Pesquisas recentes, como o estudo *Childhood Autism Risks from Genetics and Environment* (“Riscos do Autismo na Infância devido à Genética e ao Meio Ambiente”), buscam compreender as interações entre fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do TEA. As evidências sugerem que, embora fatores genéticos tenham papel predominante, exposições ambientais, especialmente durante a gestação, podem influenciar a expressão gênica e a manifestação clínica do autismo (RIBEIRO, 2021). A compreensão desses fatores é crucial para a etiopatogenia do TEA e demanda investigações adicionais.

As metanálises sobre fatores maternos associados ao TEA apresentam resultados variados, indicando relações fracas ou inexistentes entre tais fatores e o desenvolvimento da condição. Muitos carecem de mecanismos fisiopatológicos bem definidos, sendo classificados como riscos epidemiológicos, em vez de etiologias comprovadas (RIBEIRO, 2021). Em outras palavras, esses fatores podem estar correlacionados ao autismo, mas não constituem evidências sólidas de causalidade direta.

Entre os fatores maternos investigados destacam-se: idade avançada dos pais no momento da concepção, doenças autoimunes nas mães, migração materna e síndrome do ovário policístico (SOP). A idade dos pais, especialmente acima de 45 anos, está associada a maior risco de TEA, possivelmente em razão da degradação celular e do acúmulo de mutações genéticas (RIBEIRO, 2021). A SOP, por sua vez, pode predispor ao TEA devido à produção excessiva de andrógenos, impactando o desenvolvimento neural fetal. Doenças autoimunes maternas, como diabetes tipo 1 e artrite reumatoide, também foram associadas ao risco de TEA, possivelmente pela ação de autoanticorpos durante a gestação.

Além dos fatores maternos, investigam-se riscos ambientais. O uso de medicamentos como anticonvulsivantes e antidepressivos, bem como a exposição a poluentes e metais pesados, é frequentemente citado como potencial fator de risco. Um estudo dinamarquês apontou associação entre uso de ácido valproico durante a gestação e aumento de risco de TEA (HR = 2,9; IC 95%: 1,4–6,0). Já estudos sobre antidepressivos e anticonvulsivantes apresentam resultados inconclusivos, com metanálises que não confirmam significância estatística. Em contrapartida, a suplementação adequada de ácido fólico pode reduzir o risco (RR = 0,77) (RIBEIRO, 2021).

No campo ambiental, destacam-se a poluição atmosférica — especialmente exposição ao dióxido de nitrogênio (NO₂) — e o contato com metais pesados como possíveis fatores

associados ao TEA. Contudo, nem todos os estudos encontram associação significativa. Fatores perinatais, como complicações no parto, hipóxia fetal, baixo peso ao nascer e pontuação de Apgar inferior a sete, também aparecem correlacionados ao aumento do risco (RIBEIRO, 2021).

A revisão da literatura reforça o papel predominante dos fatores genéticos. Estudos com gêmeos monozigóticos mostram concordância de 94,7%, contra 30,8% em gêmeos dizigóticos, o que confirma a relevância hereditária (RIBEIRO, 2021). Alterações genéticas em enzimas como a MTHFR, relacionadas ao metabolismo do folato, e em genes ligados ao glutamato e ao fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), foram apontadas como potenciais biomarcadores e mecanismos fisiopatológicos associados ao TEA.

Assim, embora a genética seja fator central na etiologia do TEA, a interação com variáveis ambientais, sobretudo no período pré e perinatal, é decisiva. No entanto, a investigação sobre os mecanismos genéticos ainda é incipiente, carecendo de estudos que identifiquem genes específicos e elucidem seu papel no desenvolvimento da condição (RIBEIRO, 2021).

3.3 Característica do Espectro

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta por dificuldades significativas na comunicação e na interação social, além de padrões comportamentais restritos e repetitivos (APA, 2014). Esses sintomas podem impactar áreas como o estabelecimento de vínculos, a compreensão de nuances da linguagem e o manejo de mudanças na rotina. O espectro, entretanto, é altamente heterogêneo, abrangendo ampla diversidade de habilidades e níveis de suporte necessários (RIBEIRO, 2023).

Atualmente utiliza-se a denominação Transtorno do Espectro Autista para referir-se às categorias anteriormente conhecidas como Síndrome de Asperger, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA, 2014).

As principais características do TEA incluem dificuldades persistentes na comunicação e na interação social recíproca (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Os sintomas estão presentes desde o desenvolvimento inicial e, de alguma forma, limitam ou comprometem o funcionamento cotidiano (Critérios C e D) (APA, 2014). Ainda que os sinais surjam na primeira infância, podem não ser prontamente detectados. A apresentação clínica varia conforme gravidade

dos sintomas, nível de desenvolvimento e idade, motivo pelo qual se emprega o termo “espectro”.

Os prejuízos na comunicação e na interação social descritos no Critério A são amplos e persistentes (APA, 2014). A obtenção de diagnósticos válidos e consistentes depende da integração de múltiplas fontes de informação, como observações diretas, relatos de cuidadores e, quando possível, autorrelato do indivíduo.

Quanto à linguagem, o comprometimento pode variar desde ausência de fala até atrasos no desenvolvimento linguístico, compreensão limitada, ecolalia (repetição de palavras ou frases) e tendência a interpretações excessivamente literais (APA, 2014). Mesmo quando vocabulário e gramática estão preservados, a habilidade pragmática — usar a linguagem de modo recíproco, para engajar socialmente — costuma permanecer prejudicada (RIBEIRO, 2023).

As manifestações dos déficits de comunicação social, verbais e não verbais, variam de acordo com idade, nível cognitivo, habilidade linguística e fatores como histórico de tratamento e suporte atual. Déficit na reciprocidade socioemocional — engajamento com outras pessoas e compartilhamento de ideias e emoções — são particularmente evidentes em crianças pequenas com TEA. Nesses casos, pode haver pouca ou nenhuma iniciativa de interação, expressão de emoções ou imitação de comportamentos. Quando há fala, a comunicação tende a ser mais unilateral, voltada a solicitar informações ou rotular objetos, com menor frequência de comentários, compartilhamento de experiências ou manutenção de conversas (RIBEIRO, 2023).

Há também indivíduos sem deficiência intelectual ou atraso de linguagem para os quais os déficits se manifestam principalmente como dificuldades em interpretar e responder a sinais sociais complexos — por exemplo, identificar o momento oportuno para iniciar uma conversa ou discernir o que é socialmente apropriado evitar. Mesmo aqueles que desenvolveram estratégias compensatórias podem apresentar dificuldades em contextos novos ou com menor suporte, vivenciando ansiedade diante da necessidade de “calcular” conscientemente interações que, para a maioria, são intuitivas (APA, 2014).

3.4 TEA na Perspectiva Histórico-Cultural

Funções Mentais Superiores

Antes de abordar o conceito de deficiência, torna-se necessário compreender o desenvolvimento humano e as funções mentais superiores. Essas funções não são

entendidas como capacidades inatas ou biologicamente determinadas, mas como construções historicamente mediatizadas, formadas nas interações sociais e transformadas ao longo do processo ontogenético. Elas envolvem modos de funcionamento psicológico que ultrapassam reflexos e automatismos imediatos, incorporando instrumentos simbólicos e culturais, como a linguagem, a escrita, os números e os signos socialmente compartilhados.

Ao contrário das funções psicológicas elementares — como atenção involuntária ou memória imediata —, que estão mais diretamente relacionadas a processos biológicos e à atividade inicial do sistema nervoso central, as funções mentais superiores resultam da internalização de práticas sociais. Inicialmente, elas emergem no plano interpsicológico, no espaço entre os sujeitos, para depois serem interiorizadas e operarem no plano intrapsicológico (VIGOTSKY, 1996). Nesse contexto, a linguagem desempenha papel fundamental, não apenas como meio de comunicação, mas como instrumento de estruturação do pensamento e da consciência.

Luria (1981), ao aprofundar a concepção de funções mentais superiores, contribui para uma compreensão neuropsicológica coerente com os fundamentos histórico-culturais. Para o autor, essas funções não se localizam em áreas fixas ou isoladas do cérebro, mas operam como sistemas funcionais complexos, organizados a partir da cooperação entre diferentes regiões corticais, que se articulam conforme as demandas da atividade consciente. Assim, nenhuma função superior pode ser reduzida a uma base anatômica singular; sua manifestação depende da atividade coordenada de múltiplas zonas cerebrais, dinamicamente organizadas por meio das interações com o meio e com os instrumentos culturais disponíveis.

As funções mentais superiores incluem processos como atenção voluntária, memória lógica, pensamento abstrato, linguagem interiorizada, planejamento e regulação da conduta. Não emergem espontaneamente, nem se desenvolvem em todas as crianças da mesma forma ou no mesmo ritmo. Seu desenvolvimento está diretamente relacionado à inserção em práticas sociais significativas, à qualidade das interações com adultos e pares, e ao acesso a instrumentos simbólicos que favoreçam a mediação da atividade psíquica.

Vigotsky (1996) ressalta que os instrumentos simbólicos assumem função mediadora essencial no desenvolvimento, permitindo à criança superar limites imediatos e agir com base em planejamentos e representações mentais. Essa mediação possibilita a aquisição de comportamentos mais complexos, bem como capacidades de reflexão, autocontrole e abstração.

Na perspectiva histórico-cultural, a atividade prática, especialmente em contextos pedagógicos e culturais organizados, desempenha papel decisivo na formação das funções superiores. Como aponta Leontiev (1978), é por meio da atividade orientada por objetivos, inserida em relações sociais e historicamente determinadas, que o sujeito se apropria dos modos de ação característicos da cultura. A internalização dessas formas de ação constitui a base do desenvolvimento da consciência e da autonomia.

Essa compreensão implica rejeitar concepções que naturalizam dificuldades cognitivas, comportamentais ou emocionais, atribuindo-as apenas a causas biológicas ou genéticas. Tal perspectiva é relevante para a educação e a psicologia do desenvolvimento, especialmente nas práticas de diagnóstico e intervenção com crianças que apresentam necessidades específicas, como aquelas com TEA.

Cunha (2023) evidencia que crianças com TEA, quando inseridas em contextos educativos mediados, podem apresentar avanços significativos no desenvolvimento das funções mentais superiores. Práticas pedagógicas baseadas no lúdico, na mediação intencional e na construção de vínculos favorecem comportamentos autorregulados, o desenvolvimento da linguagem e a ampliação das capacidades cognitivas. Esses resultados reafirmam a premissa da psicologia histórico-cultural: o sujeito se constitui na e pela relação com o outro, sendo a mediatização social condição para a construção das funções psíquicas superiores.

