Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

Luciana Solano Peres

Ocorrência de problemas psíquicos no autismo:
estudo de caso-controle a partir de eixos psicanalíticos

São Paulo
2015

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

Luciana Solano Peres

Ocorrência de problemas psíquicos no autismo:
estudo de caso-controle a partir de eixos psicanalíticos

Versão original

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia
Escolar e do Desenvolvimento Humano
Orientador: Prof. Dr. Rogério Lerner

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Peres, Luciana Solano

Ocorrência de problemas psíquicos no autismo: Estudo de caso-controle a partir dos eixos psicanalíticos / Luciana Solano Peres; orientador Rogério Lerner – São Paulo, 2015.

114 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Problemas de desenvolvimento infantil 2. Autismo 3. IRDI 4. IRDI-questionário 5. Psicanálise I. Título.

RJ135

Luciana Solano Peres

Ocorrência de problemas psíquicos no autismo:
estudo de caso-controle a partir de eixos psicanalíticos

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A meus pais e irmã, por todo incentivo.

À Izabela, por toda parceria.

Ao Rafael, por tanto me inspirar.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Rogério Lerner, por me acompanhar como aluna, monitora, supervisionanda e, agora, orientanda. Quanta caminhada! Por me apresentar a Psicanálise na graduação, caminho que mais tarde decidi seguir, por todo árduo percurso até a realização deste mestrado sempre permeado por imenso incentivo. Por toda confiança que depositou em mim durante todo esse percurso. Por palavras precisas em momentos exatos que fizeram tamanha diferença em minha vida profissional e acadêmica.

À Audrey Setton Lopes de Souza por precisas pontuações no exame de qualificação que me fizeram pensar e repensar e a partir daí consegui encontrar caminhos possíveis que levaram a finalização desta dissertação de maneira mais tranquila.

À Julia Garcia Durand pelos apontamentos, no exame de qualificação, do que precisávamos avançar em relação às análises estatísticas, o que me motivou a tentar solidificar esses dados, bem como a aprofundar meus estudos em estatística e encontrar os resultados descritos ao longo desta dissertação.

A Fernanda Prada Machado e Carolina Valério Barros pelos preciosos dados, tanto do grupo caso quanto do grupo controle, principais subsídios nos quais pautei toda minha pesquisa.

À Stela Verzinhasse Peres por todo o auxílio na parte estatística desta dissertação, por toda disponibilidade em sempre responder minhas dúvidas, pela paciência com que me aproximou dos números.

À Izabela Machado Alves de Lima por toda diferença que fez e faz em minha vida. Por me ajudar a iluminar possibilidades mesmo quando todas as luzes se apagam, e nesse trajeto da dissertação foram muitos momentos assim. Por me permitir enxergar boas saídas quando me cego. Por adoçar meus momentos mais amargos. Por estar sempre ao meu lado.

Ao Rafael Dias Peres por me proporcionar o infinito prazer de ter um afilhado. Por entender minha ausência, principalmente nesse último semestre, para que eu

pudesse terminar “minha lição de casa bem difícil”. Por ser um menino encantador capaz de abrandar meus momentos mais árduos e me inspirar a querer ser alguém melhor.

À Maria Salete Abrão Nunes da Silva por ser imprescindível desde o início até a conclusão deste mestrado. Por me ajudar a abrandar essa trajetória da dissertação, assim como tantas outras mais em minha vida. Por me ajudar a encontrar caminhos mais afáveis mesmo quando me perco.

Aos meus pais por sempre acreditarem, investirem e adoçarem os meus objetivos e sonhos. Por me ensinarem a persistir mesmo diante das maiores dificuldades. Por serem exemplos de determinação e superação.

À minha irmã por tamanha cumplicidade que por vezes não é preciso palavras para que haja uma comunicação entre nós, basta o olhar. Pela torcida e pelo apoio que sempre me incentivam a continuar e persistir. Por ser um exemplo de superação.

À Cristiane Ramalho da Silva pela riquíssima troca de ideias e incentivos, tanto profissional como pessoalmente. Por todas as conversas férteis que, nos momentos mais necessários, resultavam na superação de desânimos e em recomeços. Pela parceria profissional que cada dia mais se solidifica. Por acreditar em meu trabalho, o que tornou fértil grande parte de meu percurso nesse mestrado.

