

**IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS EDUCACIONAIS BRASILEIRAS
DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO AUTISMO NO DSM-5 E CID-11**

**IMPLICATIONS ON BRAZILIAN EDUCATIONAL POLICIES OF THE
DIAGNOSTIC CRITERIA FOR AUTISM IN THE DSM-5 AND ICD-11**

**IMPLICACIONES EN LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS BRASILEÑAS
DE LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO EN EL DSM-
5 Y LA CIE-11**

Maria Clara de Freitas¹

Priscila Benitez²

Kate Mamhy Oliveira Kumada³

Luiz Renato Martins da Rocha⁴

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir as últimas versões do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4 e 5) e da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10 e 11) com relação ao diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e suas implicações nas políticas educacionais brasileiras para esta população. Para alcançar os objetivos do presente artigo, foi conduzida uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa e do tipo descritiva, na qual foram propostas discussões acerca de cinco tópicos: alteração dos critérios diagnósticos; classificação do autismo como um transtorno do neurodesenvolvimento; eliminação dos subgrupos de transtornos específicos; desdobramentos para o tratamento clínico e educacional e as possibilidades de trabalho educacional com estudantes com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Autismo; DSM; CID; Política Educacional Inclusiva.

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6639-6429>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6993887072345221>.

E-mail: clarafreitas@uel.br.

² Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do Centro de Matemática, Computação e Cognição (CMCC) da Universidade Federal do ABC (UFABC). Pesquisadora credenciada no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino, INCT-ECCE (Deisy G. de Souza, presidente) financiado pelo CNPq (#573972/2008-7) e FAPESP (2008/57705-8). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3501-7606>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0000868072508462>.

E-mail: priscila.benitez@ufabc.edu.br

³ Doutora em Educação Especial pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro de Ciências Naturais e Humanas (CCNH) da Universidade Federal do ABC (UFABC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5278-9782>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2746290295878975>. E-mail: kate.kumada@ufabc.edu.br.

⁴ Doutor em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do Centro de Matemática, Computação e Cognição (CMCC) da Universidade Federal do ABC (UFABC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2884-4956>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4901568089807470>.

E-mail: luiz.renato@ufabc.edu.br.

Abstract

This paper aims to present and discuss the latest versions of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4 and 5) and the ICD (International Classification of Diseases 10 and 11), regarding the diagnostic of Autism Spectrum Disorders (ASD) and their implications to the Brazilian educational policy towards this population. To achieve the objectives of this article, we used bibliographic research, of a qualitative and descriptive nature, in which we proposed discussions around five topics: the change on the diagnostic criteria; the classification of autism as a neurodevelopmental disorder; the exclusion of specific disorder subsets; the impact on clinic and educational treatments and the possibilities of educational services towards students with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Autism; DSM; ICD; Inclusive Educational Policy.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar y comparar las últimas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-4, DSM-4-TR y DSM-5) con relación al diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista y discutir las modificaciones implementadas, así como sus ventajas y desventajas para el diagnóstico clínico, para la educación y el tratamiento de la persona con autismo. Para lograr los objetivos de este artículo, se utilizó una investigación bibliográfica, de carácter cualitativo y descriptivo, en la que se propusieron discusiones sobre cinco temas: alteración de los criterios diagnósticos; la clasificación del autismo como un trastorno del neurodesarrollo; eliminación de los subtipos de trastornos específicos; tratamiento clínico y educativo y las posibilidades del trabajo educativo con estudiantes con TEA.

Palabras-clave: Autismo; Trastorno del Neurodesarrollo; DSM; Política educativa inclusiva.

Introdução

A cada nova edição, os manuais diagnósticos como o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) buscam aprimorar suas classificações de acordo com o estado da arte das pesquisas em cada campo, sempre considerando, cada vez mais, a aplicabilidade global e prática do diagnóstico.

A mais recente classificação do DSM, em sua quinta versão (APA, 2014) resulta de um processo de estudos, revisões e pesquisas de campo de 12 anos, realizados por centenas de profissionais, com o objetivo de garantir uma nova classificação, ampliando e modificando a quarta versão (APA, 1994, 2002), que pudesse prover uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica (Araújo & Lotufo Neto, 2014). Ainda mais extensiva é a revisão da CID-10, aprovada inicialmente em 1989 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1989) para a construção da CID-11, lançada em 2018 e prevista para entrar em vigor em 2022 (OMS, 2018).

Os resultados no campo dos transtornos de desenvolvimento intelectual, dificuldades de aprendizagem e autismo envolveram significativas transformações, justamente na tentativa de considerar a relevância do momento histórico para a área, compreender melhor os limites de

cada transtorno, bem como abarcar a diversidade presente dentro de cada uma das classificações. De fato, o desenvolvimento das diretrizes para a alteração e ampliação da CID-10 para formação da CID-11 já tem sido considerado o processo de revisão mais amplamente internacional, multilinguístico, multidisciplinar e participativo já implementado para uma classificação de transtornos mentais (Reed et al., 2019).

O campo de investigação do autismo tem, particularmente, se caracterizado como uma das áreas que passou por massivas alterações nas últimas décadas nas diferentes versões dos manuais, a partir de novas informações que têm sido constantemente desveladas tanto acerca do diagnóstico e do tratamento. Atualmente, o autismo é denominado como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) pelos manuais oficiais de saúde, o DSM-5 (APA, 2014) e a CID-11 (OMS, 2018). Os dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos da América) (CDC, 2016) identificaram que o TEA ocorre em todos os grupos raciais, étnicos e socioeconômicos, sendo quatro vezes mais comum entre meninos, em relação às meninas. A prevalência média do número de pessoas com TEA, relacionada aos estudos europeus, asiáticos e norte americano gira em torno de 1% a 2% (CDC, 2016), com estimativas de que uma a cada 54 crianças norte-americanas, com até oito anos, tenha TEA (CDC, 2016; Maenner et al., 2016).

