

# CLÍNICA COM BEBÊS: DESNATURALIZANDO CONCEITOS

*Beyond common place concepts on early childhood mental health care*

Fernanda Stange Rosi<sup>1</sup>

Ricardo Lugon Arantes<sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 12/02/2019

Aceito para publicação: 23/04/2020

**RESUMO:** O artigo debate temas sensíveis no cuidado com a primeira infância, problematizando, pelas lentes da Psicanálise e da Saúde Coletiva, as práticas de aplicação de protocolos e metodologias para “detecção precoce”. A partir da distinção entre Prevenção e Promoção de Saúde, revisita a experiência francesa de reconhecimento de sinais de alerta pela atenção às demandas ocultas dos bebês e seus cuidadores para interrogar a Lei Federal 13.438, de abril de 2017 em suas dimensões epidemiológicas, éticas e clínicas. Além disso, compreendendo a infância como um tempo privilegiado para novas inscrições, em que as invenções singulares devem ser consideradas, amplia a noção de cuidado e valoriza as práticas no campo da saúde que considerem mais importante o sujeito e as condições em que advém, aliviando o sofrimento que determinadas formas de organização subjetiva ou produções sintomáticas podem comportar.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Psicanálise. Prevenção. Promoção. Primeira Infância.

**ABSTRACT:** Sensitive issues on early childhood mental health care and prevention - protocols and methods for *early detection* - are here discussed, mainly upon Collective Health and Psychoanalysis theoretical approaches. Starting from a distinction between ‘Health Promotion’ and ‘Health Prevention’, authors sought inspiration in Soule’s research on recognizing early warning signs and hidden demands from the baby and his/her caregivers to criticize Brazil’s Federal law 13438 for its lack of epidemiological, ethical and clinical basis. Early childhood must therefore be seen as a particularly sensitive time for imprinting subjective marks, and unique/singular inventions in providing care figure as tools for broadening the scope of health interventions. Health care and Promotion must take into account singular subjects and his/her surroundings, relieving the suffering that certain forms of subjective organization or symptomatic productions may entail.

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia Institucional pelo PPGPSI Ufes. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelo Instituto Pedagógico de Vitória. [nandastange@gmail.com](mailto:nandastange@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestre em Educação. Médico Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutorando do PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. [ricardolugon@gmail.com](mailto:ricardolugon@gmail.com)

**Keywords:** Collective Health. Psychoanalysis. Prevention. Promotion. Early Childhood.

## 1 INTRODUÇÃO

O campo da Saúde Mental Infantojuvenil vem sendo nos últimos anos convocado a ampliar o alcance das propostas de suas políticas para abranger as práticas de cuidado com a primeira infância. Sobretudo diante da expansão do fenômeno dos diagnósticos de autismo a partir de sua atualização nosográfica pelo DSM V e o astronômico alargamento das ofertas de tratamentos e metodologias para detecção precoce, faz-se importante interrogarmos os discursos que fundamentam práticas de avaliação e intervenção com bebês que concentram seus esforços na investigação de (in)competências e frequentemente desconsideram a complexidade que envolve este momento da vida. É comum que os serviços responsáveis pelo acompanhamento de bebês baseiem suas ações em critérios psicométricos e nos marcos do desenvolvimento, não como parte daquilo que o profissional deve conhecer e relacionar ao amplo contexto de vida em que a criança está inserida, mas transformados em metas a serem alcançadas, como objetivo do tratamento. Em busca de sinais deficitários, com a investigação clínica acabam muitas vezes antecipando, não o tratamento, mas um diagnóstico e, com ele, uma série de efeitos iatrogênicos. Além disso, um dos grandes motes no tema do autismo tem sido incorporar as ferramentas e metodologias disponíveis para que se chegue “em tempo” e se possa reconhecer os casos precocemente, ou mesmo de modo a viabilizar intervenções que “previnam” o autismo (RUSSELL, 2016), trazendo à tona um antigo debate sobre a dicotomia “prevenção” e “detecção precoce”.

Em busca de debater algumas das produções discursivas que vêm dialogando e sendo incorporadas ao campo e reafirmar nossos princípios ético-clínico-políticos, olharemos a clínica com bebês a partir das lentes da Saúde Coletiva e da Psicanálise. Nosso percurso abordará inicialmente as sutilezas presentes nos termos prevenção e promoção (frequentemente apresentados de maneira pouco crítica e pouco discernida em vários textos, conforme veremos adiante) por meio de diferentes perspectivas sociopolíticas. Em seguida, trataremos questões levantadas pelo trabalho de Soulé (1988) em sua experiência na periferia parisiense na década de 1980 onde os “sinais de alerta”

desempenharam uma função de articular dimensões micro e macropolíticas. Trata-se de uma experiência importante por conciliar diferentes aspectos no estabelecimento de uma política de prevenção.

Associarmos as dimensões clínica e política à discussão sobre a dupla *sinais de risco e prevenção* é inevitável, uma vez que os esforços preventivistas no campo da saúde mental produzem práticas que remetem aos movimentos higienistas do início do século passado. Debateremos a Lei Federal 13.438, sancionada em 2017, que propõe rastreamento universal para “risco do desenvolvimento psíquico” e os diferentes equívocos envolvidos na sua formulação. Aqui importará lançarmos um olhar problematizador sobre a expansão dos discursos das neurociências sobre a questão da primeira infância trazendo como contraponto a primazia da clínica de orientação psicanalítica. Ao interrogarmos o grande interesse nas descobertas sobre as chamadas “competências do bebê”, tentaremos demonstrar que a estimulação de habilidades condicionadas se torna ineficaz se for desconsiderada a posição subjetiva – em que está implicada uma diversidade de atravessamentos - e, portanto, as defesas possíveis a cada um.

Se para a psicanálise a leitura de que as produções de um bebê indicam um constrangimento em sua constituição psíquica só é possível sob transferência, via que autoriza a escuta do discurso em que essas manifestações são tomadas, uma interpretação que, diga-se, também modula novas produções e, portanto, implica impreterivelmente o saber dos cuidadores e seus atravessamentos, poderemos nos aproximar do campo Saúde Coletiva, em que se considera que condicionantes da saúde extrapolam os limites do corpo orgânico e se realizam na articulação do corpo com sua experiência de território.