Ao compreender as funções mentais superiores como construções histórico-sociais, a teoria histórico-cultural contribui para uma concepção de desenvolvimento humano que valoriza a potencialidade transformadora da educação, da cultura e das relações sociais. Essa visão desloca o foco das explicações patologizantes e medicalizantes para uma abordagem que reconhece a centralidade da mediação simbólica e da atividade conjunta no processo de constituição do sujeito.

As funções mentais superiores englobam processos como atenção voluntária, memória mediada, pensamento conceitual, imaginação criativa e linguagem interiorizada. Diferenciam-se das funções psicológicas elementares não apenas pela complexidade, mas pela origem social e pela necessidade de mediação. O desenvolvimento psicológico da criança é condicionado pelas práticas culturais acessíveis e pela qualidade das interações sociais que estabelece em seu ambiente imediato.

Esse entendimento é especialmente relevante frente à tendência contemporânea de interpretar dificuldades escolares, comportamentais ou relacionais sob uma lógica patologizante. A patologização reduz o sujeito às suas manifestações comportamentais, desconsiderando determinantes históricos, culturais e institucionais.

Tessaro e Silva (2022) apontam que essa lógica está amplamente disseminada nas escolas, atuando como mecanismo de exclusão. Alunos que não correspondem às expectativas normativas de desempenho e comportamento são frequentemente encaminhados para avaliação especializada, em busca de diagnósticos que justifiquem suas diferenças. Esse processo de nomeação não apenas descreve clinicamente, mas redefine a forma como o sujeito é reconhecido, resultando em práticas de segregação ou intervenções centradas na adequação à norma.

Ribeiro (2023), ao analisar narrativas de jovens e adultos no documentário *Sem Tarja*, mostra como a rotulação precoce desencadeia silenciamento da subjetividade e suspensão das possibilidades de escuta. Para a autora, a patologização da infância não se limita à classificação diagnóstica, mas envolve uma forma de compreensão que desautoriza a história, a cultura e as formas singulares de estar no mundo.

Esse processo manifesta-se de modo intenso no caso de crianças com TEA. Suas diferenças comunicativas, sensoriais ou relacionais, quando interpretadas apenas como indícios de patologia, conduzem práticas educativas centradas na correção do desvio, em vez da mediação do desenvolvimento. Assim, o conceito de funções mentais superiores torna-se ferramenta teórica relevante para resistir à naturalização da diferença e sustentar práticas pedagógicas voltadas à promoção da autonomia, da linguagem e da autorregulação psíquica.

Cunha (2023) apresenta evidências empíricas de que crianças com TEA, quando inseridas em atividades pedagógicas simbólicas que podem ampliar suas capacidades de atenção, linguagem, imaginação e planejamento. Esses achados reforçam a tese de que o desenvolvimento psíquico depende da qualidade das interações sociais e do ambiente educativo, e não é impedido pela diferença neurológica.

Nesse sentido, a patologização das diferenças representa limitação epistemológica e política. Ao converter a diferença em déficit, desloca-se o foco da mediação para o diagnóstico, da construção conjunta para a responsabilização individual, da história do sujeito para a fixação em sua condição. Como afirma Barroco (2009), o desenvolvimento humano exige acesso à cultura, à linguagem e à elaboração simbólica. A restrição a esses acessos compromete o desenvolvimento das funções superiores e o próprio processo de humanização.

A crítica à patologização não nega as dificuldades vividas pelas crianças, mas desloca a explicação para os contextos históricos, sociais e institucionais em que se produzem tais manifestações. Esse deslocamento permite compreender o cuidado à infância como

produção de condições concretas de desenvolvimento, e não como intervenção restrita ao indivíduo.

A Psicologia Histórico-Cultural oferece, portanto, matriz teórica consistente para analisar criticamente os efeitos da patologização e para propor alternativas que valorizem a potência formativa das práticas sociais mediatizadas. Ao compreender o sujeito como ser em constituição permanente, cujas funções superiores são formadas na e pela atividade com o outro, abrem-se possibilidades de práticas de cuidado e educação orientadas à transformação.

A análise das funções mentais superiores, conforme a psicologia histórico-cultural, reformula práticas clínicas e educacionais voltadas à infância. Reconhecer que tais funções não se desenvolvem espontaneamente ou apenas de forma biológica implica considerar a centralidade da interação humana, da linguagem e da cultura na constituição do psiquismo. Aplicada ao contexto das crianças com TEA, essa perspectiva rompe com leituras que fixam a diferença como déficit. Em vez de limitar o olhar ao funcionamento comprometido, compreende-se que o desenvolvimento depende das condições de vida, da qualidade das experiências e das mediações sociais.

O processo de patologização, como discutido, reduz a complexidade das manifestações humanas a classificações diagnósticas, frequentemente descontextualizadas. Nesse movimento, ignoram-se os determinantes sociais e pedagógicos que configuram a inserção da criança nas práticas culturais (CUNHA, 2023; RIBEIRO, 2023).

A partir dessa análise, torna-se necessário investigar os efeitos da patologização nos discursos e práticas de cuidado, bem como identificar experiências que contribuam para a constituição das funções superiores em crianças com TEA. O presente estudo adota, assim, abordagem qualitativa, fundamentada na análise crítica do discurso clínico e educacional e na observação das práticas cotidianas que envolvem criança, família e profissionais.

A pesquisa pretende examinar, por meio de registros documentais, entrevistas semiestruturadas e observações em contextos clínicos e escolares, como os discursos sobre o desenvolvimento infantil são produzidos, quais saberes se tornam hegemônicos e como incidem na organização das práticas de cuidado. A escolha metodológica se justifica pelo interesse em compreender os sentidos atribuídos às manifestações infantis, os modos de intervenção mobilizados e as concepções de desenvolvimento que orientam profissionais da saúde e da educação.

Além disso, buscar-se-á identificar práticas que favoreçam a constituição das funções superiores, sobretudo aquelas organizadas pela mediação simbólica e pelo reconhecimento

da criança como sujeito ativo de sua formação. A análise dos dados será orientada pelos referenciais da psicologia histórico-cultural e por teorias críticas sobre medicalização e patologização da infância, considerando também contribuições dos estudos em políticas públicas, formação profissional e clínica ampliada.

Dessa forma, a articulação entre a base teórica e o percurso metodológico visa produzir conhecimento que questione os efeitos da patologização e aponte alternativas comprometidas com o desenvolvimento humano integral. Ao adotar as funções mentais superiores como categoria analítica e política, esta pesquisa afirma uma concepção de infância orientada pela escuta, pela mediação e pela valorização da potência constitutiva dos sujeitos, inclusive nos contextos de maior vulnerabilidade.

Conceito de Deficiência

O reconhecimento das condições de vida das pessoas com deficiência como questão de direitos humanos, alinhado ao sistema internacional de proteção, é uma conquista recente, que revela a inserção de uma estrutura jurídica e política de base liberal em sociedades moldadas por valores capacitistas (CAMPBELL, 2009). O capacitismo, nesse contexto, é entendido como fenômeno estrutural e intersubjetivo relacionado ao capitalismo, que favorece certas expressões corporais e reduz a deficiência a um problema individual de corpo e saúde, em vez de uma questão ideológica que engendra crenças e práticas opressivas (CAMPBELL, 2009).

O debate sobre os direitos das pessoas com deficiência culminou na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela ONU em 2006 e ratificada pelo Brasil em 2009, com força constitucional (BRASIL, 2009). A CDPD, tratado de direitos humanos, define a deficiência não apenas como condição orgânica, mas sobretudo em função de barreiras sociais e ambientais que limitam a participação social, abordando princípios como acessibilidade, respeito à diversidade humana e preservação da identidade (PIOVESAN; SILVA; CAMPOLI, 2014).

No campo educacional, a CDPD propõe que o Estado garanta sistemas inclusivos que respeitem a diversidade humana, promovendo condições que eliminem a exclusão e a discriminação e assegurem o desenvolvimento potencial das pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, ao longo de toda a vida (BRASIL, 2009; OLIVEIRA; RESENDE, 2008). Essas políticas envolvem infraestrutura acessível, capacitação de professores — inclusive docentes com deficiência — e ambientes que favoreçam o desenvolvimento acadêmico e social (SOUZA, 2022).

Segundo Souza (2022), o modelo social de deficiência e as políticas de educação inclusiva são orientados pela noção de acessibilidade, em consonância com o desenvolvimento humano e com os conceitos de funcionalidade e incapacidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Nesse modelo, a deficiência não é definida pelos impedimentos físicos, mas como construção social que requer resposta política para a eliminação de barreiras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A ideia de equidade associada à justiça social, conforme expressa no modelo social de deficiência, evidencia a necessidade de remover barreiras à participação social, mas também revela limitação quando foca apenas em ajustes mecânicos, sem considerar o histórico de exclusão e as marcas culturais, o que restringe o potencial de transformação social (SOUZA, 2022).

Ao contrastar com o modelo médico, o modelo social amplia a compreensão da deficiência para além da dimensão privada, interpretando-a como condição resultante de fatores sociopolíticos e econômicos. Assim, a deficiência reflete a interação entre corpo e ambiente social, revelando desigualdades que podem ser compreendidas como forma de opressão estrutural (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007; DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Na educação, a inclusão propõe mudanças substanciais: compromisso do Estado com a escolarização das pessoas com deficiência, integração desses alunos em escolas regulares e revisão das funções sociais e pedagógicas da escola (SOUZA, 2022). Contudo, as políticas educacionais inclusivas, em grande parte, ainda se mantêm sob perspectiva instrumental que busca preparar o indivíduo com deficiência para o mercado de trabalho futuro, sem promover transformação profunda das estruturas sociais que produzem a exclusão (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Em conclusão, embora as políticas de direitos humanos ofereçam base normativa para a dignidade e a participação das pessoas com deficiência, elas convivem com as contradições de um sistema econômico e social desigual. A inclusão educativa, ao enfatizar o desenvolvimento humano e a remoção de barreiras, abre caminhos para a humanização, ainda que permaneça limitada por uma perspectiva que, em última instância, preserva as contradições estruturais do capitalismo (GENTILI, 2009; VIGOTSKY, 1995).

Para compreender a relevância dos princípios teóricos e metodológicos de Lev S. Vigotsky, é fundamental considerar o contexto histórico de suas ideias. Tuleski (2008) argumenta que os conceitos e proposições de Vigotsky adquirem significado principalmente na luta pela transformação das relações sociais de produção, refletindo originalidade e valor humanista-revolucionário que ressoam até hoje. O exame de suas obras revela o caráter inacabado de

seu trabalho, indicando que suas formulações teóricas abrem novas possibilidades de desenvolvimento conceitual, em vez de encerrar um sistema fechado de ideias.