Em contexto nacional, não há uma medida oficial de prevalência, sendo que um único estudo conduzido na cidade de Atibaia, interior do estado de São Paulo, com amostragem 1.470 crianças, entre sete e 12 anos, constatou uma prevalência de 0,3% do TEA, o que indica que em torno de 40 mil crianças ou adolescentes (com até 20 anos) podem apresentar o transtorno (Paula, Fombonne, Gadia, Tuchman & Rosanoff, 2011; Paula, Ribeiro, Fombonne & Mercadante, 2011). Por outro lado, adotando-se a estimativa mundial (CDC, 2016), poder-se-ia estimar uma quantidade bem maior de crianças com TEA no Brasil.

O aparente aumento crescente no número de pessoas com diagnóstico de TEA pode ocorrer por diversos fatores, desde questões relacionadas à conscientização do transtorno, até ao surgimento de pesquisas mais sofisticadas que definem com maior detalhamento os componentes críticos do transtorno (Altenmüller-Lewis, 2017). É de se esperar que todas essas mudanças, tanto no diagnóstico, como na conscientização e prevalência do TEA, repercutam grandemente na sociedade, gerando impactos, por exemplo, no processo de escolarização do

alunado caracterizado com autismo, atualmente concebido como público-alvo da educação especial na política educacional brasileira (Ministério da Educação, 2008).

Assim, diante da crescente compreensão do quadro sintomatológico do TEA e mudanças nos manuais de saúde, do aumento no número de pessoas com diagnóstico do TEA, questiona-se sobre como as normativas educacionais brasileiras têm utilizado tais definições e critérios diagnósticos para prover a escolarização dos estudantes com TEA, assim como quais os impactos das modificações em tais normativas. Assim, o presente artigo teve como objetivo apresentar e discutir as últimas versões do DSM (4 e 5) e da CID (10 e 11) com relação ao diagnóstico do TEA e suas implicações nas políticas educacionais para esta população.

Para tal foi conduzida uma revisão da literatura não sistemática, de caráter descritivo do tipo bibliográfica, com base em temas que relacionassem práticas baseadas em evidências e o autismo. Para tanto, este artigo inicialmente apresenta e contextualiza uma breve evolução dos critérios diagnósticos para o autismo nos supramencionados manuais, especificamente acerca das classificações e nomenclaturas empregadas para descrever o autismo e sua categorização em tipos diferentes de transtornos e subtipos, bem como na evolução dos critérios para o diagnóstico. Posteriormente, estas mudanças são discutidas em relação aos documentos que regulamentam as políticas educacionais brasileiras, analisando-os em conjunto com seus impactos e desdobramentos para a educação de pessoas com TEA no Brasil.

Procedimentos Metodológicos

O trabalho utilizou-se da pesquisa qualitativa, a qual “amplifica as possibilidades de interpretação e compreensão do cotidiano e disponibiliza meios para apreender a complexidade humana” (Tomaz-Moreira, Fagundes-Galvão, Medeiros-Melo & Azevedo, 2007, p. 29). Para alcançar os objetivos inicialmente propostos, foi utilizada a pesquisa descritiva, que segundo Gil (2008, p. 28) “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” e, nesse sentido, foi proposta a descrição, em detalhes dos critérios diagnósticos definidos para o TEA, com base em manuais e suas mudanças e implicações na compreensão de tal característica ao longo dos anos.

Por fim, a pesquisa também é de cunho bibliográfico, pois foi “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (Gil, 2008, p. 50) que nesse caso, as fontes principais foram os dois manuais de saúde que orientam mundialmente os critérios diagnósticos para avaliação clínica do autismo, a destacar, DSM pela Associação Americana de Psiquiatria e CID pela Organização Mundial da Saúde, assim como por textos que apresentavam práticas baseadas em evidências. Cabe explicar que, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não foi necessária a tramitação em comitê de ética, conforme Resolução nº 466/2012, haja vista, a natureza do estudo.

A evolução das classificações do autismo: critérios diagnósticos e contexto histórico

Preliminarmente, é preciso contextualizar dois pontos importantes para o desenvolvimento da presente argumentação, o primeiro acerca das diferenças entre os dois manuais, CID e DSM, e o segundo, sobre o contexto histórico do desenvolvimento da área de investigação do autismo. Acerca do primeiro ponto, sabe-se que o DSM e a CID, os dois manuais mais importantes para o diagnóstico, diferem em seus objetivos, já que o DSM se preocupa com o diagnóstico e a CID, com a classificação. De acordo com Rutter (2011), o diagnóstico é apenas um dos possíveis propósitos da classificação, o que se refere a um instrumento para conversação entre profissionais de pesquisa, saúde e educação.

Ainda, o DSM cita como objetivos principais a melhoria da utilidade clínica e a pesquisa, já a CID divide seus objetivos em quatro: utilidade clínica, linguagem diagnóstica comum, propósitos de seguro, questões legais e longevidade da pesquisa (Doernberg & Hollander, 2016). Assim, ainda que ambos os manuais dialoguem relativamente em paralelo, os momentos em que as mudanças são implementadas e muitas particularidades delas diferem, e podem ser melhor entendidas feita essa distinção.

Um segundo ponto a ser destacado relaciona-se ao contexto histórico do autismo. Para compreender totalmente o impacto das últimas mudanças, faz-se necessário inseri-las no histórico do diagnóstico do autismo e sua evolução. De fato, o conceito do autismo mudou ao longo do tempo, e pessoas com esse diagnóstico já foram entendidas, classificadas e tratadas de diferentes formas. Para citar apenas algumas referências históricas relevantes, Gadia, Tuchman e Rotta (2004) revisam que a nomenclatura autismo foi empregada pela primeira vez

por Bleuler, em 1911, e se referia à falta de contato com a realidade, devido à ausência de comunicação. Já em 1943, Kanner tratou do autismo como uma falta de habilidade inata para vínculos afetivos e interpessoais, inserindo a expressão mães geladeiras na compreensão da manifestação dos sintomas, no sentido de entender o autismo como provocado por pais muito inteligentes e pouco afetivos. Estas concepções moldaram por muito tempo a compreensão, o diagnóstico e o tratamento de pessoas com TEA, nem sempre de forma positiva.