Nosso imperativo ético nos convoca a seguirmos atentos à possibilidade de pregnância do que é dado a ver, quando “a clínica arriscar-se-ia a tomar a captação gestáltica do comportamento como parâmetro da interpretação, recobrando, reduzindo, num deslizamento de sentido, a invisibilidade de uma presença que o dado visível escamoteia, mas que aloca a unicidade da criança” (VORCARO, 2015, p.129). Ao tomarmos as manifestações da pequena criança como um texto que ordena sua realidade psíquica, reconhecemos uma direção possível para o tratamento daqueles que demonstrem algum impasse em seu

desenvolvimento: reconhecer “um organismo nomeado, situado na relação a uma linhagem e a um discurso” (p.130).

## 2 PREVENÇÃO OU PROMOÇÃO EM SAÚDE: sutilezas e abismos

Os termos Prevenção e Promoção em Saúde têm sido utilizados amplamente nas publicações sobre primeira infância muitas vezes de maneira indiferenciada, como se equivalentes ou parte de um *continuum*, sem considerar suas especificidades e sobretudo suas incidências históricas e políticas, por exemplo:

A partir da interpretação dos eixos e dos indicadores que compõem o instrumento, foi possível utilizá-lo como uma importante ferramenta para a **promoção** de saúde mental, bem como um importante norteador para a prática psicanalítica em contextos que diferem dos da clínica tradicional (FERRARI et al., 2017, p. 29, negrito nosso).

Articular **prevenção e promoção** de saúde é articular a psicanálise com a educação (KUPFER; BERNARDINO, 2018, p. 72).

Percebemos que os textos acabam por confundir a utilização de eixos e indicadores (debatidos adiante) pensando-os como ferramentas de Promoção porém utilizando-os como aplicação universal de ferramentas de rastreio, que pouco incidem sobre as condições gerais da vida de uma comunidade. De igual maneira, para falarmos de “articular prevenção e promoção”, precisamos ter claro o que as aproxima e distância sendo que o seu uso descuidado torna o debate ainda mais obtuso.

Embora prevenção e promoção compartilhem incidências e ferramentas sobre o modo de se operar as políticas públicas, há peculiaridades no modo de situarmos se uma determinada prática pode ser reconhecida no contexto de Promoção em Saúde ou se se propõe a realizar prevenção. Czeresnia (2003) apresenta uma tentativa de diferenciação quase pedagógica:

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a **redução do risco de doenças** degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a

O termo Promoção, por sua vez, deve ser lido de maneira mais ampla, referindo-se a medidas que não estariam dirigidas a alguma doença ou transtorno, mas voltadas ao bem-estar geral, por meio de estratégias de promoção que enfatizem a transformação das condições de vida e de trabalho que subjazem os problemas coletivos de saúde, em abordagens intersetoriais (TERRIS, 1990).

De partida, temos uma importante distinção: enquanto a promoção, nestes conceitos, remete-se aos processos ligados à coletividade e aos determinantes sociais de saúde, a prevenção se aproxima da verticalidade das recomendações e das atribuições de responsabilidade individual por meio das “mudanças de hábitos”. Para Czeresnia (2003), ao tomarmos o conceito de saúde em seu significado pleno, pensaremos promoção de saúde como algo tão amplo como a própria noção de vida, o que demanda, por um lado, ações abrangentes do Estado e, por outro, os movimentos micropolíticos da clínica da singularidade, o que escaparia às atribuições nucleares de conhecimento e práticas. Assim, a Promoção em Saúde mostra-se indissociável da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Para a autora, esta diferença é radical e, ao mesmo tempo, pequena. A radicalidade estaria no modo como articulamos e utilizamos o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde, o que só é possível a partir de uma transformação de concepção de mundo. As sutilezas ficam por conta das ferramentas teóricas compartilhadas, já que ambos os termos se valem dos conceitos clássicos presentes no campo “não clínico” - doença, transmissão e risco - e que operam sob a mesma racionalidade (CZERESNIA, 2003).

Promoção, desta forma, implicaria investir no enfrentamento das iniquidades fortalecendo a capacidade individual e coletiva para lidar com as infidelidades decorrentes da multiplicidade dos condicionantes da saúde. Isso demanda reconhecer que o conhecimento a respeito do funcionamento das doenças (história natural, ciclo de vida dos vetores ou fatores de risco) já não é suficiente para encontrarmos mecanismos para seu controle. A Promoção

aposta justamente na construção de capacidades de escolhas e da utilização do conhecimento para discernir as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Ferreira, Castiel e Cardoso (2007) amplificam o debate ao nos apresentarem que o termo “promoção” pode ser lido em diferentes perspectivas. Uma delas, oriunda da lógica neoliberal, está sob o clássico argumento de que, quanto menor a intervenção do Estado na economia, maior seria o poder dos indivíduos e, conseqüentemente, mais rapidamente a sociedade se desenvolveria rumo ao bem-estar de todos cidadãos. “Cidadãos” aqui são compreendidos como atores racionais e autônomos. Assim, sob o advento do Estado mínimo, seríamos todos encorajados a nos tornar ‘sujeitos de nós mesmos’ (TULLOCH; LUPTON, 2003). Promoção, nesta perspectiva, focaria prioritariamente sobre o estilo de vida das pessoas. O Departamento de Saúde dos Estados Unidos, por meio do Relatório *Healthy People*, de 1979, não poderia ser mais explícito: “A promoção da saúde começa com pessoas basicamente saudáveis e visa o desenvolvimento de medidas comunitárias e individuais que possam ajudá-las a desenvolver estilos de vida que possam manter e melhorar o estado de bem-estar” (US DEPT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, 1979, tradução dos autores). Estes “sujeitos de nós mesmos” carregariam(os) o “peso” das escolhas sobre estilos de vida e seriam(os), eventualmente, culpabilizados pelas doenças que contraíssemos, negando ambiente, história, iniquidades etc.