Imerso em cenário revolucionário, Vigotsky (1994) engajou-se na construção de uma sociedade orientada pelos ideais socialistas de igualdade e justiça social. Prestes e Tunes (2017) mostram que ele participou ativamente de movimentos sociais e organizações partidárias da época, revelando comprometimento com as transformações políticas e sociais em curso. Uma prioridade do novo governo soviético — também abraçada por Vigotsky — era o desenvolvimento de uma escola pública, popular e laica. No âmbito educacional, contribuiu para a Defectologia, área dedicada à educação de pessoas com deficiência, e participou da criação de um sistema de ensino nacional com princípios democráticos, visando à construção de uma escola única e acessível a todos (GENTILI, 2002). Nesse contexto, a dignidade humana era pressuposto da nova ordem social e, portanto, não se discutiam direitos humanos como pauta dissociada, pois a educação era vista como essencial para a formação de um novo ser humano.

Nesse cenário, Vigotsky (1994) buscou elaborar uma psicologia focada na formação da personalidade e no desenvolvimento humano, com forte intersecção com a educação e fundamentação marxista. De acordo com Shuare (2017), propôs-se a aplicar, de forma inovadora, o materialismo histórico-dialético à psicologia, inaugurando uma nova abordagem na psicologia soviética. Assumindo o caráter social do psiquismo humano e o historicismo como base analítica, Vigotsky (1994) considerava a sociedade como formadora da personalidade, entendendo que a atividade produtiva humana transforma tanto o meio quanto o próprio ser humano. Desse modo, o trabalho media a relação entre ser humano e ambiente, possibilitando a criação e o uso de instrumentos e signos que expandem a atividade social e afetam a organização e a expressão das funções psíquicas (GENTILI, 2002).

Vigotsky formulou a Lei Geral do Desenvolvimento Cultural, que descreve como o desenvolvimento individual é interdependente do desenvolvimento histórico da humanidade. Sob essa perspectiva, o ser humano é essencialmente social, e o desenvolvimento de suas características ocorre em relação direta com a sociedade (PRESTES; TUNES, 2017).

A educação escolar, em especial, ocupa posição central no desenvolvimento das funções psíquicas que moldam a personalidade, funcionando como mediadora no acesso ao conhecimento científico, artístico e filosófico acumulado historicamente. A prática de ensino, ao incorporar essas funções sociais na personalidade, permite que o indivíduo

alcançe o potencial humano pleno e amplie sua participação social.

Assim, os postulados de Vigotsky sugerem que o desenvolvimento humano é moldado por condições sociais concretas, sendo mediado por processos culturais e pela educação escolar. Seu legado afasta-se de visões biologicistas e ambientalistas do desenvolvimento, que permanecem influentes ao associar o desenvolvimento a padrões de normalidade, ignorando a diversidade de experiências e os contextos socioculturais que condicionam o crescimento humano. Nesse sentido, Vigotsky oferece crítica à ordem social capacitista e desigual, em que as oportunidades de desenvolvimento não são igualmente acessíveis. Essa crítica articula-se à luta pela ampliação de direitos sociais, como o direito à educação.

Consideramos que a teorização de Vigotsky (s/d), ao sintetizar o desenvolvimento histórico da humanidade e centralizar a universalidade social nas mediações que constituem a vida humana, contribui para a construção de uma existência humana digna (MARTINS; RABATINI, 2011).

O estudo sobre a deficiência permeia todo o trabalho investigativo de Vigotsky quanto à conexão entre desenvolvimento e educação. O crescimento da criança com deficiência está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento histórico da humanidade. Nesse contexto, a coletânea *Fundamentos de Defectologia* reflete o compromisso de Vigotsky em discutir desvios dos padrões típicos de desenvolvimento como via para compreender, mais amplamente, os processos de desenvolvimento (DAINEZ, 2017).

Ao adotar a dialética entre natureza e cultura para explicar as leis gerais do desenvolvimento, Vigotsky (1995) destaca a dinâmica dos processos psíquicos. Disso decorre sua crítica vigorosa à visão hegemônica da deficiência, baseada em modelo médico-organicista de viés reducionista biológico. Sem desconsiderar a base biológica, opõe-se a perspectivas naturalistas e mecanicistas de sua época, analisando a deficiência como condição humana de desenvolvimento profundamente influenciada pela dinâmica social e histórica — em outras palavras, um fenômeno de desenvolvimento sociocultural.

Essa abordagem implica que, ao discutirmos a deficiência, devemos concentrar a análise na relação da criança com o meio social, examinando como as condições sociais impactam a dimensão orgânica e definem os processos que moldam o desenvolvimento cultural da personalidade. Nos escritos de Vigotsky, fica claro que a ciência defectológica deve se voltar não para o déficit, mas para as condições de vida que influenciam o desenvolvimento cultural da criança com deficiência (DAINEZ, 2017).

Vigotsky (1995) situa a deficiência no contexto social do desenvolvimento, considerando signos e instrumentos como “órgãos sociais” criados nas relações e atividades humanas,

que orientam a organização e o desenvolvimento das funções psíquicas. O ser humano não atua apenas diretamente sobre o objeto, mas também indiretamente. O desenvolvimento se dá por “caminhos indiretos” — mediadores sociais adquiridos historicamente. Isso significa que a cultura direciona o percurso do desenvolvimento do indivíduo e molda o conteúdo de seu comportamento. Assim, compreende-se a natureza dinâmica da deficiência, afetada por processos educacionais, mediações sociais e condições concretas de vida (DAINEZ, 2017). O autor argumenta que, no processo de desenvolvimento, ocorre intersecção entre duas linhas: a natural e a cultural, entrelaçadas de tal forma que não podem ser separadas. No caso da deficiência, essas linhas não coincidem, pois a organização do meio social não abarca a diversidade de formas de constituição do ser humano. Isso evidencia a complexidade da deficiência, que vai além da soma de sintomas e consequências primárias ligadas à dimensão biológica. As consequências secundárias, de natureza sociocultural, são, assim, trazidas ao centro da análise, da ação e da intervenção.

Devemos considerar que, embora o déficit possa impulsionar processos criativos de desenvolvimento humano — estimulando novas vias e canais —, a forma como a sociedade concebe e define a deficiência pode gerar barreiras que resultam em exclusão, discriminação e segregação. A deficiência pode abrir (ou não) novas possibilidades de desenvolvimento cultural, a depender da estrutura social em suas múltiplas dimensões.

Na perspectiva histórico-cultural, sobressai a tensão entre a concepção de deficiência e o modelo de sociedade. Assim, a valorização de um tipo psicofísico humano predominante em sociedade capacitista revela a norma como princípio regulador da vida social (GARCIA, 2016), resultando em barreiras sociais, psicológicas e físicas ao desenvolvimento e à participação cultural daqueles que, embora envolvidos na produção social, são vistos à margem desse processo. Potencialidades e limites do desenvolvimento são, portanto, definidos e moldados socialmente.

Acompanhando essa linha de pensamento, Stetsenko e Selau (2018) definem a deficiência como condição de desenvolvimento extranormativo, cujo curso e forma se estabelecem nas práticas socioculturais. Com essa afirmação, os autores avançam conceitualmente, opondo-se à visão deficitária da deficiência e focalizando as diferenças nos processos de desenvolvimento. Nesse contexto, é crucial considerar a variabilidade do desenvolvimento humano, uma vez que Vigotsky buscou explicar as regularidades dos processos sem eliminar o divergente e o variável. Sua perspectiva foi inovadora e prospectiva, defendendo a variabilidade na constituição da pessoa, sem restringi-la a um tipo específico de humano.

4. MÉTODO E PESQUISA

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, com ênfase na análise documental. O objeto de investigação são os critérios de encaminhamento clínico para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), estudados a partir de registros produzidos por profissionais em uma clínica especializada. O objetivo é compreender os sentidos atribuídos aos comportamentos infantis, às suspeitas diagnósticas e às orientações terapêuticas, à luz da Psicologia Histórico-Cultural (PHC).

A opção pela abordagem qualitativa encontra-se em consonância com os objetivos do estudo, que visam acessar significados, sentidos e práticas sociais presentes nos documentos clínicos, em vez de quantificar variáveis isoladas. Segundo Minayo (2001) e Stake (2006), a pesquisa qualitativa é apropriada para explorar fenômenos em profundidade, respeitando a complexidade dos contextos em que se manifestam.

Conforme Yin (2015), o estudo de caso é uma estratégia metodológica adequada para examinar fenômenos contemporâneos em seus contextos reais, especialmente quando as fronteiras entre fenômeno e contexto não são claramente delimitadas. O presente estudo atende a essas condições, pois busca compreender como os critérios de encaminhamento clínico para avaliação de TEA são formulados por profissionais dentro de um contexto institucional específico: uma clínica de Análise do Comportamento Aplicada (ABA), localizada na região Centro-Oeste do Brasil.

Este é, portanto, um estudo de caso exploratório, voltado à construção de hipóteses e à compreensão inicial de um fenômeno ainda pouco descrito na literatura sob a perspectiva adotada. Não se pretende testar teorias, mas identificar categorias e relações que permitam problematizar práticas profissionais e institucionais de saúde mental infantil, em especial a partir da compreensão da infância como construção histórica e cultural, conforme proposto pela Psicologia Histórico-Cultural.

A escolha do estudo de caso justifica-se pela possibilidade de investigação profunda, contextualizada e relacional. Stake (2006) argumenta que esse tipo de pesquisa favorece um olhar interpretativo e dialógico sobre os dados, permitindo acessar as múltiplas dimensões de um fenômeno em um campo empírico delimitado.

No presente trabalho, a análise documental constitui recurso metodológico essencial para investigar práticas institucionais. Segundo Cellard (2008), os documentos oferecem vestígios de práticas e discursos produzidos em contextos específicos, refletindo valores, normas e posicionamentos teóricos. Assim, os documentos clínicos analisados

(encaminhamentos e laudos) são compreendidos como produções sociais impregnadas de significados históricos e culturais, cuja análise possibilita identificar as bases que sustentam as decisões clínicas relativas ao TEA.

A pesquisa fundamenta-se na Psicologia Histórico-Cultural, proposta por Lev Vigotsky e desenvolvida por seus colaboradores. Essa abordagem entende o desenvolvimento humano como resultado da interação dialética entre fatores biológicos e condições histórico-sociais. Dessa forma, comportamentos, sentimentos e modos de agir são sempre mediados por instrumentos simbólicos e pelas relações sociais (VIGOTSKY, 2001; LURIA, 1986; LEONTIEV, 1978).

Ao adotar esse referencial, parte-se do pressuposto de que os documentos clínicos não são registros neutros de sintomas ou indicadores diagnósticos, mas expressões de modos socialmente construídos de compreender a infância e a normalidade/desvio, sobretudo em relação à conduta infantil e ao comportamento social.

4.1 Critérios de seleção do local e dos documentos

A escolha da clínica especializada em Análise do Comportamento Aplicada (ABA), localizada na região Centro-Oeste, baseou-se em critérios teórico-práticos e éticos. Trata-se de um espaço institucional que recebe regularmente crianças com suspeita ou diagnóstico de TEA, constituindo-se em locus privilegiado para o levantamento e análise dos encaminhamentos clínicos.