Em 1983, com o DSM-III-R, foram estabelecidos critérios diagnósticos para o autismo, o que resultou na criação do termo Transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento. Esse transtorno foi dividido em dois diagnósticos: Autismo e Transtorno invasivo (ou global) não especificado (Gadia et al., 2004).

As subclassificações encontradas no DSM-III-R para esse transtorno foram: Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) não-autístico), Transtorno Desintegrativo da Infância (TID não-autístico), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra especificação (TID-SOE), Transtorno de desenvolvimento múltiplo e complexo, Transtorno de evitação patológica às demandas, Transtorno de prejuízo multidimensional, Transtorno esquizóide infantil e Transtornos de vinculação (APA, 1983).

O DSM-4 foi revisado (DSM-4-TR) no ano de 2002, e a nomenclatura de TID foi alterada para TGD - Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam os cinco subtipos: Autismo infantil; Transtorno de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância; Transtorno de Asperger; Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação - incluindo autismo atípico (APA, 2002).

Essa classificação entrava em alguma concordância, mas também expandia o entendimento do manual da Organização Mundial de Saúde, em sua 10ª revisão (OMS, 1989), que caracterizava o autismo no capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais, no subgrupo de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, que incluía os seguintes: Autismo Infantil; Autismo Atípico; Síndrome de Rett; Outro Transtorno desintegrativo da infância; Transtorno Hiperativo associado com deficiência intelectual e movimentos estereotipados; Síndrome de Asperger; Outros transtornos invasivos do desenvolvimento; e Transtorno invasivo do desenvolvimento não específico.

Em 2014, em última atualização, o DSM-5, houve também modificações conceituais para o autismo, que passou a ser considerado como um Transtorno do Neurodesenvolvimento, por meio da nomenclatura Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), que englobaria os subtipos citados anteriormente. O termo “espectro” inserido nessa nova nomenclatura contemplaria a variedade de comportamentos que uma pessoa com o transtorno pode apresentar, direcionando a discussão para a funcionalidade, a despeito da tipologia.

De acordo com o DSM-5, os sintomas que caracterizavam, anteriormente, os transtornos distintos, poderiam ser entendidos como um *continuum* único de prejuízo em vez de constituir transtornos distintos (APA, 2014). A justificativa para tal mudança reside em “melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados” (APA, 2014, p. xlii). De fato, o DSM-5 realizou uma grande reorganização dos transtornos mentais, alterando-se a própria configuração desse manual. A antiga subdivisão em eixos deixa de existir, e muitos capítulos foram deslocados de seus locais originais. Isto aconteceu também com o TEA. A antiga subdivisão, que tinha por objetivo estimular a avaliação mais completa e detalhada de cada transtorno, deu lugar a uma organização mais homogênea, na tentativa de priorizar um olhar longitudinal sobre o curso os transtornos mentais (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

Cinco anos depois, em consonância com esse entendimento, a CID-11 (OMS, 2018) adicionou um novo capítulo intitulado Transtornos do Neurodesenvolvimento, no qual o igualmente renomeado TEA passa a figurar. Nesta nova definição, os subtipos anteriores foram extintos, com uso do termo espectro que envolve uma análise acerca do funcionamento intelectual e competência linguísticas (OMS, 2018).

Hoje, portanto, as delimitações anteriores, que separavam desde o autismo clássico, descrito por Kanner, que apresentava deficiência intelectual e padrões de comportamento motor repetitivos até o indivíduo com Asperger, com funcionamento intelectual acima da média em áreas específicas e pouco comprometimento de linguagem, foram abolidas. Em seu lugar, entra em cena uma definição muito mais abrangente, que elimina títulos separadores e inclui todas as antigas classificações em um único: TEA. Inclusive, o DSM-5 sugere que seja realizada tal atualização diagnóstica mesmo para os indivíduos previamente diagnosticados com os termos

transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado (APA, 2014).

A mudança de nomenclatura, a inserção de um novo capítulo e a eliminação de subtipos específicos são reflexos de uma transformação fundamental que ocorreu nas últimas classificações, que impactaram diretamente na alteração dos critérios diagnósticos para o autismo. No DSM-4 (APA, 1994) os critérios diagnósticos para o autismo envolviam basicamente os déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões de comportamentos, atividades e interesses restritos e estereotipados.

Em 2002, com o DSM-4-TR o tripé diagnóstico do transtorno permaneceu similar àquele descrito em 1994 (comprometimento qualitativo na interação social, na comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamentos). Essas características definidoras mostram dificuldades para compreender aquilo que se observava, bem como para atribuir significado às palavras, entender a linguagem falada e conceitos abstratos, além de demonstrarem dificuldades para generalizar a aprendizagem e atribuir função comunicativa a fala (Bosa, Zanon & Backes, 2016).

Com a atualização do DSM-5 (APA, 2014) foi proposta uma nova compreensão dos comportamentos definidores para um diagnóstico de TEA. No DSM-5 (APA, 2014), o tripé diagnóstico foi reorganizado, e formalmente reduzido a dois itens: a) prejuízo persistente na comunicação social recíproca e interação social, em múltiplos contextos; b) padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos. Desta forma, comunicação e a interação social, que eram critérios separados no DSM-4, foram agrupadas em um único critério diagnóstico. Além disso, o critério de atraso ou ausência de linguagem expressiva foi retirado, visto que esta não é uma característica exclusiva do TEA, o que poderia gerar uma difusão de diagnósticos errôneos.

O agrupamento da comunicação com o comportamento social merece destaque, uma vez que os comportamentos autolesivos e a falta de iniciativa social podem estar intimamente relacionados com o restrito repertório de linguagem expressiva (Bosa et al., 2016). Portanto, os possíveis déficits linguísticos não foram excluídos, mas sim ressignificados, dando-se ênfase à função social e comunicativa da linguagem e não à produção linguística em si.