À Ana Paula Stringhini Hachebe por tantas conversas profundas desde os bancos da faculdade até hoje. Pela presença e diferença em minha vida pessoal e profissional. Por me incentivar a participar do processo seletivo que resultou em minha primeira experiência profissional como estagiária em Psicologia Social e por ter sido uma importante colega profissional nessa oportunidade. Por sempre estar perto mesmo quando longe. Por depois incluir o Luis Hachebe nessa riqueza de trocas, que mesmo com encontros esporádicos se tornou extremamente especial. Por nos presentear com posteriormente com Felipe e Laura.

A Rachel Canas da Silva e Emerson Ferreira da Silva pelos sólidos laços de amizade construídos há tempos. Por compreenderem minha ausência até nos momentos mais críticos, em que eu queria estar mais presente, mas não estava. Por todos os momentos e histórias que compartilhamos, por tamanha importância

que têm em minha vida. Por toda parceria e incentivo. Por vocês posteriormente nos brindarem com Catarina, Olivia, Lorena e Heloisa.

À Heloisa Silva Barboza pela paciência e dedicação com que incentivou meus primeiros passos na área social como psicóloga. Por me apresentar uma Assistência Social humana e efetiva, construtora de novas possibilidades. Por construirmos uma parceria profissional imensamente produtiva. Por, anos mais tarde, me incentivar a iniciar uma nova trajetória com formação e supervisão de profissionais de ONGs. Por ser uma daquelas pessoas que mudam nossa vida!

À Andrea Bianchini Tocchio pela afetiva acolhida no grupo de pesquisa de Rogerio Lerner, assim como na pesquisa propriamente dita, que fez tamanha diferença em meu percurso até o findar desta dissertação. Por toda disponibilidade com que sempre respondeu minhas dúvidas e abrandou minhas angústias.

Aos professores do Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae que me permitiram uma sólida formação em psicanálise. Em especial à Maria Teresa Scandell Rocco por todas as precisas intervenções em minha caminhada na Psicanálise. Por me apresentar o Projeto Semeiar, onde tenho o privilégio de contar com sua supervisão, de onde rega minhas ideias, abrandando minhas angústias e me ajuda a encontrar respostas e saídas possíveis. Por me apresentar uma psicanálise menos ortodoxa, com a qual melhor me identifico e me dedico. Por acreditar em meu trabalho e me incentivar sempre.

À Renata Santos por tanto ouvir minhas histórias nos momentos em que mais precisei e, assim, abrandar minhas dores. Por me acompanhar, de alguma maneira, desde a graduação até o mestrado, sempre me presenteando com produtivas conversas. Por todo o incentivo tanto em minha vida pessoal quanto profissional.

À Irene Nunes Maciel por encontrar ressonância em meus sonhos de pesquisa e atuação profissional. Por juntas sonharmos e insistirmos mesmo sem incentivo e conseguirmos pesquisar a temática que tanto nos interessava na graduação. Por estar ao meu lado nesse momento tão necessário. Por acreditar que esse trabalho seria possível e que hoje realmente é.

À Alana Chrispan pela parceria em árduos momentos de trabalho. Pelos preciosos convites profissionais que sempre me incentivam a ir além. Por tamanha confiança em meu trabalho.

À Lucineide Novaes do Nascimento Santos por me inspirar com sua história de superação. Por me mostrar que tempo e limite podem ser extremamente flexíveis, de onde pode surgir um infinito de possibilidades.

À Neusa Alves Costa pela parceria cotidiana. Por acreditar em meu trabalho e sempre haver palavras de incentivo para me motivar.

À Tatiane Gama pela doce amizade que, mesmo separadas por ausências intransponíveis, quando presente, é como se não houvesse tempo ou distância, tamanho o carinho e a afinidade. Por tanto acreditar no meu trabalho, por todo o incentivo pessoal e profissional.

À Danielle Caroline Maciel Nascimento por todas histórias, risadas e momentos que me motivaram a continuar.

Ao Raul Silva Ribeiro pelo motivador reencontro. Por me ajudar a pensar além e assim enxergar outras possibilidades.