A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, apresenta a Promoção dentro da perspectiva de um esforço coletivo para se alcançar saúde onde os governos, por meio de políticas públicas, assumem responsabilidades em garantir condições básicas para uma vida saudável e viabilizar escolhas mais saudáveis para todos e todas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). O documento de maior repercussão neste tema, com mais de 40 anos, foi a Conferência de Alma Ata (1978), que convocou os países-membros a investir na meta de “Saúde para todos no ano 2000”, afirmando a Saúde como direito fundamental e clamando pela defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde. O foco de Alma Ata está na redução das desigualdades e a vinculação do conceito de saúde aos determinantes sociais, econômicos e políticos.

### **3 A EXPERIÊNCIA DO *CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE DO INSTITUT DE PUERICULTURE* NO 14º DISTRITO DE PARIS**

O trabalho pioneiro do grupo ligado ao psicanalista Michel Soulé, entre o final dos anos 1970 e início dos anos 1980, integrou os cuidados dirigidos à primeira infância e voltou-se principalmente para o objetivo de diminuir o acolhimento de bebês e a construir indicadores diagnósticos e prognósticos para o reconhecimento de distúrbios funcionais nos seus primeiros meses de vida. O grupo de pesquisa tomou como objeto de investigação como as adversidades e iniquidades poderiam produzir sofrimento nas vidas das crianças, marcando a incidência mútua entre as condições biológicas e econômico-políticas sobre o desenvolvimento, sem desconsiderar a singularidade presente no modo de emergência das demandas e na expressão das dificuldades.

Uma de suas propostas mais importantes era a de compreender o modo como emergem as demandas ocultas, considerando a diversidade de maneiras pelas quais o sofrimento, a incapacidade, o conflito e o luto são expressos. Os operadores das políticas públicas em seus diferentes níveis de gestão não deveriam, desta forma, esperar pela demanda explícita, tampouco negligenciar as condições culturais e a maneira como modulam a expressão de todo e qualquer impasse, seja ele físico ou subjetivo (SOULÉ, 1988). O modo de emergência de tais demandas ocultas, afinal, atravessado por seus traços singulares, por vezes representa um pedido de ajuda que não pode ser formulado.

A riqueza desta experiência reside na sutileza de não levar em consideração somente as “manifestações do bebê”, mas de articular as transversalidades das dimensões individuais e sócio-econômicas, levando em conta que os cuidadores também podem passar por dificuldades em conciliar as demandas da criança com as suas próprias, em cenários marcados por importantes restrições socioeconômicas, exclusões e violações (SOULÉ, 1988). Por compreender de maneira mais ampla os aspectos que incidem no desenvolvimento infantil, este autor sugere que uma das principais ações preventivas deveria ser a de garantir igualdade de chances, principalmente no início da vida.

Um dos resultados mais relevantes desta experiência são uma série de indicadores de alerta que devem ser observados no acompanhamento dos

bebês e(m) suas famílias, que abrangem e articulam eventos biológicos (nascimento prematuro, idade materna) com elementos diádicos (depressão materna, experiência ruim durante o parto) e dimensões socioeconômicas (situação de refugiados políticos, não ter seguro saúde etc.). Para além de uma lista “prescrita” de sinais (quadro 1), Soulé e seus colaboradores nos inspiram para pensarmos diferentes níveis de determinação sobre o que pode se passar na vida de um bebê e nas relações deste com seus cuidadores. Diferenciando os indicadores de alerta de sintomas ou estados patológicos, ele antecipa ainda uma discussão que ainda hoje se faz presente, sobretudo quando se tenta uma aproximação entre ações preventivas e de detecção precoce de impasses no desenvolvimento.

<b>Período Pré-natal</b>
Antecedentes obstétricos (abortos espontâneos ou provocados)
Antecedentes psiquiátricos
Antecedentes pessoais: famílias fragmentadas ou cuidadores vivendo em uma instituição
Situação parental: mãe sozinha ou em conflito ou ruptura com seus pais
Idade materna
Mãe em situação de rua, ou vivendo em uma pensão, condições precárias de habitação
Condições extenuantes (trabalho, morar longe do trabalho)
Descobrir tardiamente a gravidez
Abandonos prévios de outras crianças
Não ter planos para a criança que vai nascer
Não ter seguro social
Demanda de interrupção da gestação não efetivada
Antecedentes obstétricos (abortos espontâneos ou provocados)
<b>Período Pós-natal</b>

Nascimento prematuro  
Problemas durante o parto  
Relacionamento ruim com a criança sem nenhum fator precipitante  
Depressão puerperal ou psicose  
Fatores de vulnerabilidade social (desemprego, morar na rua)  
Primeiro parto na França de refugiada/estrangeira  
Não receber visitas  
Falta de preparação para a chegada do bebê  
Nascimento anônimo ou problemas legais com a aceitação  
Saída precoce ou tardia da maternidade  
Prolongamento da internação por razões médicas  
Desinteresse por um bebê que está em cuidados médicos intensivos

**Quadro 1:** Indicadores de alerta no período pré e pós natal que devem ser observados no acompanhamento de bebês e seus cuidadores. Adaptado de Soulé (1988, tradução dos autores)

Nota-se, com isso, que a ideia de prevenção aparece, não como uma antecipação ao risco de doença, mas associada à oferta de oportunidades de acesso a aspectos de alcance intersetorial (Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura etc) em grande consonância com o enfrentamento das iniquidades e da compreensão dos condicionantes sociais da saúde, que está na base do Sistema Único de Saúde em nosso país.

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais—socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2006).

Evitar a entrada tardia de crianças com dificuldades nos serviços, um grande motivador das práticas de detecção precoce, requer a urgente dissociação entre a necessidade de cuidado e a necessidade de um diagnóstico (já que o primeiro não depende do segundo). Igualmente, não devemos confundir um *cuidado necessário* com prevenção. No que tange à infância, sempre que falamos em sinais de alerta é preciso estarmos atentos ao risco de que, confundindo os sinais de alerta com sinais patológicos, o objetivo principal acabe

sendo o de diagnóstico precoce, e não o de um olhar a tempo (a tempo de evitar a cronificação de certos quadros, por exemplo).