Ainda, complementarmente, outros três critérios devem ser encontrados, de acordo com

o DSM-5, a destacar: a) os sintomas devem estar presentes no período de desenvolvimento precoce (até cerca de dois anos de idade); b) os sintomas devem causar prejuízo significativo nas áreas social, ocupacional, entre outras; c) o distúrbio não é melhor explicado pelos itens de deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento (APA, 2014). Destes, destaca-se a ênfase na identificação precoce do transtorno, nos primeiros 24 meses de vida. Isto mostra a importância da intervenção logo na primeira infância, sendo incentivada por clínicos, pais e educadores, e sendo, inclusive, indicada pela legislação brasileira (Lei n. 12.764, 2012).

Do mesmo modo, na CID-11, a nova classificação traz a necessidade de avaliar de acordo com níveis de linguagem e cognição (principalmente, funcionamento intelectual) (OMS, 2018). Ainda, há a possibilidade de quantificar, durante o diagnóstico, estas duas características, em diferentes níveis. Por exemplo, com relação à linguagem a CID-11 separa entre TEA com ou sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual; já na linguagem funcional, há três possíveis classificações: Transtorno do Espectro Autista sem prejuízo, com prejuízo leve e com prejuízo significativo na linguagem funcional.

Na CID-10, os TGD estavam classificados com o código F84, nos seguintes subtipos: Autismo Infantil (F84.0), Autismo Atípico (F84.1), Síndrome de Rett (F84.2), Transtorno Desintegrativo da Infância (F84.3), Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F84.4), Síndrome de Asperger (F84.5), Outros TGD (F84.8) e Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (F84.9). Por outro lado, como supracitado, na CID-11, há um junção de todos esses subtipos, culminando no Transtorno do Espectro do Autismo (código 6A02 - em inglês: Autism Spectrum Disorder - ASD). Não há mais subtipos, mas sim especificadores, agora relacionados a prejuízos na linguagem funcional e à comorbidade de deficiência intelectual, cada um deles em diferentes níveis. No nível de linguagem funcional, há três possibilidades: com leve ou nenhum atraso de linguagem, com linguagem funcional atrasada e com ausência de linguagem funcional completa ou quase completa. Acerca da deficiência intelectual em comorbidade, há duas possibilidades: com ou sem transtorno de desenvolvimento intelectual. Os códigos diagnósticos devem considerar cada uma dessas possibilidades no momento do diagnóstico, que por sua vez, pode, assim, variar de 6A02.0 a 6A02.5, de acordo com as diferentes combinações. Além disso, a CID-11 adiciona outros dois critérios diagnósticos alternativos para identificar se houve perda (6A02.x1) ou não

(6A02.x0) de habilidades na infância. A Síndrome de Rett não entrou na nova classificação e ficou isolada com o código LD90.4.

Esta mudança, além de já oferecer um diagnóstico diferencial, traz em si desdobramentos práticos, tanto por possibilitar mais adequados encaminhamentos e tratamentos específicos de cada criança, bem como por exigir que o momento do diagnóstico seja feito de forma criteriosa e individual, auxiliando o profissional de saúde a olhar para não apenas os critérios diagnósticos mas também as habilidades e necessidades de apoio de cada criança. Essas novas classificações trazem grandes vantagens pois, ao priorizar a detecção de critérios diagnósticos, em vez da nomenclatura, ajuda também a prevenir que esta se transforme em rótulo, engessando tratamentos, ações e olhares direcionados à criança com autismo.

Por outro lado, há também críticas à forma como foi realizada tal modificação, acerca das distintas implicações em um mesmo grupo. As principais críticas às mudanças, inicialmente direcionadas ao DSM-5, centravam-se em dois pontos: a extinção da Síndrome de Asperger e os possíveis impactos que a diminuição na quantidade de critérios poderia trazer para os diagnósticos e serviços oferecidos para pessoas com TEA (Doernberg & Hollander, 2016). Contudo, alguns anos após a implementação do DSM-5, estas críticas têm perdido espaço, frente aos resultados positivos do DSM-5 como sistema diagnóstico, em comparação às versões anteriores (Doernberg & Hollander, 2016). Com a congruência entre DSM-5 e CID-11, acredita-se que o mesmo irá acontecer com este último, isto é, sua aplicabilidade como sistema diagnóstico será demonstrada na prática, inclusive de forma superior, pelas mudanças de diagnóstico diferencial em relação à linguagem e cognição.

Além disso, a aceitação dessas modificações pode ser corroborada em virtude do entendimento do autismo como um transtorno do neurodesenvolvimento, ao refletir os avanços no campo, que têm identificado cada vez mais influências genéticas e biológicas na manifestação de um quadro autista e amplia o olhar acerca do desenvolvimento irregular desencadeado pelo transtorno. Isso mostra a importância de trabalhar em diferentes áreas do desenvolvimento com o estudante com TEA e não focalizar apenas em lacunas específicas do desenvolvimento infantil.

Por fim, um desdobramento positivo pode ser visto no âmbito da Análise do Comportamento, oriundo da remoção da ênfase na linguagem *per se* dos critérios principais, e

sua colocação junto com a interação social, como já mencionado. Isto porque tal mudança reflete, de certa forma, um princípio muito conhecido pela comunidade de analistas de comportamento, que é a ênfase na função, em detrimento da forma (topografia), ou seja, a necessidade de definir as classes de comportamentos por suas consequências e não pela sua topografia (Cooper, Heron & Heward, 2007). Ao associar a linguagem com a sua função social, parece aconselhar-se o trabalho do profissional a priorizar a função do comportamento, isto é, a estabelecer a função social via comunicação linguística (oral ou não) e fortalecer a linguagem via ensino de interação social, e não construir currículos separados para cada topografia.

Mediante tal explanação teórica acerca dos critérios diagnósticos estabelecidos nos manuais supracitados, retoma-se a questão de pesquisa proposta no estudo, no que se refere ao uso de tais critérios no estabelecimento das normativas educacionais brasileiras. Tais normativas utilizam os achados publicados na área da Saúde para subsidiar a discussão no campo educacional? As políticas educacionais brasileiras apresentam influências dos classificadores estabelecidos na CID e no DSM?