Os critérios de inclusão dos documentos foram: produzidos por profissionais da saúde ou da educação no contexto de encaminhamento clínico; referentes a crianças e adolescentes com suspeita de TEA; emitidos entre os anos de 2022 e 2024; acompanhados de autorização para uso em pesquisa, com os dados devidamente anonimizados.

Foram excluídos documentos que: não envolvessem referência explícita ao TEA; não apresentassem elementos clínicos ou descritivos suficientes; correspondessem a pacientes adultos ou a atendimentos fora do escopo clínico da infância.

A escolha da instituição segue os critérios de acessibilidade, relevância institucional e densidade empírica (STAKE, 2006). O banco de dados da clínica, consolidado e disponibilizado mediante autorização formal, garante viabilidade e profundidade ao estudo.

4.2 Procedimentos de pesquisa

Foram levantados oito documentos de encaminhamentos, enviados pela coordenação da

clínica à pesquisadora principal, devidamente padronizados e anonimizados. Esses documentos incluem: laudos psicológicos; relatórios de avaliação; encaminhamento escolares ou médicos; fichas clínicas e pareceres profissionais.

Todos os dados foram armazenados em ambiente criptografado, com backup seguro, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Para assegurar coerência, foi elaborado um Roteiro de Análise Documental, fundamentado na Psicologia Histórico-Cultural, com os seguintes eixos: perfil sociodemográfico da criança; origem e natureza do encaminhamento; descrição dos comportamentos destacados; hipóteses diagnósticas e intervenções recomendadas; concepções implícitas de infância e desenvolvimento; justificativas para uso do rótulo de TEA.

4.3 Técnica de análise dos dados

A análise dos documentos seguiu a análise de conteúdo temática (Bardin, 2011) em três etapas:

Pré-análise: leitura flutuante, organização do corpus e categorização preliminar;

Exploração do material: identificação de unidades de registro, codificação e agrupamento por temas;

Tratamento e interpretação: articulação dos temas emergentes.

No contexto da PHC, a análise compreende os documentos como expressões simbólicas de práticas sociais. Como afirma Vigotsky (2001), todo signo carrega a história de seu uso social. Assim, examinam-se não apenas informações descritivas, mas também os valores, normas e ideologias que atravessam termos como “desenvolvimento típico”, “comportamento desafiador” ou “necessidade de intervenção precoce”.

Além disso, a análise busca compreender: os comportamentos infantis destacados e sua interpretação; as justificativas de encaminhamento e suas articulações com demandas escolares, familiares ou políticas; os discursos predominantes (médico, psicológico, educacional).

Esses elementos são interpretados à luz da noção de mediação simbólica (VIGOTSKY, 2001) e do conceito de atividade humana como categoria central da formação psíquica (LEONTIEV, 1978).

4.4 Riscos identificados

Os riscos potenciais da pesquisa concentram-se em: exposição de informações sensíveis; violação de sigilo de pacientes; uso indevido dos documentos analisados.

4.5 Medidas de mitigação

Para reduzir esses riscos, foram adotadas as seguintes medidas: anonimização completa de dados pessoais; armazenamento em ambiente digital criptografado, com acesso restrito; proibição de cópias em nuvens públicas ou dispositivos pessoais; assinatura de Termo de Confidencialidade pela pesquisadora; manutenção de diário de campo reflexivo para monitoramento ético. Essas estratégias asseguram a integridade ética e a confidencialidade da pesquisa.

4.6 Considerações éticas e epistemológicas

A Psicologia Histórico-Cultural não reconhece o pesquisador como sujeito neutro, mas como agente historicamente situado, que interfere na realidade e é por ela influenciado. Dessa forma, a reflexividade constitui princípio metodológico essencial.

O método, portanto, não é concebido como técnica operacional, mas como instrumento de aproximação da realidade, articulado à teoria que orienta o olhar do pesquisador. Na PHC, deve-se apreender o processo, o movimento e a totalidade concreta do fenômeno, e não apenas seus efeitos aparentes (VIGOTSKY, 2001).

Assim, a análise dos documentos clínicos busca compreender os sentidos socialmente construídos em torno da infância, da normalidade e do sofrimento psíquico. Essa perspectiva permite: superar leituras individualizantes; compreender laudos e encaminhamentos como práticas sociais; analisar o diagnóstico de TEA em contextos de disputas institucionais, pressões familiares e políticas públicas.

Síntese metodológica

A presente metodologia foi delineada para uma análise crítica e contextualizada dos critérios de encaminhamento clínico para o TEA, à luz da Psicologia Histórico-Cultural. A articulação entre estudo de caso exploratório e análise documental mostra-se adequada para acessar práticas clínicas reais e discursos institucionais.

Busca-se, portanto, ir além da descrição técnica dos documentos, compreendendo as representações sociais de infância e comportamento atípico, os saberes profissionais

envolvidos na suspeição diagnóstica e os determinantes culturais que orientam os encaminhamentos.

Por meio da articulação entre método e teoria, evidencia-se que o encaminhamento clínico não é um ato neutro, mas um ato simbólico, permeado por valores sociais, concepções de desenvolvimento e relações de poder. Essa compreensão contribui para o debate sobre medicalização da infância, diagnóstico precoce e a construção de práticas clínicas mais éticas, reflexivas e comprometidas com o desenvolvimento integral da criança.

5 RESULTADOS

A organização dos resultados desta pesquisa seguiu critérios fundamentados na abordagem qualitativa, com base no estudo de caso e na análise documental de encaminhamentos clínicos de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA). O objetivo central da investigação consistiu em compreender os critérios utilizados nos encaminhamentos para avaliação e tratamento. Para tanto, os dados foram sistematizados em três eixos analíticos: (I) natureza e conteúdo dos encaminhamentos; (II) perfil das crianças encaminhadas; e (III) presença ou ausência de justificativas clínicas e diálogo interdisciplinar.

Inicialmente, os documentos foram organizados conforme a origem institucional (privada), o tipo de profissional responsável pelo encaminhamento (médico, psicólogo, pedagogo, entre outros) e o ano de emissão. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante e a categorização preliminar dos registros, considerando elementos como indicação diagnóstica, justificativas clínicas, recomendações de tratamento e referências à avaliação psicológica.

A partir dessa sistematização inicial, os dados foram agrupados em categorias temáticas emergentes, segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esse procedimento possibilitou identificar padrões, recorrências e lacunas nos encaminhamentos, os quais foram analisados à luz da Psicologia Histórico-Cultural, considerando o pressuposto de que o desenvolvimento humano é mediado social e culturalmente, e de que as práticas de encaminhamento carregam significados ideológicos e institucionais.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva e interpretativa, buscando preservar a singularidade dos documentos analisados e, ao mesmo tempo, destacar tendências coletivas das práticas de encaminhamento. As análises contemplaram tanto os critérios

explícitos (como sinais comportamentais mencionados ou uso de classificações diagnósticas) quanto as ausências significativas, como a falta de justificativas clínicas individualizadas, a ausência de histórico de desenvolvimento e a não inclusão de pareceres de outros profissionais.

Esta forma de organização revela uma compreensão restrita do autismo, frequentemente reduzido a uma condição deficitária, descolada das mediações culturais que estruturam o desenvolvimento humano. Ao reduzir o sujeito ao diagnóstico e às manifestações clínicas observáveis, os encaminhamentos analisados desconsideram que o comportamento é constituído na e pela relação com o outro, como defendem Vigotsky (1996) e Luria (1981). O conceito de deficiência que emerge dos encaminhamentos permanece fortemente ancorado no modelo biomédico, que associa deficiência a limitações funcionais individuais. No entanto, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) define deficiência como “um impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015, art. 2º). Essa definição desloca o foco do déficit para a relação entre o sujeito e o meio, reconhecendo o papel das barreiras atitudinais, comunicacionais e institucionais na produção da deficiência.

No campo clínico, isso implica a necessidade de que os encaminhamentos contemplem não apenas a descrição do comportamento, mas também os contextos que moldam e restringem (ou potencializam) o desenvolvimento da criança. Os documentos analisados, no entanto, revelaram um padrão recorrente de prescrições universalizadas, com recomendações idênticas para diferentes sujeitos. Tal prática contraria a diretriz da LBI, segundo a qual “a avaliação da deficiência deve considerar os impedimentos nas funções e estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais” (BRASIL, 2015, art. 2º, §1º). A ausência desse olhar ampliado restringe a função do encaminhamento a um ato burocrático de acesso ao serviço, em vez de uma ação comprometida com um plano terapêutico singularizado e contextualizado.

Observa-se que a organização dos resultados dos documentos evidencia, portanto, não apenas fragilidades técnicas, mas também os efeitos da patologização da infância como processo institucionalizado. Como discutem Ribeiro (2023) e Cunha (2023), o diagnóstico precoce, quando dissociado da escuta e da mediação, tende a cristalizar a diferença como déficit, interditando a subjetividade da criança e favorecendo práticas de exclusão simbólica.

A partir da triangulação entre os dados e os referenciais teóricos e legais mobilizados, conclui-se que os encaminhamentos analisados operam, em sua maioria, sob uma lógica normativo-reparadora, em detrimento de uma perspectiva crítica e formativa. Esse achado reforça a necessidade de formação ética e política dos profissionais da saúde e da educação, bem como de políticas públicas que incentivem práticas avaliativas interdisciplinares, comprometidas com os princípios da equidade, da singularidade e da humanização do cuidado.

Por fim, os resultados foram cotejados com os princípios normativos da Resolução CFP n. 09/2018, a fim de analisar a adequação das práticas de encaminhamento em relação às diretrizes da avaliação psicológica no Brasil.

5.1 Descrição dos encaminhamentos analisados

Encaminhamento 1: D.M

Documento: Laudo médico.

Profissional: Neurologista pediátrica.

Data: 02/05/2023.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0 / CID-11: 6A02.X.

Sexo: Masculino.

Idade: 3 anos e 2 meses.

Conteúdo: Encaminhamento detalhado para psicoterapia ABA (20 horas semanais), descrevendo prejuízos em habilidades sociais, linguagem e comportamento. Objetivos terapêuticos claros, incluindo orientação familiar e treino social visando retorno escolar.

Encaminhamento 2: A.S

Documento: Não nomeado.

Profissional: Neuropediatra.

Data: 30/01/2024.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: 8 anos e 10 meses.

Conteúdo: Encaminhamento para psicoterapia ABA (1 hora/dia, 5x semanais). Registra dificuldades como desobediência e escrita não especificada, mas com trechos ilegíveis.

Encaminhamento 3: M.S

Documento: Laudo médico.

Profissional: Neuropediatra.