A família Borges Barbosa, Tamiris, Robson. Thais e Miguel, por me mostrarem que superação não tem limite. Por me permitirem estar perto e pensar além.

Ao Hugo por me motivar nos momentos mais difíceis. Por me ajudar a enxergar recomeços.

A todos que de alguma maneira fizeram diferença em minha vida e me permitiram percorrer caminhos mais sólidos, chegar até aqui e querer ir além.

RESUMO

PERES, L. S. **Ocorrência de problemas psíquicos no autismo:** estudo de caso-controle a partir dos eixos psicanalíticos. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Vários estudos apontam alarmantes números referentes à prevalência dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância e na adolescência na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo o autismo. Os estudos mais recentes apresentam uma tendência de encontrar sinais no comportamento do bebê que pudessem evidenciar o curso de um autismo. O objetivo é pensar em intervenções em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento visando um melhor desenvolvimento do tratamento, o que ganha força a partir dos expressivos resultados encontrados nessas intervenções. Com isso, cria-se a necessidade de utilização de instrumentos de diagnóstico, avaliação e identificação precoce como ponto inicial para um prognóstico diferenciado. O IRDI apresenta-se como um instrumento que pode ser utilizado com esse objetivo, inclusive na saúde pública, ou seja, atingindo grande escala populacional. Assim, objetiva-se, com esta pesquisa, verificar se há diferença estatisticamente significativa entre crianças com desenvolvimento típico e autistas no que tange aos indicadores e aos eixos estabelecidos pelo IRDI. A amostra do estudo foi composta por 112 crianças de 2,9 anos a 7,6 anos, sendo 36 com autismo e 76 com desenvolvimento típico. Realizamos uma análise estatística dos dados comparando o grupo-controle (crianças com desenvolvimento típico) com o grupo caso (crianças com autismo) para verificar as diferenças entre cada um dos 31 indicadores do IRDI, assim como seus quatro eixos, quais sejam, alternância presença/ausência, suposição do sujeito, estabelecimento de demanda e função paterna. Tendo analisado os dados encontrados dos indicadores do IRDI demonstramos a significância estatística a partir da qual podemos distinguir claramente crianças com autismo das com desenvolvimento típico, posteriormente fizemos a mesma análise a partir dos eixos, na qual também pudemos fazer tal distinção. Concluimos, assim, que a associação estatisticamente significativa entre os eixos do IRDI e a condição autística da criança permite avançar na compreensão da natureza da experiência psíquica da criança com seus pais. Essa é uma contribuição importante no que tange a orientação clínica de crianças com grave sofrimento psíquico que podem estar num percurso autístico, direcionando a uma prática e uma escuta diferenciadas que possibilitem intervenções oportunas antes da instalação de formas mais graves dos quadros vividos.

Palavras-chave: problemas de desenvolvimento infantil; autismo; IRDI; IRDI-questionário; Psicanálise.

ABSTRACT

PERES, L. S. **Occurrence of psychic problems in autism: a case-control study based on psychoanalytic axes.** 114 p. Dissertation (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Several studies indicate alarming figures on the prevalence of developmental and mental disorders in childhood and adolescence in most developing countries, including autism. The most recent studies have a tendency to find signs in the baby's behavior that could show the course of an autism. The aim of this dissertation is to think of interventions in early signs of developmental problems seeking a better development of the treatment, which is strengthened from the impressive results found in these interventions. This has created the need for the use of diagnostic, evaluation and early identification tools as a starting point for a differential prognosis. The IRDI is presented as a tool that can be used for this purpose, including for public health, i.e., reaching a large population scale. Thus, our objective with this research is to check for statistically significant differences between children with autism and with typical development regarding the indicators and axes established by IRDI. The study sample consisted of 112 children from 2.9 years to 7.6 years, 36 of them with autism and 76 with typical development. We conducted a statistical analysis comparing the control group (typically developing children) with the case group (children with autism) to check the differences between each of the 31 IRDI indicators, as well as its four pillars, namely, presence/absence alternating, subject's assumption, establishing of demand and paternal function. Having analysed the data obtained from IRDI indicators, we demonstrate statistical significance from which we can clearly distinguish children with autism from typically developing children, thereafter similar analysis were carried out using the axis, on which we could also make this distinction. We conclude that the statistically significant association between the axes of the IRDI and the child's autistic condition allow us to understand the nature of the psychic experience of the child with his parents. This is an important contribution with respect to clinical guidance of children with severe psychological distress that may be on an autistic route, directing a practical and differential listening to enable timely interventions before the installation of more severe forms of experienced scenarios.