Por isso, é central considerarmos que o atendimento ao sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas exige que se supere o *furor classificandi* (e patologizante), tomando a ‘doença’ (ainda que nomeada ‘transtorno’) como uma entidade estável e já estabelecida em um momento da vida em que está em pleno jogo o processo de constituição; é preciso também evitar as lógicas reducionistas que buscam causas unívocas, para que possamos adentrar na complexidade implicada nas primeiras relações estabelecidas por cada sujeito, seja com seu próprio corpo e o que ele apresenta, com a família em suas infinitas possibilidades de configuração, bem como com os modos singulares com que sujeito e família se deixam atravessar por suas experiências de vida e de território. Compreendemos que o desenvolvimento físico, psicomotor da criança e o seu funcionamento psíquico se desenvolvem ao mesmo passo. Não há um sem o outro. E porque nenhum dos dois se constitui sem que um laço se estabeleça entre a criança pequena e outro ser humano cuidador, não devemos nos esquecer de que os distúrbios funcionais podem ser a forma encontrada pelo bebê para nos dar notícia de suas invenções singulares no estabelecimento de suas relações com o corpo, o meio social e, portanto, com a linguagem e a cultura. Além disso, não deixamos de ressaltar que haja uma certa implicação do sujeito, ainda que no início da vida, frente a qualquer fator que porventura venha a afetá-lo (interno, externo, orgânico, social etc.), sendo o seu sintoma, muitas vezes, um modo de defesa ou solução de compromisso que ele já encontrou para viver no mundo (VORCARO, 2015), razão pela qual o cuidado deve oferecer o respeito às diversidades.

Se, por um lado, temos o organismo de um recém-nascido (respondendo às mais variadas contingências, desde síndromes, malformações, nascimento prematuro, refluxos etc.), por outro, junto a ele temos o agente da função materna, submetido a uma história e suas intempéries, que influenciarão diretamente na interpretação que faz das manifestações do corpo do bebê e no cuidado que é capaz de oferecer, formando o leito simbólico onde se aloja o sujeito em constituição. A leitura que é feita pelos cuidadores principais das manifestações do bebê, afinal, apresenta-se como uma antecipação e, ao mesmo tempo, é o que cria as condições necessárias para a emergência do

sujeito. São aspectos que, por sua incidência mútua, devem ser sempre igualmente considerados nesta clínica, buscando privilegiar o saber e a participação dos cuidadores nas avaliações e tratamentos.

#### **4 A LEI 13438 E O RASTREAMENTO UNIVERSAL PARA “RISCO PSÍQUICO”**

Em abril de 2017 foi sancionada a Lei 13.438, que alterou o artigo 14º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) acrescentando: “É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico” (BRASIL, 2017).

Trata-se de um instrumento legislativo que, ao invés de servir como disparador de processos de cuidados na primeira infância, envolve uma série de equívocos epidemiológicos, éticos e sanitários. Inicialmente, faz-se imprescindível afirmarmos nosso posicionamento inegociável em defesa do reconhecimento em tempo hábil de problemas que afetam as pequenas crianças brasileiras. Esse é o nosso ponto de convergência com o tema da lei, não com os seus dizeres, já que ela se insere no vazio da atenção a essa população e se afasta deste tempo hábil de intervenção ao propor uma *intervenção universal*. Por reconhecermos que a participação democrática é elemento fundante na constituição das políticas, surpreende-nos a ausência de audiências públicas ao longo dos anos em que a lei tramitou, dispensando perigosamente a participação das representações plurais da sociedade civil organizada, dos protagonistas e trabalhadores do SUS em um tema quiçá controverso que é a aplicação de protocolos padronizados para detecção de risco psíquico em bebês (FERNANDES et al., 2017).

No debate semântico, o termo “Risco para o Desenvolvimento Psíquico” não especifica exatamente os desfechos que este risco indica. As manifestações em defesa da validade e importância da lei sustentam que “risco psíquico” escaparia do enquadre nosográfico. Todavia, ainda que não incorporado a um sistema classificatório de grande alcance, parece-nos iatrogênico o reconhecimento e sistematização de “dados psicopatológicos” a partir da categorização das manifestações de bebês, generalizadas, isoladas em signos

estanques sem concatenação a uma lógica subjetiva mesmo que incipiente, perigo também apontado por Vorcaro (2015).

Os protocolos de detecção, quando aplicados de maneira irrestrita, podem produzir efeitos de antecipação diagnóstica sobre o curso do desenvolvimento de uma criança, transpassando a aposta feita pelo profissional no seu trabalho junto ao pequeno sujeito em constituição e seus cuidadores, modulando, assim, o que ganhará destaque no desenrolar do percurso clínico. Vorcaro (2015) nos lembra de que a aposta feita pelos agentes do cuidado é o que orienta o sujeito sobre o que poderá vir a ser, quer seja para aderir, contestar ou superá-la. Sem ela, o sujeito não tem onde apoiar-se subjetivamente. O que leva a autora a concluir que “qualquer diagnóstico, apesar de se supor posterior ao funcionamento psíquico registrado, promove uma aposta e, por isso mesmo, pode configurar uma sentença” (p. 126).

Reconhecemos, neste debate, um perigoso deslizamento entre uma suposta inespecificidade da noção de risco psíquico (que teoricamente protegeria a aplicação da lei de um processo de patologização coletiva) para uma evidente militância em defesa da lei que gira em torno do tema do autismo, de sorte que a aprovação da lei na Câmara dos Deputados foi comemorada como “nova esperança para os autistas” em eventos públicos envolvendo seus principais articuladores (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ, 2017; JERUSALINSKY, 2017). Celebram afirmando que

(...) a aprovação do projeto de lei que cobra a adoção do protocolo de diagnóstico será um grande avanço para **o acompanhamento dos autistas**. Segundo o texto do projeto de lei, os procedimentos de análise médica deverão ser aplicados nos primeiros 18 meses de vida da criança, com a finalidade de facilitar a detecção de risco para o seu desenvolvimento psíquico (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ, 2017, sp, negrito nosso).