Data: 25/06/2024.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Encaminhamento para psicoterapia ABA (1 hora/dia, 5x semanais), fonoaudiologia (2x semanais), terapia ocupacional com integração sensorial (2x semanais) e apoio escolar. Não descreve prejuízos clínicos.

Encaminhamento 4: J.G

Documento: Não nomeado.

Profissional: Neurologista.

Data: 30/08/2023.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0; TDAH — CID-10: F90.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Psicoterapia ABA (1 hora/dia, 4x semanais), fonoaudiologia (3x semanais), terapia ocupacional (2x semanais) e psicopedagogia (3x semanais). Relata prejuízos atencionais, impulsividade e comprometimento da fala.

Encaminhamento 5: N.M

Documento: Não nomeado.

Profissional: Neurologista.

Data: 04/07/2024.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Psicoterapia ABA (2 horas/dia, 5x semanais). Não descreve prejuízos clínicos.

Encaminhamento 6: G.S

Documento: Laudo médico.

Profissional: Neuropediatra.

Data: 04/07/2024.

Diagnóstico: Suspeita de TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Psicoterapia ABA, fonoaudiologia e terapia ocupacional com integração sensorial. Não descreve prejuízos clínicos.

Encaminhamento 7: L.D

Documento: Não nomeado.

Profissional: Neurologista.

Data: 06/05/2024.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Psicoterapia ABA (4 horas por sessão). Não descreve prejuízos clínicos.

Encaminhamento 8: A.A

Documento: Não nomeado.

Profissional: Neurologista.

Data: 06/05/2024.

Diagnóstico: TEA — CID-10: F84.0.

Sexo: Masculino.

Idade: Não informada.

Conteúdo: Psicoterapia ABA (2 horas por sessão, 5x semanais). Não descreve prejuízos clínicos.

5.2 Síntese dos achados

A análise documental de oito encaminhamentos clínicos revelou: Padronização das recomendações terapêuticas, com prescrições idênticas entre diferentes sujeitos. 67% dos documentos apresentaram como única justificativa o diagnóstico de TEA, sem detalhamento de sinais clínicos ou histórico. 88% recomendaram intervenções intensivas, com carga horária mínima de 4 horas semanais, sem justificativas individualizadas. 75% não informaram a idade da criança. 100% foram emitidos por médicos, sem participação de outros profissionais. 100% dos encaminhamentos foram destinados a

meninos, sugerindo possível viés de gênero.

Os encaminhamentos, em sua maioria, revelam insensibilidade à singularidade da criança, reforçando um modelo biomédico de normalização. Essa prática contradiz tanto a Psicologia Histórico-Cultural — que enfatiza mediações sociais no desenvolvimento (Vigotsky, 1996; Luria, 1981) — quanto os princípios da Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015).

6 DISCUSSÃO

Análise crítica de encaminhamentos médicos para psicoterapia ABA no TEA

Este capítulo tem como objetivo realizar uma análise crítica de encaminhamentos médicos para psicoterapia baseada na Análise do Comportamento Aplicada (ABA), emitidos para crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A análise é realizada à luz da Psicologia Histórico-Cultural (PHC), com base na triangulação teórica com Silva (2011), Caldas (2021) e Picollo (2021), autores que propõem olhar crítico sobre a medicalização da infância, a fragmentação das práticas terapêuticas e a tecnicização da clínica.

Parte-se do pressuposto de que a atuação psicológica deve comprometer-se com a construção da subjetividade em contextos históricos e culturais concretos e de que o sofrimento infantil não pode ser compreendido isoladamente, como mera expressão de déficits neurológicos ou desordens biológicas, mas como manifestação de contradições sociais e educativas que atravessam a vida da criança.

Os laudos analisados evidenciam prática recorrente na clínica contemporânea: a conversão de comportamentos e manifestações subjetivas diversas em categorias diagnósticas fixas, por meio da classificação nos sistemas internacionais CID-10 e CID-11. A prevalência do código F84.0 (TEA) revela não apenas o uso hegemônico de categorias biomédicas, mas também sua aplicação descontextualizada, desprovida de análise do ambiente em que a criança vive, de sua história de vida e de suas relações escolares e familiares.

Silva (2011) argumenta que tal tendência decorre de processo mais amplo de biologização das emoções, no qual o sofrimento passa a ser compreendido como distúrbio interno, eliminando-se sua dimensão social e histórica. A autora afirma: “A naturalização dos processos emocionais e comportamentais impede a compreensão do psiquismo em sua totalidade histórica, tornando o sofrimento uma entidade clínica isolada” (SILVA, 2011, p. 6).

Nessa perspectiva, os laudos funcionam como dispositivos de captura da subjetividade, transformando expressões de mal-estar infantil em objetos de intervenção técnica. Trata-se de movimento de silenciamento das condições reais de existência das crianças, reduzidas à lógica diagnóstica. A redução opera não apenas no plano conceitual: tem consequências práticas relevantes, pois legitima intervenções que desconsideram o sujeito e reforçam estratégias de regulação e controle da conduta.

A prescrição médica é atribuição profissional prevista e regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). De acordo com a Resolução CFM n. 1.931/2009, que aprova o Código de Ética Médica, é direito e dever do médico encaminhar o paciente sempre que houver necessidade de avaliação complementar, diagnóstico especializado ou intervenção que ultrapasse os limites de sua área de atuação. A Resolução CFM n. 1.658/2002 reforça que a prescrição deve basear-se em avaliação clínica criteriosa e conter informações suficientes para orientar a conduta do profissional que receberá o paciente, garantindo continuidade e coerência do cuidado. Em outras palavras, a prescrição deve ser tecnicamente justificada, fundamentada em dados clínicos objetivos e subjetivos, respeitando a singularidade do paciente.

No caso do TEA, as prescrições médicas assumem papel estratégico na definição do percurso terapêutico. Contudo, como observado nesta análise documental, há fragilidades significativas no conteúdo das prescrições, como ausência de informações clínicas individualizadas, justificativas terapêuticas genéricas e indicação direta de terapias específicas sem diálogo interdisciplinar.

Um aspecto particularmente preocupante refere-se à prescrição de carga horária terapêutica fixa, muitas vezes sem consulta aos profissionais que construirão o plano de intervenção (psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos). Tal prática ultrapassa o escopo da prescrição médica e passa a incidir na formulação direta do plano terapêutico, o que pode comprometer a autonomia dos demais profissionais e gerar conflitos éticos e técnicos. De acordo com a Resolução CFM n. 2.217/2018, cabe ao médico indicar o tratamento mais adequado, com base em evidências e em benefício do paciente, respeitando os limites do exercício profissional e evitando interferir em competências de outras áreas da saúde. A Resolução CFP n. 10/2005, por exemplo, define que apenas psicólogos são responsáveis pela elaboração do plano de atendimento psicológico, considerando fatores clínicos, ambientais e subjetivos da criança.

A noção de Ato Médico foi formalizada no Brasil pela Lei n. 12.842/2013, que define como privativas do médico ações como diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos. A

própria legislação, entretanto, reconhece que o planejamento e a execução de procedimentos terapêuticos específicos (psicoterapia, terapia ocupacional, fonoterapia) **não** constituem atos exclusivos da Medicina. Assim, a prescrição de número fixo de horas de terapias como ABA, fonoaudiologia ou terapia ocupacional, sem avaliação e pactuação com a equipe, fere o princípio da integralidade do cuidado e pode configurar invasão de competência, contrariando a interdisciplinaridade prevista no SUS e nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Psicossocial (PNAP).

Na prática, observa-se a substituição do diálogo interprofissional por prescrição unidirecional, na qual o médico define, sozinho, o tratamento completo, por vezes sem considerar o contexto familiar, escolar ou emocional do paciente. Essa dinâmica implica:

Restrição da autonomia profissional: psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos recebem “pacotes fechados” de horas, limitando a construção de plano individualizado.

Redução da singularidade do sujeito: o número de horas é definido abstratamente, desconsiderando condições reais da criança.

Risco de judicialização: prescrições inflexíveis são frequentemente usadas para exigir judicialmente atendimentos com base em um parecer médico, ainda que sem planejamento integrado.

A prescrição terapêutica deve ser compreendida como prática social situada historicamente, e não como ato técnico neutro. Isso implica considerar valores sociais, institucionais e culturais que organizam a leitura do sofrimento psíquico e das dificuldades de desenvolvimento no campo da saúde e da educação. O modelo centrado na prescrição médica única, dissociado do plano construído em equipe, reproduz lógica medicalizante que enfraquece a noção de sujeito ativo no desenvolvimento. Conforme Vigotsky (1993), o desenvolvimento não se dá por intervenção sobre o corpo isoladamente, mas pela mediação simbólica e pela ação conjunta em contextos de significação.

Ao naturalizar a autoridade médica sobre o projeto terapêutico, perde-se a possibilidade de analisar a criança em sua totalidade — histórica, social, educacional e familiar. O resultado é a produção de encaminhamentos genéricos e descontextualizados, que não promovem desenvolvimento, mas mantêm lógica corretiva e padronizada.

A análise crítica da prescrição médica, à luz das resoluções do CFM, da legislação do Ato Médico e das práticas terapêuticas no contexto do TEA, permite concluir que: (a) a prescrição é instrumento técnico importante, mas deve ser clinicamente justificada e aberta à construção interdisciplinar; (b) a prescrição fechada de horas terapêuticas, sem escuta da equipe, compromete a qualidade e a adequação do tratamento; (c) o Ato Médico não

autoriza a formulação isolada do plano de intervenção; (d) é necessário fortalecer a lógica do cuidado em rede, em que o médico contribui com a avaliação diagnóstica, sem monopolizar decisões clínicas.

No caso do TEA, as prescrições analisadas revelam precisamente esse funcionamento do poder médico: a partir de laudo e prescrição padrão, instituem-se protocolos de intervenção padronizados, desconsiderando a singularidade da criança e a participação de outros saberes, como o pedagógico, o psicológico e o social. O laudo atua como documento de poder, produzindo efeitos clínicos, sociais e jurídicos — determina quem acessa terapias, quantas horas serão concedidas e qual abordagem será aceita —, tornando-se instrumento de controle institucional da infância. Tal funcionamento ecoa a crítica às disciplinas (escolas, hospitais, prisões), que operam sobre corpos e subjetividades por meio de saberes aparentemente neutros, porém ideológicos e normativos.

A PHC alerta para a naturalização do sofrimento, apontando o risco de transformar a intervenção clínica em mecanismo de controle, e não de emancipação. As prescrições médicas e os laudos correlatos não podem ser lidos apenas como documentos técnicos: são práticas discursivas que produzem sujeitos, definem itinerários e reforçam hierarquias entre saberes — especialmente quando privilegiam o discurso médico em detrimento da escuta multiprofissional e do diálogo com família e escola.