Políticas educacionais brasileiras inclusivas e suas relações com o TEA

A legislação educacional brasileira entende a educação especial enquanto modalidade escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, em uma perspectiva transversal que perpassa todas as etapas, desde a educação infantil até o ensino superior, responsável por realizar o atendimento educacional especializado, assim como por disponibilizar os recursos e serviços e orientar quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem na escola regular (Lei n. 9.394, 1996; Ministério da Educação, 2008).

A alteração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), a partir da publicação da Lei n. 12.796 (2013), substituiu o conceito de educandos portadores de necessidades especiais e define o público-alvo a ser atendido pela educação especial, envolvendo pessoas com deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

Nesse sentido, a redação da LDBEN, a partir de 2013, demonstra consonância com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Ministério da Educação, 2008) referente ao uso do conceito de Transtornos Globais do Desenvolvimento

(TGD). Nota-se, assim, como os documentos educacionais nacionais fazem referências aos manuais de saúde. De maneira geral, os materiais que caracterizam os Transtornos Globais do Desenvolvimento identificados nos documentos normativos foram a CID e o DSM. A Tabela 1 sintetiza um comparativo entre os manuais de saúde e as políticas educacionais brasileiras, desde a publicação de 1983 do DSM-III-R até a sua versão atual publicada em 2014 – DMS-V, assim como a CID-10 publicada em 1990 e as políticas educacionais brasileiras publicadas em 1994, 2008, 2009, 2012 e 2013.

Tabela 1.

Síntese comparativa entre os manuais de saúde e as políticas educacionais brasileiras

Ano e Documento	Área	Nomenclatura	Descrição
1983 - DSM-III-R	Saúde	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID)	Primeira vez que foram estabelecidos critérios diagnósticos para o desenvolvimento, com a criação do termo: transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento. 1983: DSM-III-R à Diferenciação entre autismo e esquizofrenia. Classificações: autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett (TID não-autístico), transtorno Desintegrativo da Infância (TID não-autístico), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento sem outra especificação (TID-SOE) dividido em: Transtorno de desenvolvimento múltiplo e complexo, Transtorno de evitação patológica às demandas, Transtorno de prejuízo multidimensional, Transtorno esquizóide infantil, Transtornos de vinculação.
1993 - CID-10	Saúde	Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD)	CID-10 – OMS – 1993 – Família F84 – Referência pelo SUS no Brasil: F84.0 – Autismo infantil, F84.1 – Autismo atípico, F84.2 – Síndrome de Rett, F84.3 – Outro transtorno desintegrativo da infância, F84.4 – Transtorno com hipercinesia associado ao retardo mental e a movimentos estereotipados, F84.5 – Síndrome de Asperger, F84.8 – Outros transtornos globais do desenvolvimento, F84.9 – Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.
1994 - Política Nacional de Educação Especial	Educação	Condutas típicas	“Manifestações de comportamento típicas de portadores de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atendimento educacional especializado” (Ministério da Educação, 1994, pp. 13-14).
2002 - DSM-IV, DSM-IV-R	Saúde	TGD	DSM-IV, DSM-IV-R: mudança de TID para TGD
2008 - Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva	Educação	TGD	“Os estudantes com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam: alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo estudantes com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil.” (Ministério da Educação, 2008, p. 15)

2009 - Resolução
CNE/CEB nº 4 de
2/10/2009

Educação

TGD

Resolução que institui diretrizes operacionais para AEE, em seu inciso II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação (Conselho Nacional de Educação, 2009, p. 1)

2012 - Lei 12.764
de 27/12/2012

Educação
e Saúde

Transtorno do Espectro
Autista (TEA)

Lei que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, em seu parágrafo 2º: a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado (Lei n. 12.764, 2012)

2013 - Lei 12.796,
de 4/4/2013

Educação

TGD

Em 2013, a Lei altera a LBDEN, que estabelece Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A definição de educação especial associada aos "educandos portadores de necessidades especiais" é substituída por "educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação" (Lei n. 12.796, 2013), quando o termo TGD é mencionado, embora sem a devida caracterização dos transtornos.

2014 - DSM-5

Saúde

Transtornos do
Neurodesenvolvimento

“O TEA engloba transtornos antes chamados de: autismo infantil precoce, 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, p. 53).
Agrupamento do autismo em TEA, por envolverem uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social, padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos.
Análise de Araújo e Lotufo Neto (2014) consideram todos os transtornos específicos como TEA, apesar do critério diferencial para Rett estabelecido no DSM-V.
Percy (2013) estabelece a relação do autismo com a Rett à Mutação do gene MECP2

Fonte: Elaborado pelos autores, com base na pesquisa bibliográfica (2022).

Especificamente em relação ao autismo, foi promulgada a Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A partir do referido documento, o TEA passa a ser considerado como deficiência para todos os efeitos legais e, portanto, tem-se a garantia dos mesmos direitos e deveres para fins legais. Dentre as questões legais, os aspectos educacionais apontam em seu parágrafo único que “em casos de comprovada necessidade, a pessoa com Transtorno do Espectro Autista incluída nas classes comuns de ensino regular [...] terá direito a acompanhante

especializado” (Lei n. 12.764, 2012, parágrafo único).

Na lei supracitada (Lei n. 12.764, 2012), cita-se como direito da pessoa com TEA, entre outros, o atendimento multiprofissional e o acompanhante especializado para aqueles matriculados em classes comuns de ensino regular. Porém, novamente, não se especifica qual a carga horária de intervenção, quais são os profissionais sugeridos, e mais importantes do que isso, não dá subsídios que indiquem como realizar este atendimento, ou qual curso de tratamento pode ser mais indicado. Isto vai na contramão do que muitos países têm feito, sugerindo com base nos dados de pesquisas, as melhores práticas para o tratamento do autismo, como o CDC (2016).