Ainda pensando nos efeitos do olhar dos cuidadores sobre o bebê, quais seriam os impactos de uma antecipação investigativa que buscasse *sinais de autismo*, por exemplo, numa criança em que uma dificuldade (ainda) não estivesse em questão?

Podemos, sim, afirmar que desfechos no campo do sofrimento psíquico na primeira infância resistem às classificações, sejam nosológicas ou estruturais, e que o termo “risco” pode sinalizar esta inespecificidade. Ainda assim, risco se

afasta dos princípios que norteiam os pilares do nosso sistema de saúde por estar intrinsecamente ligado ao tipo prevenção cuja incidência se faz sobre o indivíduo, negando a dimensão coletiva das intervenções sobre os processos de saúde e adoecimento. “Prevenir o risco”, nesse registro, autorizaria a prática de rastreamento psíquico populacional.

Para Norman e Tesser (2009), organizar as práticas em saúde a partir da ideia de fatores de risco cria circuitos de pessoas preocupadas, estigmatizadas e quase que indefesas “ante os danos desnecessários, diários e extraordinários, previsíveis e imprevisíveis” (p. 2018). Na visão dos autores, seria mais sensato empreender programas não centrados nos fatores de risco mas sim focados nas condições básicas de vida das populações, respeitando suas particularidades culturais e sociais.

No que se refere ao debate específico ao procedimento proposto pela lei (chamado em Saúde Pública de rastreamento) precisamos situá-lo como estratégia para detectar agravos de etiologia definida com marcadores biológicos de fácil identificação em processo de coleta e interpretação dos resultados facilmente compreensíveis. Este não é o caso do autismo ou tampouco do “risco para o desenvolvimento psíquico”. No Brasil, os processos de Triagem Neonatal Universal previstos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança são:

- A) Triagem Neonatal Biológica – TNB (Teste do pezinho): fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.
- B) Triagem Neonatal Auditiva – TNA (Teste da Orelhinha)
- C) Triagem Neonatal Ocular – TNO (Teste do Olhinho)
- D) Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas, por oximetria de pulso (BRASIL, 2018).

Diferente disso, a Saúde Pública utiliza uma outra metodologia chamada vigilância, que se refere a aplicação de um protocolo na presença de condicionantes (idade, queixas ou sintomas, história familiar). Enfatizamos: não se trata de aplicação universal. Ela deve ter eventos ou sinais gatilho para que seja aplicado o instrumento de detecção. Este “detalhe” faz toda a diferença em termos de sensibilidade e especificidade do teste aplicado.

A lei em questão não prevê, nem sugere nem dialoga com os componentes já existentes no SUS e que podem constituir processos legítimos

de vigilância, onde as preocupações dos pais, dos outros cuidadores e dos pediatras são levadas em consideração.

Revisões internacionais de grande porte têm apontado os equívocos que a aplicação universal de um protocolo ou instrumento abaixo dos 18 meses envolve (FERNANDES et al., 2017). A recomendação do Reino Unido, por exemplo, com extensa revisão da literatura seguida de uma consulta pública encerrada em 2012, aponta de maneira explícita a não recomendação do rastreamento em crianças abaixo de 5 anos (NHS, PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2012 grifo nosso). O documento faz uso de termos cautelosos (“promissor”, “razoáveis”) para se referir à expansão do processo de rastreamento para crianças menores, com uma contraindicação explícita para aquelas abaixo de dois anos, *in verbis*: “Entre as ferramentas que podem ser usadas por pais ou cuidadores, o M-CHAT parece ser promissor, por oferecer valores preditivos positivos razoáveis desde que as crianças rastreadas tenham pelo menos DOIS anos” (UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE, 2012, p. 12, tradução nossa, grifo nosso).

Nos Estados Unidos da América, a Academia Americana de Pediatria e o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América curiosamente convergem nesta mesma direção. O gestor federal diz serem insuficientes as evidências atuais para equilibrar benefícios e prejuízos de se rastrear os Transtornos Globais do Desenvolvimento em crianças pequenas, na ausência de qualquer sinal de preocupação, apoiados em importante estudo de revisão (MCPHEETERS et al., 2016). As pesquisas voltadas para as faixas etárias abaixo dos 16 meses apontam tanto sub-identificação (baixa sensibilidade e valor preditivo positivo) quanto sobre-identificação (baixa especificidade). Ainda, a Academia Americana de Pediatria, que fala em nome de profissionais médicos especialistas, orienta a aplicação do protocolo somente na presença de eventos orgânicos (prematuridade ou síndromes genéticas), na presença de um irmão diagnosticado com autismo ou quando os pais demonstram alguma preocupação com o desenvolvimento do seu filho (JOHNSON; MYERS; AND THE COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2007).

No continente europeu, por fim, o estado da arte dos rastreamentos datado de 2014 (GARCÍA-PRIMO et al., 2014) incluiu mais de 70.000 crianças rastreadas e apontou que quanto menor a idade, maior o número de falsos

positivos e mais difícil é diferenciar o autismo dos outros atrasos do desenvolvimento.

Desta forma, do ponto de vista epidemiológico, considerando evidências de larga escala, podemos afirmar ser insustentável a aplicação universal de um protocolo de identificação de risco psíquico a todos os bebês de 18 meses.

## **5 DO UNIVERSAL DOS PROTOCOLOS RUMO AOS EFEITOS SINGULARES DO ENCONTRO NA/PELA/POR MEIO DA CLÍNICA**

A crescente inserção da Psicanálise nos processos de produção do cuidado em Saúde (seja na sua *praxis* clínica, seja nas suas incidências ético-políticas) convoca e provoca sua articulação com vários outros campos do saber, respeitando e incluindo o saber daqueles que (se) ocupam (d)a função materna e paterna, cuja tarefa indispensável de inserir o corpo de um bebê em um circuito de sentidos e palavras produz efeitos sempre singulares. Como cooperador do cuidado, o clínico deve intervir tendo como direção ético-clínico-política legitimar o que os pais (ou seus substitutos) portam saberes que emergem da experiência, constituindo processos de resistência aos saberes massificados e que se apresentam como universais.