Esta pesquisa evidenciou que a maioria das prescrições médicas para tratamento de crianças com TEA foi formulada sem consulta à equipe multidisciplinar e com terapias e cargas horárias padronizadas. Impõe-se, portanto, o fortalecimento de uma análise crítica dessas práticas, para romper a lógica de medicalização e construir projeto terapêutico efetivamente comprometido com o desenvolvimento humano em sua totalidade. As prescrições analisadas não são apenas clínicas: são também documentos de poder que estabelecem trajetórias institucionais e delimitam o campo de atuação de outros profissionais.

A PHC tem criticado a forma como a saúde mental captura a infância em classificações diagnósticas que apagam história, cultura e sentidos das experiências. A análise de Ribeiro (2023) denuncia os efeitos da medicalização no campo da infância e oferece contraponto à leitura exclusivamente técnica das falhas na prescrição: a prescrição descontextualizada — marcada por ausência de escuta, diagnósticos apressados e padronização de condutas — integra um sistema de regulação social que atua sobre a diferença, reduzindo a complexidade subjetiva a sintomas e substituindo a escuta por classificações. Quando esses processos são registrados de forma precária ou incompleta, como demonstram Garritano et al. (2020), não está em jogo apenas a efetividade de um tratamento, mas a possibilidade de

reconhecimento do sujeito no interior das práticas de cuidado.

Cunha (2023), ao investigar o desenvolvimento de crianças com diagnóstico de TEA em contexto escolar, evidencia que o avanço em funções cognitivas como atenção, linguagem e planejamento não depende de intervenções corretivas centradas na normalização da conduta, mas da inserção em práticas educativas intencionais, baseadas na mediação simbólica e na construção de vínculos. Esse achado desestabiliza o discurso clínico que justifica a padronização de procedimentos terapêuticos — inclusive a prescrição de condutas e cargas horárias padronizadas — e reafirma que a singularidade do sujeito deve ser ponto de partida do planejamento.

A crítica à patologização encontra ressonância em Tessaro e Silva (2022), que analisam o papel da escola na produção de discursos sobre fracasso infantil. As autoras mostram que a dificuldade institucional de lidar com a diversidade de trajetórias e estilos de aprendizagem tende a ser convertida em explicações medicalizantes, deslocando o problema para o interior do sujeito. Isso repercute na lógica da prescrição médica, transformando experiências escolares em sintomas clínicos, muitas vezes sem esgotar as possibilidades pedagógicas; produz-se, assim, a criança a partir de sua “falha”, e não de sua história de desenvolvimento possível.

Barroco (2009) aprofunda essa análise ao defender que o desenvolvimento humano depende da apropriação das elaborações culturais e da possibilidade de circulação de saberes. Quando o acesso à cultura é substituído pela fixação em diagnósticos e por prescrições desarticuladas da escuta e da mediação simbólica, não se produz cuidado, mas silenciamento. A ausência de informações relevantes nas prescrições, tal como demonstram Aguiar et al. (2006), deve ser interpretada como índice de uma prática descomprometida com o processo formativo do sujeito.

Nessa direção, a prescrição deve ser compreendida como instrumento de cuidado que só adquire sentido clínico se articulado a uma concepção de sujeito histórica, singular e em desenvolvimento. Sua elaboração incompleta, ilegível ou padronizada — como apontam os estudos citados — compromete a eficácia terapêutica e reforça a homogeneização e a não escuta, elementos centrais no processo de patologização da infância. No TEA, isso se manifesta na priorização de estratégias de correção comportamental ou farmacológica em detrimento de práticas pedagógicas mediatizadas que favoreçam o desenvolvimento de funções mentais superiores.

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é abordagem baseada nos princípios da ciência do comportamento, voltada à construção de repertórios por meio da análise

funcional de contingências e do uso sistemático de reforçadores. Há respaldo empírico para ganhos em linguagem e habilidades adaptativas em crianças com TEA (VIRUÉS-ORTEGA, 2010). No entanto, como observa Picollo (2021), a mobilização clínica do ABA no contexto brasileiro exige crítica cuidadosa. A crescente mercantilização da abordagem — frequentemente promovida por instituições privadas — tem transformado o ABA em produto homogêneo, intensivo e protocolar, vendido como solução única. Essa racionalidade empresarial converte o processo terapêutico em prestação seriada, atrelando o “sucesso” à carga horária e à fidelidade ao protocolo. Trata-se de distorção dos fundamentos da própria análise do comportamento, que pressupõe análise individualizada do comportamento e de sua função no ambiente social.

Além disso, tal instrumentalização desconsidera aspectos subjetivos, afetivos e simbólicos do desenvolvimento. A exclusividade atribuída ao comportamento observável, isolada de outras dimensões do psiquismo, pode levar a práticas desumanizantes, que transformam a criança em objeto de intervenção, e não em sujeito de linguagem e desejo. A crítica não recai sobre a validade da abordagem, mas sobre seu uso reduzido, acrítico e mercadológico. Protocolos fechados e prescrições automáticas despolitizam o cuidado, enfraquecem a autonomia profissional e reduzem a criança ao lugar de “paciente a ser treinado”. Em contextos onde o encaminhamento à ABA ocorre sem avaliação cuidadosa e sem escuta das famílias, observa-se a substituição da clínica por gestão de condutas, esvaziando o cuidado de sua dimensão ética e relacional. Para a PHC, cuidar implica mediar, escutar e reconhecer o sujeito em sua alteridade, construindo com ele (e não sobre ele) caminhos de desenvolvimento possível.

Para a Psicologia Histórico-Cultural, as prescrições médicas não são neutras nem meramente técnicas, mas expressões de relações de poder e de concepções de sujeito. Quando emitidas de forma padronizada, com prescrição terapêutica rígida e desarticulada da prática clínica concreta, passam a funcionar como dispositivos de medicalização, que reduzem a complexidade do desenvolvimento humano a protocolos. Reverter tal lógica exige reconhecer a infância como fenômeno histórico e cultural (e não apenas fase biológica a ser normatizada) e valorizar a interdisciplinaridade no cuidado, reconhecendo as atribuições técnicas de cada profissão.

Cumprir registrar, ademais, que muitos encaminhamentos não seguem pressupostos da Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015), especialmente quanto à singularidade das pessoas com deficiência e à remoção de barreiras sociais, institucionais e atitudinais. A prescrição homogênea de tratamento nega a diversidade no espectro autista e afronta o

princípio da igualdade material e da participação plena nas decisões sobre o cuidado. Não foram observadas justificativas personalizadas nem análises da história de desenvolvimento, do funcionamento familiar, das mediações escolares ou das preferências da criança. A recomendação de ABA aparece como automática, vinculada à simples presença do diagnóstico de TEA, independentemente das particularidades do caso — racionalidade intervencionista que ignora os contextos sociais e culturais do desenvolvimento infantil.

Em síntese, a qualidade da prescrição médica deve ser analisada não apenas por seus efeitos diretos sobre a adesão ao tratamento, mas como índice de uma concepção de cuidado. A prescrição incompleta ou ilegível não é somente problema técnico: sinaliza ausência de compromisso com prática clínica e educativa que reconheça a criança como sujeito ativo do próprio desenvolvimento. A partir da crítica à patologização e da valorização da escuta, da mediação simbólica e da interdisciplinaridade, propõe-se abordagem que supere a lógica da resposta rápida e individualizante, substituindo-a por práticas construídas em conjunto, que abram percursos possíveis de desenvolvimento e aprendizagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha pelo tema desta pesquisa não se deu de forma neutra ou desimplicada. Minha trajetória profissional tem se construído na supervisão de casos clínicos envolvendo crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), tanto em clínica particular quanto, posteriormente, em uma cooperativa médica. Nesses contextos, tenho atuado diretamente na coordenação de processos avaliativos e no delineamento de planos de intervenção baseados na Análise do Comportamento Aplicada (ABA).

Ao longo dessa prática, tornou-se cada vez mais evidente uma tensão recorrente entre os encaminhamentos médicos recebidos e a construção de intervenções clínicas contextualizadas e singulares. Em diversos casos, recebemos prescrições de carga horária intensiva para terapia — por vezes sem justificativa clínica adequada ou sem considerar as necessidades reais da criança, sua rotina, potencial de engajamento ou contexto familiar. Em outros, embora não se configurassem critérios para intervenção intensiva, ela era, ainda assim, indicada, o que dificultava o acesso ao tratamento adequado.

Em ambas as situações, o planejamento clínico sofre restrições: ou é comprimido por um modelo protocolar de prescrição padronizada, ou é limitado por barreiras burocráticas de

liberação. A rigidez da prescrição médica, nesses casos, interfere diretamente na elaboração do plano de intervenção, dificultando a construção de metas flexíveis e ajustadas à realidade do sujeito. Como supervisora, essas experiências me colocaram diante de impasses éticos, técnicos e políticos, questionando o lugar do psicólogo na mediação entre o diagnóstico e o cuidado.

A partir dessa implicação concreta com o campo, esta pesquisa buscou compreender criticamente os critérios de encaminhamento adotados em documentos clínicos de crianças com TEA, refletindo sobre suas consequências para a prática terapêutica e para a construção de intervenções centradas no sujeito. Inspirada por GONZÁLEZ REY (2005), entendo que a subjetividade da pesquisadora não deve ser tratada como ruído metodológico, mas como parte integrante do processo de produção de conhecimento. Essa perspectiva permite que a prática profissional seja também espaço de problematização e elaboração teórica, contribuindo para uma psicologia que articule ética, ciência e compromisso com o desenvolvimento humano.

Com base no referencial da Psicologia Histórico-Cultural (PHC), buscou-se desnaturalizar práticas padronizadas e refletir criticamente sobre os sentidos que sustentam tais encaminhamentos, destacando o papel das mediações sociais, culturais e institucionais na construção dos diagnósticos e das prescrições terapêuticas.

A análise documental revelou aspectos preocupantes nas práticas de encaminhamento e prescrição. Em grande parte dos documentos, o diagnóstico de TEA aparecia como justificativa única para a indicação de intervenções intensivas, frequentemente sem descrição de comportamentos específicos, do contexto de vida da criança ou de argumentação técnica que sustentasse a carga horária proposta. Observou-se, ademais, a hegemonia do discurso biomédico, com predominância de prescrições médicas sem diálogo explícito com outros profissionais da equipe multidisciplinar. Esse padrão evidencia a redução da complexidade do desenvolvimento infantil a um critério classificatório, com baixa consideração das dimensões sociais, culturais e subjetivas que compõem a experiência da criança.

Nesse sentido, aponta-se risco concreto de padronização terapêutica automatizada, que ignora particularidades do sujeito e compromete a efetividade das intervenções. A ausência de elementos como idade, histórico familiar, contexto escolar ou dificuldades funcionais específicas indica fragilidade importante nos encaminhamentos — que, idealmente, deveriam resultar de avaliação ampla, contextualizada e interdisciplinar.