Key words: problems of child development; autism; IRDI; IRDI-questionnaire; Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição dos escores por eixo	46
Tabela 2: Número e percentual de crianças segundo grupo de estudo, sexo e escolaridade	48
Tabela 3: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 1 a 6	49
Tabela 4: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 7 a 12 ..	50
Tabela 5: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 13 a 18	52
Tabela 6: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 19 a 24	53
Tabela 7: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 25 a 31	54
Tabela 8: Análise comparativa entre os grupos de crianças a partir dos eixos do IRDI	55
Tabela 9: Número e percentual de crianças segundo grupo e eixos em tercis, e análise de regressão logística univariada	56

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	Applied Behavioral Analysis)
ASQ	Autism Social Questionaire
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSA	Comunicação Suplementar e Alternativa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
Eixo ED	Eixo estabelecimento da demanda
Eixo FP	Eixo função paterna
Eixo PA	Eixo presença/ausência
Eixo SS	Eixo suposição do sujeito
IRDI	Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil
IRDI-questionário	Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil Questionário
MCHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDH	Secretaria dos Direitos Humanos
SNPD	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 Algumas considerações iniciais sobre o autismo	16
1.1 Autismo na Psicanálise	22
1.2 A atual legislação brasileira no que se refere ao autismo	25
1.3 Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI	32
1.4 Os eixos do IRDI	37
1.4.1 Eixo 1: Suposição do sujeito (SS).....	38
1.4.2 Eixo 2: Estabelecimento da demanda (ED).....	38
1.4.3 Eixo 3: Alternância presença/ausência (PA)	39
1.5.4 Eixo 4: Função paterna (FP).....	40
2 Objetivo e Método.....	41
2.1 Instrumentos	41
2.1.1 IRDI-questionário.....	41
2.1.2 Childhood Autism Rating Scale – CARS.....	42
2.2 Caracterização dos sujeitos	43
2.2.1 Grupo caso.....	43
2.2.2 Grupo controle.....	43
2.3 Limitações	45
2.4 Análise dos dados	46
2.4.1 Análise estatística.....	46
2.4.2 Análise dos eixos do IRDI.....	46
3 Resultados finais	48
4 Discussão.....	57
4.1 Discussão a partir dos indicadores do IRDI	57

4.2 Discussão a partir dos eixos do IRDI.....	71
5 Considerações finais.....	85
Referências	88
Apêndices	98
Apêndice 1: Comparação de dados do grupo controle de Machado (2013) e Barros (2014)	99
Anexos	102
Anexo 1: Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil – IRDI.	103
Anexo 2: IRDI-questionário	104
Anexo 3: Childhood Autism Rating Scale (CARS)	108

1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O AUTISMO

Vários estudos apontam alarmantes números relativos à prevalência dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância e na adolescência na maioria dos países em desenvolvimento. De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), cerca de 10 a 20% dessa população específica parece sofrer de um ou mais problemas mentais. Mais preocupante ainda é o fato de que tanto o diagnóstico como o tratamento dados a essa população são insuficientes.

Um estudo na Inglaterra que investigou 10.500 famílias mostra uma taxa de 10% de prevalência de transtornos psiquiátricos na infância (MELTZER et al., 2000). De acordo com Williams et al. (2004), dentre as crianças atendidas em consultas pediátricas, cerca de 15% apresentam distúrbios de comportamento, sendo os mais comuns os déficits de atenção/hiperatividade e, por vezes, ansiedade e depressão.

Segundo Fleitlich e Goodman (2000), há uma incidência de 12,7% de transtornos psiquiátricos em crianças de 7 a 14 anos na região Sudeste do Brasil de acordo com os critérios do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4th edition* – DSM-IV.