Dado que a linguagem incide simultânea e decisivamente em nossa constituição biológica e psíquica, e pela possibilidade de representar, na linguagem, o que nos afeta no corpo, é este devir-linguagem que garante a possibilidade de que nossa existência transcenda movimentos de vida puramente reflexos e automáticos desde os primórdios da vida. É por conhecer os diferentes momentos lógicos que o psicanalista intervém, podendo buscar a criança/bebê ali onde ele está, sem que seja preciso, para tratá-lo, introduzir um artificialismo técnico descontextualizado da vida do paciente (MASCARENHAS et al, 2013).

O manejo transferencial, além disso, convoca os pais em sua máxima importância e participação nos tempos lógicos constitutivos de um novo sujeito, o que tem sido cada vez mais dificultado pela incidência massiva dos saberes produzidos pelo avanço da ciência e pelas “grandes descobertas” sobre o funcionamento cerebral, às quais, muitas vezes, os pais se veem submetidos ao ponto de suporem necessário aprenderem a executar atividades de estimulação, esquecendo que não há nada mais estimulante para um bebê do que o

investimento afetivo durante os cuidados diários. Da mesma forma, educadores têm buscado superespecializações para tentar dar conta das diferentes maneiras com que diferentes sujeitos conseguem apreender os conteúdos escolares, incorporando de maneira descuidada para dentro do campo da Educação os termos e racionalidades advindas das neurociências e da psiquiatria. (ANGELUCCI, 2015; ARANTES, 2017) Que lentes podemos utilizar para debater o avanço das neurociências na contemporaneidade, sem destituir a importância dos aspectos relacionais e das experiências?

Arantes (2017) nomeia *neurocolonização* o mecanismo de recorrer aos saberes das neurociências-pesquisa acreditando no princípio de que conhecer o funcionamento do cérebro é fundamental e imprescindível para a otimização das ferramentas de ensino. Este movimento, que ganhou força a partir da década de 1990, tem relações estreitas com a capitalização das pesquisas - financiadas pela corporação médica, academia e indústria tecnológica - em torno da materialidade cerebral. O cérebro, desde então, passa a ser protagonista de inúmeras ações e comportamentos, e de processos de memória, de aprendizado e de concentração. Os processos de visualização cerebral em suas diferentes dimensões, com o poder de persuasão das suas imagens e sua alegada habilidade de rastrear processos mentais de uma maneira objetiva, trabalham sob a premissa de que seria possível observar a mente em funcionamento. O recurso a este aparato tornou-se frequente na academia, na ordem de milhares de artigos publicados (em 2011 eram cerca de 600 publicações por mês) com “descobertas” sobre os correlatos neuronais de, por exemplo, amor e ódio, afetações pela literatura e mesmo fidelidade político-partidária (ROSE; ABIRACHED, 2013). Muitas das políticas de desenvolvimento infantil hoje veiculadas recorrem ao uso das imagens cerebrais face ao seu grande poder de persuasão, influenciando áreas que vão do neuromarketing às políticas de desenvolvimento infantil. O projeto *Saving Brains* caminha exatamente nesta trilha.

No planeta todo, 1/3 das crianças não atingem todo seu potencial. São 200 milhões de meninos e meninas que têm seu futuro prejudicado, assim como seu desenvolvimento cerebral. Entre os motivos, estão a fome, a falta de afeto e de cuidados e a ausência de políticas públicas que apoiem as famílias. Esse desperdício de oportunidades mina as futuras gerações em sua capacidade de enfrentar desafios.

E como superar isso? Como incentivar essas crianças e ajudá-las a se desenvolver com as mesmas chances de outras que não enfrentam os mesmos problemas? Hoje se sabe que a genética não é a única determinante e que o cérebro tem uma incrível capacidade de se alterar, especialmente nos primeiros anos de vida.

Portanto, a resposta para os questionamentos acima está justamente no investimento nessa faixa etária. E nesse sentido, o edital Saving Brains busca caminhos para promover o desenvolvimento do cérebro infantil e da criança nos seus primeiros 1000 dias de vida, por meio projetos inovadores (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, [s.d.]).

Vivemos povoados pela expectativa de “ver” a mente no cérebro vivo e fotografar as paixões e seus desejos que, aparentemente, estão por trás das crenças, emoções e comportamentos - tanto normais quanto patológicos. Esta utopia tem sido elemento-chave para franquear às neurociências lugares de destaque no campo da Saúde Mental dos bebês, supondo que ela forneça informações imprescindíveis para o governo dos humanos e para “conduzir-lhes a conduta” no mundo cotidiano (ROSE; ABI-RACHED, 2013).

O ponto de divergência e distonia entre a clínica com bebês e os saberes das neurociências-pesquisa está no fato de que esta última envolve majoritariamente uma adesão ao programa cognitivista do aprendizado enquanto disciplina mediadora (PYKETT; DISNEY, 2015), que raramente considera o contexto e o protagonismo dos sujeitos envolvidos. O desenvolvimento que se supõe poder ser “fotografado”, “revelado” e “visualizado” não leva em consideração a produção viva de saberes que emergem nos encontros. Este achado é corroborado por Rosi & Lucero (2018), quando reconhecem que comumente os serviços responsáveis pelo acompanhamento de crianças muito pequenas baseiam suas ações em critérios psicométricos e em um olhar fundamentalmente desenvolvimentista, por meio do qual destacam-se os déficits em detrimento do lugar do sujeito (mesmo o sujeito a advir) e de seu sofrimento. As autoras dirão, ainda, que a ideia de déficit, por sua vez, sustenta a noção de que o bebê que manifesta alguma dificuldade porta um “menos” em relação aos outros e, por isto, deve ser mais estimulado. O bebê é submetido a sessões nas quais se concentra um maior número de estímulos (cores, sons, etc.), sem uma preocupação com as relações que ele poderia estabelecer com o agente encarregado desses “cuidados”, tampouco com outros atravessamentos possíveis e que teriam participação no processo de

adoecimento e sofrimento dos quais as manifestações fenomenológicas nos dão notícia.

Precisamos, todavia, fazer as ressalvas de que há importantes linhas de pesquisa nas neurociências que pensam o conceito de corpo, em sua amplitude e processos de afetação pela experiência, dialogando com a psiquiatria fenomenológica e debatendo os dilemas fisicalismo-mentalismo (BEZERRA, 2013; BEZERRA JR, 2001).