Do ponto de vista ético e técnico, a prescrição terapêutica, especialmente no campo do TEA,

deve observar não apenas as diretrizes científicas, mas também o compromisso com a singularidade e com o desenvolvimento integral da criança. A PHC propõe que o desenvolvimento humano não decorre de fatores internos isolados, mas é produzido historicamente nas relações sociais, mediado por instrumentos simbólicos e culturais. Assim, o comportamento infantil só pode ser compreendido em sua totalidade quando analisado em relação ao ambiente no qual se constitui.

Recomendações aos profissionais médicos:

Fundamentar tecnicamente a prescrição: é essencial que a indicação de intervenções — sobretudo aquelas que definem carga horária terapêutica — venha acompanhada de justificativa clínica individualizada, baseada em dados objetivos e subjetivos do caso. A mera presença do diagnóstico de TEA não é suficiente, por si só, para determinar um plano terapêutico uniforme.

Evitar padronizações não contextualizadas: prescrições genéricas de “no mínimo 4 horas semanais”, sem análise de idade, nível de desenvolvimento ou contexto familiar, podem comprometer a adequação do atendimento e ferir o princípio da singularidade, essencial ao cuidado em saúde mental infantil.

Fomentar o diálogo interdisciplinar: a construção do plano terapêutico deve ser colaborativa, respeitando a expertise de profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Ao médico cabe o diagnóstico clínico e a indicação terapêutica inicial; a definição do modelo de intervenção deve ser compartilhada com a equipe que acompanhará diretamente a criança.

Valorizar a escuta ativa da equipe e das famílias: a consideração das percepções da família e dos profissionais da educação, quando disponíveis, amplia a compreensão das necessidades da criança e favorece encaminhamentos mais eficazes e humanizados.

Atenção ao viés de gênero: o fato de os encaminhamentos analisados se referirem apenas a meninos indica a necessidade de escuta sensível às manifestações do TEA em meninas, frequentemente mais sutis ou mascaradas por estratégias compensatórias.

A pesquisa também evidencia urgência de maior integração entre os campos da saúde e da educação, bem como de revisão das políticas institucionais que regulam o processo de encaminhamento e diagnóstico. A ausência de diretrizes nacionais específicas para o diagnóstico psicológico do TEA, somada à carência de instrumentos validados no Brasil, reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à qualificação técnica, ética e interdisciplinar dos profissionais envolvidos.

O encaminhamento clínico é prática complexa que deve ser compreendida como ato

simbólico e ético, situado histórica e culturalmente. Práticas que desconsideram a singularidade da criança, sua trajetória e seu meio social tendem a reforçar a medicalização da infância e a exclusão de sujeitos que não se ajustam aos padrões hegemônicos de desenvolvimento.

Que este estudo contribua para a construção de práticas mais justas, cuidadosas e contextualizadas, que respeitem a infância em sua diversidade e reconheçam o potencial transformador das relações sociais, da educação e da escuta clínica ampliada.

8. REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANACHE, A. A. Avaliação psicológica na educação especial na perspectiva da educação inclusiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 60-73, 2018.
- ANACHE, A. A.; CORRÊA, F. As políticas do Conselho Federal de Psicologia para a avaliação psicológica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP, 2010. p. 19-30.
- ASSUMPÇÃO JR., F. B.; PIMENTEL, A. C. M. Autismo infantil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 37-39, 2000.
- BAPTISTA, C. R. Política pública, Educação Especial e escolarização no Brasil. *Educação e Pesquisa*, v. 45, e217423, 2019.
- BARROS, P. M. Perfil desenvolvimental das funções executivas em crianças de 05 a 08 anos da cidade de Natal-RN. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- BERNARDES, M. E. M. *Mediações simbólicas na atividade pedagógica: contribuições do enfoque histórico-cultural para o ensino e aprendizagem*. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BUENO, J. M. H.; PEIXOTO, E. M. Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, supl. esp., p. 108-121, 2018.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1.
- CABRAL, G. L.; LOPES, M. T. B. L.; OLIVEIRA, M. C. Autismo e psicodiagnóstico: apontamentos sobre o rastreio do espectro na infância. In: MOSTRA DE PSICOLOGIA, 2021, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2021.
- CALDAS, R. F. L.; ANACHE, A. A. Entrevista com a Profa. Dra. Roseli Fernandes Lins Caldas – Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 25, p. e257828, 2021.
- CARVALHO, M. C. L.; ALBUQUERQUE, M. C. D. S.; PALITOT, M. D.; CHAVES, C. M. C. M. Instrumentos psicométricos de sondagem do transtorno autista: uma revisão sistemática. *Revista Psicopedagogia*, v. 38, n. 117, p. 433-448, 2021.
- CAMPBELL, S. I. *Múltiplas faces da inclusão*. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Penso, 2014.

COSTA, S. R. D. da. Diálogo entre neurociências e a perspectiva histórico-cultural: as funções executivas na educação infantil. 2015. Tese (Doutorado em Educação) – [S. l.: s. n.], 2015.

DAINEZ, D. Desenvolvimento e deficiência na perspectiva histórico-cultural: contribuições para educação especial e inclusiva. *Revista de Psicología (Santiago)*, v. 26, n. 2, p. 151-160, 2017.

ROCHA, S. S. da; et al. O contexto diagnóstico de indivíduos com autismo leve. *Archives Health Sciences*, v. 30, 2023.

SILVA, M. L. A. da; et al. Reflexões sobre as nomenclaturas referentes ao Transtorno do Espectro Autista. *Faculdade Sant'Ana em Revista*, v. 7, n. 2, p. 465-485, 2023.

MOURA EVÊNCIO, K. M. de; MENEZES, H. C. S.; FERNANDES, G. P. Transtorno do Espectro do Autismo: considerações sobre o diagnóstico/Autism spectrum disorder: diagnostic considerations. *ID on line. Revista de Psicologia*, v. 13, n. 47, p. 234-251, 2019.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 2507-2510, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 6, p. 64-77, 2009.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, n. 24, p. 213-225, 2004.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. *Cadernos CEDES*, v. 24, p. 64-81, 2004.

FREIRE, M. G.; CARDOSO, H. D. S. P. Diagnóstico do autismo em meninas: revisão sistemática. *Revista Psicopedagogia*, v. 39, n. 120, p. 435-444, 2022.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GARCIA, P. M. A.; DINIZ, R. F.; MARTINS, M. D. F. A. Inclusão escolar no ensino médio: desafios da prática docente. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 11, n. 2, p. 1000-1016, 2016.

GENTILI, P. O direito à educação e as dinâmicas de exclusão na América Latina. *Educação & Sociedade*, v. 30, p. 1059-1079, 2009.

GENTILI, P.; et al. *A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho*. São Paulo: Cortez, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HALPERN, C. M.; et al. A perturbação do espectro do autismo na primeira infância: o modelo do Centro de Estudos do Bebê e da Criança de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, v. 34, n. 10, p. 657-663, 2021.

LEONTIEV, A. N. *Atividade, consciência e personalidade*. Buenos Aires: Ciencias del Hombre, 1978.

LÖSCH, S.; RAMBO, C. A.; FERREIRA, J. L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 18, ed. esp., e023141, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17958>.

LURIA, A. R. *Desenvolvimento cognitivo: seus fundamentos culturais e sociais*. 6. ed. São Paulo: Ícone, 2010.

MAENNER, M. J. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, v. 72, 2023.

MAS, N. A. *Transtorno do espectro autista: história da construção de um diagnóstico*. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MARTINS, L. M.; RABATINI, V. G. A concepção de cultura em Vigotsky: contribuições para a educação escolar. *Revista Psicologia Política*, v. 11, n. 22, p. 345-358, 2011.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de marketing*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATHEUS, N.; PERES, A. J. S.; MARTINS, A. L. B. Tradução e adaptação do questionário EDUTEA para rastreamento do Transtorno do Espectro Autista no ambiente escolar. In: MARTINS, A. L. B.; PERES, A. J. S.; VARELLA, A. A. B. (org.). *Transtorno do Espectro Autista na Universidade: da pesquisa básica à aplicada*. Campo Grande, MS: Editora UFMS, 2023. p. 77–102.

MINAYO, M. C. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, A. L. D. M.; RESENDE, M. C. D. Oficinas vivenciais: reflexões sobre direitos humanos de pessoas com deficiências. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 21, n. 2, p. 295-301, 2017.

PATTO, M. H. S. Para uma crítica da razão psicométrica. *Psicologia USP*, v. 8, p. 47-62, 1997.

PIOVESAN, F.; SILVA, B. P. D.; CAMPOLI, H. B. P. A proteção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. *Temas de Direitos Humanos*, v. 7, p. 484-502, 2014.

PRADO, A. C. D. F. C. *Avaliação dialética: da medição à mediação*. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

PRESTES, Z.; TUNES, E. Lev Vigotsky, a Revolução de Outubro e a questão judaica: o nascimento da teoria histórico-cultural no contexto revolucionário. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 29, n. 3, p. 288-290, 2017.

REIS, S. T.; LENZA, N. A importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão da literatura. *Revista Atenas Higeia*, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2020.

RIBEIRO, A. C. P.; et al. Fatores etiológicos e riscos associados ao Transtorno de Espectro Autista: revisão bibliográfica. *Jornal Paranaense de Pediatria*, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2021.

RIBEIRO, L. A.; et al. Abordagem geral do Transtorno do Espectro Autista. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 4, e12807, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e12807.2023>.

RODRIGUES, F. M. C.; NOZU, W. C. S.; NETO, J. P. C. Educação, direitos humanos e cidadania: fundamentos para a inclusão escolar da pessoa com deficiência. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, v. 7, n. 1, p. 173-190, 2019.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. *Research methods in social relations*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965.

SILVA, C. C.; ELIAS, L. C. D. S. Instrumentos de avaliação no Transtorno do Espectro Autista: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, v. 19, n. 2, p. 189-197, 2020.

SILVA, R. da. *A biologização das emoções e a medicalização da vida: contribuições da psicologia histórico-cultural para a compreensão da sociedade contemporânea*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SOUZA, F. F. D.; DAINEZ, D. Defectologia e educação escolar: implicações no campo dos Direitos Humanos. *Educação & Realidade*, v. 47, e116863, 2022.

SHUARE, M. O. As funções psíquicas superiores: as operações com os sistemas de signos e seu papel no desenvolvimento do psiquismo infantil. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 21, n. 1, p. 117-123, 2017.

SKINNER, B. F. *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century, 1938.

STETSENKO, A.; SELAU, B. A abordagem de Vigotsky em relação à deficiência no contexto dos debates e desafios contemporâneos: mapeando os próximos passos (Apresentação para a “Edição Especial – a Defectologia de Vigotsky”). *Educação*, v. 41, n. 3, p. 315-324, 2018.