A questão da nomenclatura do TEA, de acordo com os manuais oficiais supracitados (APA, 2014) e as políticas educacionais vigentes no âmbito do público-alvo da educação especial (Belisário Filho & Cunha, 2010; Lei n. 12.764, 2012) ainda necessitam de alinhamento. Mesmo com a positiva modificação dos Transtornos Globais de Desenvolvimento para os Transtornos do Neurodesenvolvimento nos manuais da saúde; a política educacional brasileira ainda não contempla totalmente tal atualização.

A Lei n. 12.764 (2012) foi um grande avanço, contribuindo muito para dar visibilidade e para fazer valer os direitos da pessoa com TEA. Nela, já é mencionada a nomenclatura atualizada, porém o termo não é explicado, nem é feita referência à sua classificação como Transtorno do Neurodesenvolvimento, frisando-se apenas que a pessoa com TEA deve ser considerada pessoa com deficiência para fins de legislação (Lei n. 12.764, 2012).

Cumprе salientar que, as políticas nacionais recentes como, por exemplo, o próprio documento de emenda constitucional oriundo da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto n. 6.949, 2009), buscam não inscrever a deficiência em uma característica biológica da pessoa, mas nas barreiras atitudinais e ambientais que obstaculizam a sua interação e participação na sociedade em igualdade de oportunidades. Entretanto, com base na premissa de que, para efeitos legais, as pessoas com TEA são consideradas pessoas com deficiência, no âmbito de políticas educacionais a identificação desses sujeitos se torna fulcral para determinar o acesso aos direitos conquistados por esse grupo.

Esses direitos atuam no âmbito de produzir a equiparação de oportunidades, a partir daquilo que Dubet (2004) e Castel (2011) descrevem como políticas de discriminação positiva.

Grosso modo, entende-se que a discriminação negativa ocorre quando a exclusão aflige pessoas com base em características que elas não escolheram, ao passo que a discriminação positiva visa, por meio de práticas suplementares, restituir essa população ao regime comum (Castel, 2011). Para Dubet (2004) a construção da almejada escola justa, perpassa a compreensão dos limites dos ideais meritocráticos para aceitação de medidas de discriminação positiva a fim de ajustar a balança daqueles que têm menos e se encontram em sociedades desiguais.

Dentre as políticas educacionais de focalização como ação reparatória (Kerstenetzky, 2006) voltadas para esse público, é possível pensar desde o acesso ao Atendimento Educacional Especializado (AEE), com a garantia de currículos, métodos, técnicas e serviços especializados (Lei n. 9.394, 1996) até a reserva de vagas em instituições federais de nível médio e superior, conquistada a partir da Lei n. 12.711 (2012). E, extrapolando o contexto educacional, vislumbra-se ainda implicações para a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, por exemplo, mediante políticas de ação afirmativa que atuam na esfera pública e privada com a acessibilidade em processos seletivos e a reserva de vagas (Lei n. 8.213, 1991; Decreto n. 9.508, 2018). Em todos esses contextos, o acesso a tais direitos é realizado por meio de comprovação da deficiência, geralmente pautada pelo diagnóstico clínico.

No TEA, não há testes laboratoriais ou marcadores biológicos que permitam afirmar com precisão ou confirmar o diagnóstico, que se baseia, portanto em critérios de ordem clínica. De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146, 2015), a avaliação deve ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, pautada no modelo biopsicossocial. Velloso et al. (2011) recomenda que a avaliação inclua itens como: anamnese, avaliação neuropsicológica, avaliação fonoaudiológica, avaliação da cognição social, exame físico, exame neurológico, avaliação com uso de equipamento que registra o movimento ocular (*eye tracking*) e aplicação de protocolos de pesquisas científicas.

Aqui cabe uma ressalva acerca da relação nem sempre direta entre os critérios diagnósticos dos manuais como o DSM e o diagnóstico clínico orientado para o tratamento e terapia. Como acontece não apenas no caso do autismo, existe um grande número de testes e avaliações existentes no mundo e, em geral podem não estar atualizados, ou mesmo em coerência com os critérios diagnósticos do DSM. Por exemplo, um estudo de Falkmer, Anderson, Falkmer e Horlin (2013) realizou uma revisão sistemática dos procedimentos

diagnósticos para o autismo apresentados na literatura na tentativa de identificar os melhores instrumentos, também de acordo com o padrão do DSM-4. A busca, abrangendo o período de 2000 a 2012 em várias bases de dados das áreas médica e psicológica, resultou em 68 artigos, cuja análise mostrou que a menor parte daqueles em que havia evidências confiáveis (considerado por eles como estudos randomizados, longitudinais ou de sujeito único controlados) indicava uma variabilidade grande na sensibilidade e especificidade dos 17 testes empregados. Desta forma, mesmo utilizando como critério de qualidade que o teste fosse o mais simples e breve, os dados influenciaram os autores a sugerir uma possibilidade demorada: uma combinação de dois deles para um diagnóstico mais preciso (especificamente *The Autism Diagnostic Interview-Revised* - ADI-R, e o *Autism Diagnostic Observation Schedule* - ADOS).

Desta forma, com a mudança dos manuais, não é espantoso que novas dificuldades apareçam com relação tanto aos testes preexistentes quanto à criação de novos materiais. A mudança dos critérios sempre implica em uma necessidade de atualização dos testes diagnósticos comumente utilizados, o que nem sempre acontece tão rapidamente quanto se faz necessário. Este é um momento, portanto, de investimento na adaptação e criação de novos testes por parte dos pesquisadores, e de cuidado redobrado por parte dos terapeutas ao escolher o seu instrumento de avaliação e trabalho.

Considerações Finais

O presente estudo teórico propôs apresentar e discutir as últimas versões do DSM (4 e 5) e da CID (10 e 11), com relação ao diagnóstico do TEA e suas implicações nas políticas educacionais brasileiras para esta população. O mais importante objetivo aplicado dos manuais diagnósticos é otimizar, facilitar e orientar o trabalho de clínicos e docentes, além de acomodar melhor a pessoa com quaisquer transtornos em um tratamento ou acompanhamento pedagógico que possa lhe ser apropriado e de acordo com as suas necessidades individuais.