Se para a psicanálise é uma evidência – desde Freud, passando pela tão criticada Mannoni (1964/1988), até estudos recentes – que psíquico e mental/cognitivo/intelectual não podem ser dissociados, o privilégio do aprendizado em alguns métodos de estimulação precoce interroga-nos sobre os efeitos subjetivos de tais práticas em certas crianças, em especial, as que apresentam sinais clínicos de sofrimento. Com efeito, a falsa ideia de que o precoce se refere a uma etiologia orgânico-genética determinista leva a conceber o tratamento de crianças com dificuldades em sua constituição psíquica nos moldes de uma ortopedia, sem considerar a implicação do sujeito (e de suas defesas) nessa organização subjetiva. Ao contrário, a prática com bebês inspirada pela psicanálise parte de uma perspectiva de intervenção que não se volta à prescrição de exercícios e não oferece um saber pronto, indiscutível e transmitido aos pais para que se apropriem das técnicas de estimulação, mas sim um saber que considera a história e o meio social em que essa família se insere, os efeitos das dificuldades do bebê sobre aqueles que dele cuidam e o que, daí, interferirá no olhar que recebe. Sabemos a importância, afinal, do sentido dado pelos cuidadores àquilo que o “dado a ver” no corpo do bebê manifesta e seus efeitos sobre o investimento que esse bebê receberá.

## **6 REPENSANDO O LUGAR DOS PROTOCOLOS NO CUIDADO EM SAÚDE**

Merhy e Feuerweker (2009) apresentam importantes perspectivas para pensarmos as tecnologias do cuidado, nomeando tecnologias duras as máquinas eletroeletrônicas e os bens materiais em geral; tecnologias leve-duras os saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo etc; e tecnologias leves os saberes que perpassam os encontros entre trabalhadores e usuários. Quando esta última é prevalente, o trabalho vivo em ato opera um jogo de expectativas

e produções, com: a) momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; b) momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; c) momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, FEUERWERKER, p 32).

Muitos processos de gestão em saúde têm tentado pautar as práticas de cuidado a partir das tecnologias leve-duras fazendo uso de diretrizes norteadoras, na busca por uma uniformidade no passo a passo das condutas técnico-assistenciais. Argumenta-se largamente que o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde deve ser alicerçado em evidências científicas (supostamente dotadas de neutralidade ideológica) traduzidas em protocolos assistenciais que só ganham utilidade na vida de cada usuário e comunidade quando são respeitadas as necessidades singulares de cada território.

Os cuidados em Saúde Mental, por sua vez, tornam este cenário ainda mais complexo, haja vista a amplitude de suas intervenções (AMARANTE, 2007; DE OLIVEIRA, 2008; KINOSHITA, 2001) e a irredutibilidade da experiência da loucura à noção de doença mental. Os efeitos clínicos e políticos desta mudança de paradigma têm exigido um rompimento com as delimitações dos saberes *psi* historicamente ligados aos lugares de verdade sobre a experiência subjetiva. A Clínica Ampliada, por sua vez, procura incorporar elementos de outras áreas (Artes, Antropologia, Esporte etc.) para as práticas de cuidado vigentes. Um grande desafio, diante da incorporação de mais de 30.000 profissionais aos CAPS (BRASIL, 2015) tem sido sustentar esta mudança de paradigma quando muitas das práticas incorporam discursos e ferramentas da psiquiatria tradicional e seus instrumentos de avaliação pretensamente científicos, buscando uma ilusória objetividade tanto na condução do tratamento como na expectativa de seus efeitos.

As práticas de cuidado centradas nas tecnologias leves e permeadas pela psicanálise - a partir de sua posição ético-política - privilegiam a liberdade dos *estilos singulares de existência* (BIRMAN, 1994, p.130), e, ao localizarem o saber do lado do sujeito, também deslocam o clínico e a ciência de seus lugares. Diante

disso, interrogamos a primazia das tecnologias leve-duras apoiadas na construção de protocolos: a que ou a quem servem?

Maleval (2017) atribui o constrangimento do humano numa abordagem contável e objetivante a uma lógica de mercado que se insinua com força no domínio da saúde. Lógica esta que converge com a ideologia vigente em grande parte da comunidade científica para quem eficácia de suas afirmações acaba por ser forjada sob o custo considerável de uma sutura da subjetividade. Para o autor, muitas das normas imperantes produzem desviantes que acabam mais estigmatizados do que considerados diferentes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modos de cuidar constituídos nas tessituras entre Psicanálise e Saúde Coletiva remetem à relação pela qual o sintoma se vincula intimamente com o sujeito, sendo um modo de defesa ou solução de compromisso que ele já encontrou para viver no mundo. Pensar em “intervenções precoces” exige, portanto, uma mudança de paradigmas e o deslocamento de um pensamento que privilegie aspectos nosológicos para outro que considere mais importante o sujeito e as condições em que advém, aliviando o sofrimento que determinadas formas de organização subjetiva ou produções sintomáticas podem comportar.

“*Pré-venir*” (Rohenkhol, 1999), a partir destas considerações, falaria de um “chegar antes” e traria a importância da detecção de sinais precoces de transtornos na constituição psíquica do bebê, seguido da responsabilidade das intervenções com bebês e seus pais. Entretanto, remetendo-nos a noção da garantia nas intervenções (tomada como impossível), Rohenkhol (1999) sugere que a aposta na existência do inconsciente e na possibilidade de que, daí, advenha o sujeito, guie o trabalho com bebês que apresentem impasses em sua constituição psíquica e, porque indissociável, em seu desenvolvimento. Afirmando que a noção de prevenção aparece sempre indissociável de sua dimensão política, a psicanálise soma sua voz àqueles que tensionam nas iniciativas de prevenção o seu ideal e suas tentativas de controle. É o que a permite introduzir a proposta de uma “prevenção ao avesso”. O lugar do precoce situar-se-ia, então, na *função da pressa*, com referência aos tempos lógicos de Lacan (1945/1998), e reforçaria o caráter antecipatório indispensável no cuidado, seja dos pais, seja das equipes de saúde.