Ultimamente, podemos verificar um aumento na prevalência do diagnóstico de autismo na população. Wing e Potter (2002) afirmam que se tem encontrado a prevalência de sessenta casos de autismo a cada dez mil crianças, o que pode ser maior se utilizado o critério diagnóstico expandido.

Pesquisas norte-americanas mais recentes apontam a prevalência de um caso de autismo a cada 88 crianças (ROBINS et al., 2013).

Algumas razões para esse aumento podem ser diferentes metodologias empregadas nos estudos, novos critérios diagnósticos, conhecimento da problemática por parte dos pais e profissionais, consideração do conceito de espectro ampliado de autismo, criação de serviços especializados e real aumento do número de casos. O fato é que esses dados têm preocupado cada vez mais os profissionais e pais de crianças pequenas.

Na quinta edição do DSM, o autismo é classificado como o transtorno do espectro do autismo, que se caracteriza pelo desenvolvimento acentuadamente atípico na interação social e na comunicação, assim como pela presença de um repertório acentuadamente restrito de atividades e interesses. No autismo há uma dificuldade qualitativa no modo de relacionar-se e comunicar-se com as pessoas.

Enquanto em algumas crianças os sinais de autismo se apresentam desde os primeiros meses de idade, em outras só se manifestam de maneira mais evidente depois de um ano de vida. Outro complicador para se chegar ao diagnóstico de autismo é que, apesar de haver uma certa regularidade, os sintomas mais comuns nem sempre se expressam da mesma maneira nas crianças.

Desde as primeiras considerações feitas por Kanner, em 1943, quanto à etiologia do autismo, muitas hipóteses e pesquisas foram realizadas, sem haver conclusões consistentes. Atualmente há uma tendência de conceituar o autismo como uma síndrome de etiologias múltiplas com significativas complicações para o desenvolvimento infantil (VOLKMAR et al., 2004).

Gupta e State (2006) apontam que embora ainda não se tenha descoberto um marcador biológico definitivo, alguns achados têm demonstrado particularidades nas áreas da genética e do funcionamento cerebral de autistas. O autismo pode ocorrer em qualquer classe social, raça ou cultura, sendo que cerca de 65 a 90% dos casos estão associados à deficiência mental (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

No autismo parece existir elementos de maturação neurológica desarmonica e de disfunção cerebral. Caso procuremos sinais mínimos dessa desarmonia, talvez obtenhamos a detecção precoce e assim, conseqüentemente, podemos promover uma intervenção precoce. A detecção precoce é importante pois se baseia no fato de que com o decorrer do tempo há uma deterioração neuropsíquica, assim como o encapsulamento do autismo (FOSTER, 1999).

Os fatores natos interagem com o ambiente de uma maneira concomitante, há uma interação entre hereditariedade e ambiente. No final desse processo, o dano cognitivo pode ser desproporcional em relação à hereditariedade original deficiente ou ao ambiente original inadequado ou a ambos. A gravidade da condição autista de alguma maneira direciona para fortes reações e explicações convincentes, mas demasiadamente simplistas. Algo que pode se tornar tão terrivelmente perturbador

em uma criança humana parece necessariamente ter uma etiologia singular igualmente terrível e poderosa (ALVAREZ, 1994 p. 167).

Apontando estudos de epigenética, Gonon (2011) coloca que experiências precoces têm papel central na saúde mental do adulto, o que já é de conhecimento dos clínicos há tempos. Ressalta que os avanços nas pesquisas em genética apontam para a relevância da questão ambiental para a instalação e manutenção de transtornos psiquiátricos e que mesmo nos casos de autismo, apesar de haver maior quantidade de problemas explicados por anomalias genéticas, estes não ultrapassam 5% dos casos. O autor preocupa-se com a priorização de causas biológicas na etiologia das patologias em detrimento de fatores ambientais. O grande perigo estaria em ignorar medidas preventivas como a intervenção precoce em bebês que apresentam sinais iniciais de autismo. Com isso, conclui que as perturbações mentais devem ser compreendidas por diversos pontos de vista, não necessariamente excludentes, afinal qualquer doença afeta o paciente de forma única e particular.