Desta forma, para além das discussões diagnósticas formais, faz-se imperativo procurar entender como as mudanças no diagnóstico podem gerar implicações na prática clínica e educacional, e que implicações poderiam ser essas. Com relação ao autismo, a antiga classificação reunia uma série de críticas de famílias, docentes e profissionais, as quais, em sua atual versão, o DSM procurou lidar. Um exemplo diz respeito ao fato de que a existência de

diversas síndromes, com características e nomes distintos acaba por, muitas vezes, incentivar a categorização e a segregação dentro do próprio autismo.

Além disso, essa compartimentalização das síndromes tem outro efeito problemático: focando no aspecto formal, não gera de fato, qualquer ganho direto para a população categorizada, se não trouxer junto consigo diretrizes de ações pedagógicas também, específicas. Rotular uma criança com autismo de alto funcionamento, autismo clássico, Asperger ou tantos outros, como todos os demais tipos de divisão em categorias, far-se-ia útil somente se levasse a uma adaptação do seu processo escolar e acompanhamento pedagógico de acordo com tais categorias. Contudo, não se defende uma linha de trabalho específica com cada uma dessas classificações, sobretudo por admitir a heterogeneidade resultante de características sócio-histórico-culturais que as pessoas estão inseridas em seus cotidianos, mesmo aquelas identificadas sob a mesma classificação.

Como já indicado, existe sobreposição de características e necessidades entre as categorias. Tanto uma criança com o que se chamava de autismo clássico e deficiência intelectual, quanto outra com a antiga Síndrome de Asperger e alto funcionamento, podem ter dificuldades de socialização, ou interesses restritos, ou quaisquer outros destes que já eram critérios diagnósticos comuns.

Todavia, o aspecto mais importante a se ressaltar é que são essas características amplas, geralmente em comum, que acabam por gerar os caminhos de intervenção e suporte/apoio para o processo de ensino e aprendizagem. As abordagens de intervenção (educacional e clínico) devem centrar-se sempre no trabalho com os objetivos de maior impacto, aqueles que mais impedem o funcionamento pessoal e social da pessoa com autismo, e esses são geralmente encontrados dentro das grandes áreas de diagnóstico em comum: comunicação e interação social e interesses e comportamentos restritos.

Mesmo sob um rótulo específico, não existe uma pessoa com autismo clássico igual a outra. Da mesma forma, não existe uma criança com Asperger igual à outra, e assim por diante. Isso significa que toda intervenção clínica e educacional deve ser individualizada e personalizada, de acordo com as necessidades e facilidades de cada criança, devido à imensa variabilidade existente dentro de cada categoria. Para o profissional preocupado em entender e trabalhar com cada pessoa individualmente, o trabalho de subdividir as crianças parece muito

pouco profícuo, um fim em si mesmo, e não um meio para construir um bom tratamento (Cooper et al., 2007).

Portanto, já que necessidades e interesses individuais podem ser muito melhor acomodados dentro de um sistema dimensional como o DSM-5 propõe, e não de categorias, como era o DSM-4, esta mudança de perspectiva parece ser, de fato, um facilitador para o trabalho clínico e educacional. Nesta mesma perspectiva, pautando-se pelo olhar clínico e dos profissionais que atuam com esta população, outro ponto se coloca: a dificuldade existente na própria separação e definição dos limites dentro de critérios diagnósticos sejam eles quais forem. No caso do autismo, com a pulverização de síndromes que existia, essa dificuldade se agravava. De fato, ainda que o clínico ou educador experiente, já acostumado às especificidades de cada subtipo existentes anteriormente, ache difícil e contraproducente colocar todos eles em um mesmo grande transtorno, parece que as vantagens excedem as desvantagens. Isto porque o novo enfoque força o treino de um novo olhar das partes envolvidas, um olhar menos compartimentalizado.

Apesar de observar a existência de profissionais apegados ao diagnóstico, acredita-se que será menos provável quando o educador ou um professor, no seu dia a dia, já acostumado com as especificidades de cada subtipo, caia na rotina do tratamento ou da prática de ensino, sempre seguindo uma mesma receita para cada um. Assim, tanto para o novo terapeuta ou especialista da área educacional, que inicia seu trabalho na área já a partir do DSM-5, quanto para aquele que já vinha trabalhando com o DSM-4 e DSM-4-TR, a necessidade de olhar cada critério de uma forma ampla pode influenciar na menor restrição e delimitação de áreas de tratamento, intervenção pedagógica e objetivos didáticos, impulsionando muito o limite possível do desenvolvimento de cada criança, apoiado pela legislação brasileira pertinente.

As mudanças na concepção do TEA, indicadas pelas versões mais recentes dos manuais diagnósticos ainda necessitam ser implementadas na legislação brasileira, que ainda não contempla totalmente a nomenclatura de Transtornos do Neurodesenvolvimento e os critérios diagnósticos mais atualizados. Considera-se a Lei n. 12.764 (2012) como um marco e um grande avanço para a pessoa com TEA no Brasil, sendo que nela já é mencionada a nomenclatura atualizada, ainda que sem maiores explicações sobre os critérios diagnósticos ou mesmo sobre os apoios necessários. Assim, a falta de informações atualizadas cruciais como

essa, pode gerar certa dificuldade para a compreensão dos casos junto aos profissionais da educação, clínicos e famílias, e espera-se que isto seja sanado com a atualização da política educacional.

Ainda, uma vez concebido o TEA como um transtorno do neurodesenvolvimento, faz-se explícito e fundamental o trabalho centrado nas diferentes áreas do desenvolvimento, a partir de um amplo mapeamento, em termos de habilidades sociais e comunicativas, desenvolvimento motor, autocuidados e cognição. Estas possibilidades de atendimento especializado e de qualidade ainda são escassas no país, especialmente quando se considera o atendimento público e gratuito.