Do lado dos profissionais envolvidos com a primeira infância, em suas várias disciplinas, sugerimos que a “pressa” e a antecipação estejam, não em “fechar” diagnósticos, mas em possibilitar o fortalecimento das condições para um desenvolvimento integral (tomando saúde como um fenômeno amplo e diversamente determinado) aprimorando as ferramentas já existentes. Assim, que a expectativa de chegar “a tempo”, motor do trabalho daqueles que se dedicam ao cuidado com bebês, seja substituída pela intenção de intervir *a qualquer tempo* em que a criança nos convoque, marcando, como posição ético-política, a inclusão do sujeito em toda tentativa de intervenção, reconhecendo que sobre a posição subjetiva incidem as mais variadas condicionantes, tornando, por isso, indissociáveis os processos de desenvolvimento e constituição psíquica.

## REFERÊNCIAS

- ANGELUCCI, C. B. *A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial*. 37ª Reunião Nacional da ANPEd. Trabalho Encomendado GT15 – Educação Especial 1, (Florianópolis: UFSC), 2015.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2007.
- ARANTES, R. L. *A constituição da demanda para a Neurologia a partir da Educação*. Dissertação—Porto Alegre: UFRGS, 2017.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ. *Assembleia debate importância do diagnóstico precoce do autismo*. Disponível em: <http://www.alep.pr.gov.br/divulgacao/noticias/assembleia-debate-importancia-do-diagnostico-precoce-do-autismo>.
- BEZERRA, B. C. *Freud e as neurociências: Projeto para uma psicologia científica*. [s.l.] Civilização Brasileira, 2013.
- BEZERRA JR, B. O lugar do corpo na experiência do sujeito. In: BEZERRA JR, B.; PLASTINO, C. A. (Eds.). *Corpo Afeto Linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.
- BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Pensamento Freudiano,3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

BRASIL. *Saúde Mental em Dados no 12*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <[www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)>

BRASIL. Lei 13438. [s.l: s.n.].

BRASIL, M. DA S. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - Orientações para Implementação*. Brasília, DF: [s.n.]. v. 1

CZERESNIA, D. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 3, p. 39–54, 2003.

DE OLIVEIRA, W. F. *Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde*. *Saúde em debate*, v. 32, n. 78-79–80, p. 38–48, 2008.

FERNANDES, C. M. et al. *Sobre a Lei 13.438, de 26/4/17: Riscos e desafios*. Disponível em: <<http://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>>

FERRARI, A. G. et al. *A experiência com a Metodologia IRDI em creches: prevenir um sujeito*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 20, n. 1, p. 17–33, mar. 2017.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. DE A. *Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança*. *Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte*, p. 1–7, 2007.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. *Saving Brains*. Disponível em: <<https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/o-que-fazemos/fortalecer-as-familias/saving-brains/>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

GARCÍA-PRIMO, P. et al. *Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe*. *European child & adolescent psychiatry*, v. 23, n. 11, p. 1005–1021, 2014.

JERUSALINSKY, A. N. Alfredo Jerusalinsky: *Novas esperanças para os autistas*. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/04/alfredo-jerusalinsky-novas-esperancas-para-os-autistas-9762949.html>>.

JOHNSON, C. P.; MYERS, S. M.; AND THE COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. *Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders*. *PEDIATRICS*, v. 120, n. 5, p. 1183–1215, 1 nov. 2007.

KINOSHITA, R. T. *Contratualidade e reabilitação psicossocial*. In: PITTA, A. M. F. (Ed.). . Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec Editora, 2001. p. 55–59.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. *IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis*. Estilos da Clínica, v. 23, n. 1, p. 62–82, 30 abr. 2018.

MALEVAL, J-C. **O autista e sua voz**. São Paulo: Blucher, 2017.

MASCARENHAS, C.F. et al. *A metodologia psicanalítica no tratamento do autismo*. Publicado em [09/04/2013](#) por [psicanaliseautismosaudepublica](#)  
Disponível em  
<https://psicanaliseautismosaudepublica.wordpress.com/2013/04/09/a-metodologia-psicanalitica-no-tratamento-do-autismo/>

MCPHEETERS, M. L. et al. *Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children*. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MANDARINO, A. C. DE S.; GOMBERG, E. (Eds.). . Leitura de Novas Tecnologias e Saúde. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 29–74.

NHS, PUBLIC HEALTH ENGLAND. *The UK NSC recommendation on Autism screening in children*. Disponível em:  
<<https://legacyscreening.phe.org.uk/autism>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. *Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, set. 2009.

PYKETT, J.; DISNEY, T. *Brain-Targeted Teaching and the Biopolitical Child*. In: KALLIO, K.; MILLS, S.; SKELTON, T. (Eds.). . Politics, Citizenship and Rights. Geographies of Children and Young People. Singapore: Springer Singapore, 2015. p. 1–17.

ROSE, N. S.; ABI-RACHED, J. M. *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*. Princeton, N.J: Princeton University Press, 2013.

ROSI, F.S.; LUCERO, A. *Intervenção precoce X Estimulação precoce na clínica com bebês*. Revista Tempo Psicanalítico, v.50.1, p.174-193. Rio de Janeiro, 2018.

RUSSELL, G. *Early diagnosis of autism is earlier always better?* In: RUNSWICK-COLE, K.; MALLETT, R.; TIMIMI, S. (Eds.). . Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

SOULE, M. *A comprehensive and coordinated early preventive policy: Conclusions after 10 years (1976-1986)*. *Infant mental health journal*, v. 9, n. 1, p. 54–64, 1988.

TERRIS, M. *Public health policy for the 1990s*. *Journal of Public Health Policy*, v. 11, n. 3, p. 281–295, 1990.

TULLOCH, J.; LUPTON, D. *Risk and everyday life*. [s.l.] Sage, 2003.

US DEPT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, H. *Healthy people - The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention*. 1979.

VORCARO, A. *Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças*. In M. Kamers, R. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência*. (pp. 117-148). São Paulo: Escuta, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. Copenhagen, 9-13 July 1984. 1984.