Cavalcanti e Rocha (2007) falam sobre o fascínio que o autismo produz no imaginário contemporâneo. Apontam filmes, literatura, documentários, reportagens que tratam dessa temática, além de tornar-se objeto de estudo em diversas áreas como psicanálise, psicologia, psiquiatria, neurociências e educação.

As autoras sugerem que esse fascínio decorre, entre outras razões, devido a projeção que fazemos sobre os autistas de alguns traços do funcionamento mental de nosso tempo e nossa cultura. Diante dessas projeções, relatamos o mundo dos autistas como cruel, extremamente individualista. Um mundo em que o encontro com o outro é aterrorizante, fazendo com que a criança só conte consigo mesma.

Os estudos mais recentes apresentam uma tendência de encontrar sinais no comportamento do bebê que pudessem evidenciar o curso de um autismo. O objetivo é pensar em intervenções precoces visando um melhor desenvolvimento do tratamento. Estudos em psicanálise também se norteiam por esse caminho com a contribuição de tentar entender a singularidade psíquica do sujeito.

Nos últimos anos, pesquisadores têm desenvolvido significativos estudos sobre detecção de sinais de autismo. Tal iniciativa ganhou força a partir dos expressivos resultados encontrados nas intervenções em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento em crianças muito pequenas. Com isso criou-se a necessidade de utilização de instrumentos de diagnóstico, avaliação e identificação precoce como

ponto inicial para um prognóstico diferenciado (MATSON; WILKINS; GONZALEZ, 2008; MATSON; BEIGHLEY; TURYGIN, 2012; ITZCHAK; ZACHOR, 2011).

Articular detecção de sinais iniciais e psicanálise nos coloca a pensar. Em sua obra, Freud coloca que o tempo que rege, para a psicanálise, é o tempo lógico, aquele que somente *a posteriori* permite ressignificar as experiências vividas. Diante desse postulado, como caberia a detecção inicial de sinais?

Bernardino e Mariotto (2010) dizem que se do ponto de vista orgânico e social os bebês acabaram de nascer, simbolicamente, há muita história familiar, individual e do casal que antecede a existência desse feto. Quando se trata de sua própria história, mesmo antes do nascimento, o bebê experimenta na gravidez uma série de sensações proprioceptivas, táteis, sonoras, de experiências que marcam o período pré e perinatal. Assim, do ponto de vista simbólico, os bebês já têm experiências a ressignificar.

As autoras complementam que, na psicanálise, a detecção de sinais iniciais deve ser concomitante à sustentação das possibilidades de fala e de desejo que são veiculadas pela palavra e pelo outro situado na posição privilegiada de Outro que sustenta a suposição do sujeito ainda por vir. Em outras palavras, significa permitir à criança trilhar um caminho mais amplo e mais diversificado de significantes, porque tanto o elemento pulsional quanto os elementos simbólicos que servem de âncora à existência subjetiva estão presentes.

Diante disso, as autoras concluem que, apesar de aparentemente distantes, a articulação entre psicanálise e detecção inicial de sinais torna-se possível quando se parte da premissa de que um sujeito se organiza e se positiva pela fala, um sujeito se constitui na linguagem, um sujeito pode desejar diante da possibilidade de uma enunciação própria. Nessa perspectiva, fazer circular a palavra é criar condições para o livre exercício da subjetividade. Bernardino e Mariotto apontam ainda que a detecção inicial de sinais deve ser pensada como uma intervenção no início e não antes que algo exista ou para eliminação de sintomas, tal como compreendido pela medicina.

Teperman (2005) prefere o termo intervenção “a tempo” e propõe, se o termo *prevenção* soar muito inadequado, a utilização de *previsão*: previsão de uma hipótese sobre a direção da construção do sujeito.

Pensar em intervenção em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento direciona a uma especificidade na clínica de bebês. No que diz respeito à psicopatologia nos primeiros anos de vida, a intervenção apoia-se sobre duas proposições fundamentais: a importância dos primeiros anos na constituição do sujeito e o alto grau de mobilidade das formações psicopatológicas até a puberdade (BARBOSA, 2007).