Talvez seja necessário para o Brasil seguir os passos de outros países como o Canadá, cuja população, já em 2006, se organizou montando em uma Petição Nacional para o Autismo, exigindo como um direito no sistema público de saúde a provisão de profissionais em Análise Aplicada do Comportamento, e a terapia intensiva para o autismo (Baker & Steuernagel, 2009). Já no contexto educacional, cabe sugerir a urgência de mais estudos na área das políticas educacionais para esse público, identificando como tem sido o processo de permanência e a conclusão da escolarização com programas específicos de transição entre as modalidades de ensino e relações com o mercado de trabalho, de modo a verificar as práticas pedagógicas desenvolvidas no contexto da sala de aula comum pelas professoras da sala, assim como especialistas do AEE. Isso significa que o estudo do TEA requer um trabalho interdisciplinar entre saúde, educação e assistência social, tendo como base o trabalho colaborativo, mediado por parcerias entre clínica e educação.

Cabe, portanto, aos profissionais de saúde e educação pensar e exercer o trabalho em conjunto, mapeando as áreas de desenvolvimento que necessitam de intervenção, para propor um trabalho que contemple o desenvolvimento individual de cada estudante, a partir de um planejamento cuidadoso e individualizado. Isto porque, independentemente do diagnóstico atribuído, cada estudante é singular. Estudantes com diagnósticos similares apresentam peculiaridades únicas e, aqueles com diferentes diagnósticos (ou sem diagnóstico) podem se mostrar extremamente parecidos em certos aspectos. Isso retoma a importância de planejar o ensino em uma perspectiva individualizada, que contemple as habilidades e as defasagens de cada estudante, com o propósito de ampliar suas habilidades e suprir as respectivas lacunas no

seu desenvolvimento.

Assim sendo, é notória a urgência da adoção das novas definições pelas políticas educacionais brasileiras, assim como o incentivo aos diagnósticos e tratamentos pautados em cada diretriz descrita dos manuais de saúde supracitados, já que a nova definição de TEA como transtorno do neurodesenvolvimento e a inserção desses no público-alvo da educação especial pressupõe a revisão da formação inicial e continuada de professoras para suas singularidades, a exigência dos apoios educacionais necessários, a disseminação de técnicas e métodos baseados em evidências, bem como recursos didáticos para o público-alvo supracitado.

Referências

- Altenmüller-Lewis, U. (2017). Designing schools for students on the spectrum. *The Design Journal*, 20(sup1), S2215-S2229. doi: 10.1080/14606925.2017.1352738
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
- American Psychological Association. (1983). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III-R* (3ª ed.). Barueri, SP: Manole.
- American Psychological Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV* (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- American Psychological Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Baker, D. L., & Steuernagel, T. (2009). Comparative policy entrepreneurship: the case of autism-related policy in North America. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 11(2), 233-248. doi: 10.1080/13876980902888103
- Belisário Filho, J. F., & Cunha, P. (2010). *A educação especial na perspectiva da inclusão escolar: transtornos globais do desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Educação.
- Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes, B. (2016). Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança - Protea-R. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 194-205. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205
- Castel, R. (2011). *A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?* (2ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Data & statistics on autism spectrum disorder*. Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Conselho Nacional de Educação. (2009). *Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009*. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, DF: Ministério da Educação. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. (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. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
- Decreto n. 9.508, de 24 de setembro de 2018. (2018). Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9508.htm
- Doernberg, E., & Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(spe4), 295-299. doi: 10.1017/S1092852916000262
- Dubet, F. (2004). O que é uma escola justa? *Cadernos de Pesquisa*, 34(123), 539-555. doi: 10.1590/S0100-15742004000300002
- Falkmer, T., Anderson, K., Falkmer, M., & Horlin, C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(6), 329-340. doi: 10.1007/s00787-013-0375-0
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(sup2), 83-94. doi: 10.1590/S0021-75572004000300011
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Kerstenetzky, C. L. (2006). Políticas sociais: focalização ou universalização? *Revista de Economia Política*, 26(4), 564-574. doi: 10.1590/S0101-31572006000400006
- Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
- Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm

- Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012. (2012). Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm
- Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm
- Lei n. 12.796, de 4 de abril de 2013. (2013). Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12796.htm
- Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. (2015). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1-12. doi: 10.15585/mmwr.ss6904a1
- Ministério da Educação. (1994). *Política nacional de educação especial*. Brasília, DF.
- Ministério da Educação. (2008). *Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília, DF.
- Organização Mundial da Saúde. (1989). *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (10ª rev.).
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *CID-11: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (11ª rev.).
- Paula, C. S., Fombonne, E., Gadia, C., Tuchman, R., & Rosanoff, M. (2011). Autism in Brazil: perspectives from science and society. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 2-5. doi: 10.1590/S0104-42302011000100002
- Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M. T. (2011). Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12), 1738-1742. doi: 10.1007/s10803-011-1200-6
- Percy, A. K. (2013). Path to treat Rett syndrome: rigorous testing of potential disease-modifying factors of Rett syndrome is needed to guide research findings toward clinical trials. *Science*, 342(6156), 318-320. doi: 10.1126/science.1245657

- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19. doi: 10.1002/wps.20611
- Rutter, M. L. (2011). Progress in understanding autism: 2007-2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(4), 395-404. doi: 10.1007/s10803-011-1184-2
- Tomaz-Moreira, S. N., Fagundes-Galvão, L. L. L., Medeiros-Melo, C. O., & Azevedo, G. D. (2007). Fundamentos da abordagem qualitativa para a pesquisa em saúde sexual e reprodutiva. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(1), 28-37. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100005
- Velloso, R. L., Vinic, A. A., Duarte, C. P., Dantino, M. E. F., Brunoni, D., & Schwartzman, J. S. (2011). Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento vinculado à pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 11(1), 9-22. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11166/>

Recebido: 22/06/2022

Aceito: 20/08/2022

Publicado: 30/06/2022

NOTA:

Os autores foram responsáveis pela concepção do artigo, pela análise e interpretação dos dados, pela redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito e, ainda, pela aprovação da versão final publicada.