TAVARES, B. M.; BASTOS, M. S.; LIMA, A. F. A importância do brincar para a aquisição da linguagem de crianças de 0 a 3 anos. *Revista Foco*, v. 16, n. 10, e3227, 2023.

TULESKI, G. L. R.; WARTH, J. F. G.; MONTIANI-FERREIRA, F. Prevalência infecciosa em otites de cães e padrão de sensibilidade *in vitro* aos antibacterianos. *A Hora Veterinária*, n. 162, p. 27-33, 2008.

VIANNA, G. A.; et al. Transtornos do Espectro Autista ao longo do desenvolvimento humano. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 5, p. 19571-19580, 2023.

VIEIRA, M.; ZOUAIN, D. M. A pesquisa qualitativa e os estudos organizacionais. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 9, n. 4, p. 45-65, 2005.

VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, v. 30, n. 4, p. 387-399, 2010.

VIGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R. Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 151-242.

VIGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

VIGOTSKY, L. S. *Obras escogidas: problemas de desarrollo de la psique*. Tomo III. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1995.

YIN, R. K. *Pesquisa qualitativa: do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZANON, R. B.; FURCIN, H. C. Capítulo 3 – Avaliação precoce do autismo: sistematização dos instrumentos disponíveis e apresentação de um caso atendido no LABSPA/UFGD. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. *Do espectro autista na universidade: da pesquisa à prática*. Dourados: UFGD, 2021. p. 53-68.

ANEXO 1

Roteiro de Análise Documental para Laudos Diagnósticos e Encaminhamentos (Versão Digital).

Título do Projeto: Critérios De Encaminhamentos De Crianças Com Suspeita De Transtorno Do Espectro Autista Para Tratamento: Um Estudo De Caso.

Local: Clínica XXXXX

Responsável pela Coleta: Janine Juli de Moraes Lima

Data da Coleta: [01/03/2015]

Código do Documento: _____

1. CONTROLE DE RECEBIMENTO DIGITAL

Data de recebimento do e-mail: ____/____/____

Remetente (Profissional/Instituição): _____

Confirmação de recebimento enviada ao remetente: () Sim - Data: ____/____/____ () Não

Documento salvo em local seguro e criptografado: () Sim - Local: _____ () Não

2. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Tipo de Documento: () Laudo Diagnóstico () Encaminhamento

Data do Documento: ____/____/____

Profissional que elaborou o documento: () Psicólogo () Psiquiatra () Pediatra () Outro: _____

3. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade da Criança: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: _____

Histórico Familiar de TEA: () Sim () Não () Não informado

4. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Suspeita de TEA baseada em: () Déficits na comunicação social () Comportamentos repetitivos e estereotipados () Atrasos no desenvolvimento () Outro: _____

5. INDICADORES COMPORTAMENTAIS

Interação social: () Dificuldade em contato visual () Falta de reciprocidade social/emocional () Dificuldade em fazer amigos

Comunicação: () Atraso na fala () Dificuldade em iniciar ou manter conversas () Linguagem repetitiva ou ecolalia

Comportamentos repetitivos e interesses restritos: () Movimentos motores repetitivos () Aderência a rotinas () Interesses intensos () Reações sensoriais incomuns

6. DIAGNÓSTICO E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico informado: () Transtorno do Espectro Autista (TEA) () Suspeita de TEA () Outro transtorno: _____

Comorbidades associadas: () TDAH () Transtorno de Ansiedade () Deficiência Intelectual () Outro: _____

7. RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

Tipo de intervenção recomendada: () Terapia ABA () Fonoaudiologia () Terapia Ocupacional () Intervenção Psicoeducacional () Outros: _____

Encaminhamento para outros profissionais: () Neurologista () Psiquiatra () Psicopedagogo () Outros: _____

8. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DE SEGURANÇA

O documento foi acessado apenas por pessoas autorizadas: () Sim () Não

Medidas de proteção de dados: () Documento criptografado () Backup seguro () Acesso restrito por senha

Após a análise, o documento será: () Armazenado de forma segura () Deletado permanentemente (conforme diretrizes éticas)

ANEXO 2

TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Pesquisadora Responsável: Janine Juli de Moraes Lima **Título da Pesquisa:** Critérios de encaminhamentos de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista para avaliação e tratamento **CAAE:** 80676324.6.0000.0021 **Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS **Instituição Detentora dos Dados:** Clínica XXXXX

CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Eu, xxxxxxxx, representante legal da instituição acima citada, DECLARO que autorizo a transferência dos dados necessários à execução da pesquisa intitulada “Critérios de encaminhamentos de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista para avaliação e tratamento”, sob responsabilidade da pesquisadora Janine Juli de Moraes Lima, vinculada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Declaro ainda que: - Os dados a serem transferidos referem-se a registros de prontuários, encaminhamentos e demais documentos arquivados na clínica. - A transferência se dará de forma segura, mantendo a integridade, rastreabilidade e confidencialidade dos dados. - Os dados podem conter informações identificadoras, sendo responsabilidade da pesquisadora garantir o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e das normas éticas do Sistema CEP/Conep. - A transferência será realizada conforme previsto no protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS. Este termo está em conformidade com a Resolução 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente com o disposto no Art. 11 e seus parágrafos.

Campo Grande - MS, 13 de abril de 2025.

Representante Legal da Instituição Detentora dos Dados

Nome: XXXXXXXX

Cargo/Função: Diretora/Supervisora Clínica

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Nós, pesquisadores abaixo relacionados envolvidos no projeto de pesquisa **“CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO: UM ESTUDO DE CASO”**, assinaremos esse Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes do estudo.

IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO GRUPO DE PESQUISA QUE TERÃO ACESSO AOS DADOS COLETADOS

Nome completo (sem abreviação)	CPF
Janine Juli de Moraes Lima	XXXXXX
Alexandra Ayach Anache	XXXXXX

As informações necessárias ao estudo estão contidas nos encaminhamentos recebidos e arquivados no banco de dados, referentes a arquivos da **XXXXXX**. Serão analisados dados de (50) indivíduos, referentes aos encaminhamentos com hipóteses diagnósticas ou já diagnosticados com Transtorno do Espectro do Autismo que serão coletados no período de 01/12/2024 a 10/01/2024.

Nos comprometemos em manter a confidencialidade sobre os dados coletados e ao publicar os resultados da pesquisa em encontros ou revistas científicas, os mesmos serão apresentados em conjunto, sem nomes, ou qualquer informação que identifique os participantes e a instituição de origem, conforme nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do CNS nº 466/2012 e Resolução do CNS nº 510/2016), e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93) e suas complementares.

Nos comprometemos a codificar os dados de identificação do participante ao coletar os dados para nosso instrumento de coleta, para aumentar a confidencialidade e assegurar o anonimato do participante.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não compartilharemos, cederemos ou disponibilizaremos, parcialmente ou integralmente, os dados recebidos ou o banco de dados a pessoas não identificadas neste termo como membros do grupo desta pesquisa.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução do CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e do Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil".

Nos comprometemos com a guarda dos dados, assegurando que estes dados coletados serão mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos, sob a nossa responsabilidade, e após o período de guarda serão destruídos. Nos comprometemos também com a utilização dos dados aqui descritos exclusivamente para o projeto de pesquisa acima mencionado e que os mesmos somente serão coletados após a aprovação deste protocolo de pesquisa no Sistema CEP. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à uma nova apreciação no Sistema CEP/CONEP.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) de todos os participantes, assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Campo Grande, MS, 15 de Dezembro de 2023

Abaixo segue a lista de assinaturas dos membros da equipe que terão acesso autorizado aos dados, conforme relacionados no quadro acima, comprometendo-se com os termos deste documento.

Nome do membro da equipe	Assinatura
Alexandra Ayach Anach	
Janine Juli de Moraes Lima	

ANEXO 4

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO CEDENTE PARA USO DE DADOS (prontuários, exames, atas, relatórios, etc.)

Eu, **XXXXXXXXXX**, ocupante do cargo de **Supervisora e Diretora** na Clínica na instituição Clínica **XXXXXX** de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa intitulado; CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA PARA TRATAMENTO: UM ESTUDO DE CASO, que tem como objetivo, a investigação dos principais norteadores para a avaliação precoce do autismo no estado, e, para tanto, necessita coletar as seguintes informações da população deste estudo: dados constados nos encaminhamentos e laudos para o tratamento do Autismo , **autorizo** os pesquisadores; Janine Juli de Moraes Lima e Alexandra Ayach Anache a terem acesso às informações desta instituição para a referida pesquisa, referentes aos participantes da pesquisa.

Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto de pesquisa e objetivo acima mencionados; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos prontuários e/ou demais documentos cedidos, garantindo o sigilo e a privacidade dos sujeitos de pesquisa.

Local e data: _____

Assinatura:

[XXXXXXXX, Supervisora Clínica e Diretora]

ANEXO 5

QUADRO-SÍNTESE DOS ENCAMINHAMENTOS (para visualização rápida)

Enc.	Profissional	Data	Diagnóstico (CID-10 / CID-11)	Sexo	Idade	Indicação principal	Outras terapias	Prejuízos/ observações
1 (D.M)	Neurologista pediátrica	02/05/2023	TEA F84.0 / 6A02.X	M	3a2m	ABA 20h/sem	Orientação familiar; treino social	Relata prejuízos sociais/linguag em; objetivos claros
2 (A.S)	Neuropediatra	30/01/2024	TEA F84.0	M	8a10 m	ABA 1h/dia 5x	—	Trechos ilegíveis; menção a “não entende ordens”; escrita não especificada
3 (M.S)	Neuropediatra	25/06/2024	TEA F84.0	M	—	ABA 1h/dia 5x	Fono 2x; TO (IS) 2x; apoio escolar	Não descreve prejuízos
4 (J.G)	Neurologista	30/08/2023	TEA F84.0; TDAH F90	M	—	ABA 1h/dia 4x	Fono 3x; TO (IS) 2x; Psicoped. 3x	Atenção inferior, impulsividade, fala/ acadêmico
5 (N.M)	Neurologista	04/07/2024	TEA F84.0	M	—	ABA 2h/dia 5x	—	Não descreve prejuízos
6 (G.S)	Neuropediatra	04/07/2024	Suspeita TEA F84.0	M	—	ABA	Fono; TO (IS)	Não descreve prejuízos
7 (L.D)	Neurologista	06/05/2024	TEA F84.0	M	—	ABA 4h/sessão	—	Não descreve prejuízos
8 (A.A)	Neurologista	06/05/2024	TEA F84.0	M	—	ABA 2h/sessão 5x	—	Não descreve prejuízos

Legenda: Fono = Fonoaudiologia; TO (IS) = Terapia Ocupacional com Integração Sensorial;
Psicoped. = Psicopedagogia; “—” = não informado.