Em caso de autismo as características de intervenção eficientes em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento são: detecção e intervenção, envolvimento dos pais em um projeto colaborativo, necessidade de levar em conta os ambientes em que a criança convive diariamente, intensidade do tratamento, programas individualizados e a consideração de aspectos biomédicos em consonância com a abordagem educacional e do desenvolvimento da criança (MAGERROTTE; ROGE, 2004).

A direção da clínica com bebês é a antecipação e a evitação de algo maior. Supõe-se uma detecção inicial de sinais de transtornos psíquicos e, conseqüentemente, uma intervenção. Para Dutra e Bernardino (2008, p. 152),

O analista, nesse caso, visa um meio de mudar algo na posição do filho na fantasmática parental; o que não é impossível, uma vez que o filho está no lugar do objeto da equação simbólica descrita por Freud. Seu lugar é, portanto, passível de deslocamento, antes que se sedimente com a fixação do fantasma da criança.

Nessa clínica, estamos diante do complexo questionamento de quando se instala uma estrutura, assim como o tempo hábil para a eficácia de uma intervenção.

A clínica com bebês e crianças pequenas tem de lidar com um paradoxo temporal, na medida em que o analista se coloca em uma anterioridade em relação ao sujeito. Isto é, na contramão do que é o tempo e o lugar da função do analista: atrás do sujeito, apontando sua enunciação. O analista se ocupa, aqui, de um sujeito por vir. Não deixa de ser contradição em relação a temporalidade inconsciente – que, sabemos, é depois: só depois se poderá reconhecer, no movimento significante que faz brotar o sujeito, o que ficou inscrito como marca (DUTRA; BERNARDINO, 2008, p. 153).

O conhecimento sobre as habilidades perceptivas do bebê contribui para a compreensão da clínica de bebês, tanto na área terapêutica quanto na prevenção, na medida em que promove um olhar diferenciado sobre o bebê, complementar aos

conhecimentos sobre os aspectos psíquicos envolvidos na relação mãe-bebê. (PARLATO-OLIVEIRA, 2004)

Laznik (2004) refere-se à plasticidade neuronal como algo que confere a possibilidade de fazer suplências, levando em consideração a idade da intervenção como um dado central para que se possam instaurar as estruturas que suportam o funcionamento dos processos de pensar inconsciente, antes que uma possível deficiência seja instalada. Complementa que ao relacionar a instauração da estrutura do pensamento inconsciente à estruturação do circuito pulsional, este, enquanto suporte do trajeto das representações inconscientes no aparelho psíquico, dirá que, para que circule, a função de representação deve passar pelo polo alucinatório de satisfação de desejo, berço das inscrições dos traços mnêmicos das primeiras experiências com o gozo do Outro.

Devido à plasticidade cerebral, quanto mais nova a criança, melhores são as respostas cognitivas. Sendo assim, podemos considerar a idade como preditor significativo de ganhos cognitivos em resposta à intervenção. (ITZCHAK; ZACHOR, 2011).

Crespin (2004, p. 171-5) trabalha com a ideia de prevenção baseando-se em três postulados:

1. A prevenção não consiste em antecipar a aparição de um sintoma. Nesse sentido, estaríamos no registro do impossível, uma vez que jamais saberíamos *a priori* como o sujeito seria atravessado por um acontecimento. Abordagem que, segundo a autora, não exclui que uma escuta atenta organize imediatamente um lugar para a significância que tal acontecimento toma para um sujeito. [...]
2. Prevenção não é fazer desaparecer o sintoma, ainda que... Aqui, o sintoma tomado como uma formação de compromisso do ponto de vista freudiano, comporta ao mesmo tempo um impasse para o sujeito, e também um dizer que de outro modo fica indizível para o sujeito. A possibilidade de uma intervenção psicanalítica visaria modalizar esse dizer, isto é, que mãe e bebê encontrem um meio de dizer de outra forma o que eles têm a se dizer. [...]
3. A prevenção não consiste em antecipar uma demanda, mas em permitir sua elaboração.

É fundamentalmente importante expandir a intervenção aos bebês que demonstrem que algo não está bem e não somente aos que apontem para uma organicidade. Há a possibilidade de perceber esses primeiros indicadores de risco antes que se estabeleça o funcionamento pulsional e a constituição psíquica,

momento de maior permeabilidade às inscrições e reinscrições, o que aponta para a importância de intervir antes da instauração do quadro patológico. (JERUSALINSKY, 2002)

Lerner (2011) aponta que devido à importância de intervenção antes do período de instalação do quadro, antes de sua plena configuração antes dos 3 anos de vida, muitos pesquisadores têm procurado sinais em momentos cada vez mais iniciais da vida.

Há pesquisas que indicam que intervenções iniciadas antes dos 3 anos têm resultados mais promissores do que as iniciadas depois dos 5 anos. (WETHERBY et al., 2004; REZNICK et al., 2007; ITZCHAK; ZACHOR, 2011; LOVULLO, MATSSON, 2012; MANNING et al., 2011). Com isso, podemos concluir a importância de intervenções precoces.

Campanário (2008) enfatiza que na intervenção em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento é praticamente impossível obter sucesso sem a efetiva participação dos pais no tratamento.

1.1 Autismo na Psicanálise

A controvérsia no campo do autismo estende-se também no campo da psicanálise. Podemos apontar historicamente alguns importantes nomes que dedicaram seus trabalhos e estudos ao autismo: Bruno Bettelheim (a fortaleza vazia), Margaret Mahler (uma fase do desenvolvimento normal), Donald Meltzer (uma síndrome patológica particular), Serge Lebovici e Frances Tustin (o buraco negro da *psyché*).

Embora no campo psicanalítico encontremos diferentes teorias e leituras para a compreensão da clínica do autismo, podemos afirmar que há um ponto semelhante entre eles, que é o conceito freudiano de autoerotismo e outros conceitos correlatos, como o de narcisismo.

Cavalcanti e Rocha (2007) afirmam que, apesar de muitas controvérsias, é consenso em psicanálise entender o autismo como uma patologia que se desenvolve na ausência de algumas condições constituintes do psiquismo, como um colapso da

vida psíquica. Em alguns momentos privilegiando os mecanismos internos e em outros voltando o olhar para o meio ambiente, para as interações.

Alguns psicanalistas lacanianos defendem que o autismo estaria na “clínica diferencial das psicoses” assim como a esquizofrenia e a paranoia, em que consideram metapsicologicamente a forclusão do nome-do-pai como linha divisora. Há os que consideram o autismo como a expressão clínica de um impasse, o mais precoce, na estruturação subjetiva (CATÃO; VIVÉS, 2011).

O tratamento do autismo na psicanálise pretende gerar uma saída do fechamento autístico. Para que isso seja possível, o analista precisa se oferecer como um Outro um pouco incompleto, sem demanda. Ou que demande ao lado, mas que seja interlocutor e legitimador das produções de um sujeito suposto. No tratamento do autismo, há um sujeito que precisa ser escutado, mesmo que este tenha um funcionamento particular. Então, escutar uma criança autista implica um esvaziamento de gozo por parte do analista. Cabe ao analista escutar a comunicação autista, da maneira que possa surgir, para possibilitar ao autista constituir a voz enquanto objeto pulsional, ou seja, uma voz própria. Com esse trabalho, invocado pelo analista, o sujeito por vir pode escolher responder. Podemos entender as sessões como espaços de experimentação para a criança, que aos poucos e através do desejo do analista é possível criar um outro tipo de relação com o som e a voz que lhe poderá possibilitar nascer para a fala (CATÃO; VIVÉS, 2011).

Entre diversos autores da psicanálise que trabalham com a temática do autismo, optamos por nos aprofundar em Tustin. Sendo assim, mergulharemos em sua teoria para posteriormente termos subsídios para fazermos uma leitura dos dados estatísticos.

Tustin, inicialmente, propôs estender o uso do termo autista para além do estado patológico, também como um estágio primário do desenvolvimento. Sustentava a hipótese de que haveria uma parada no desenvolvimento ou uma regressão a um estágio anterior, incluindo os quadros de autismo dentro de uma estrutura psicótica.

Nesse momento, a autora define o autismo como:

um estado psicológico em que a criança se centra na sensação e tem uma capacidade de percepção elementar, restrita ou mesmo fracamente anômala. Quando olhado em seus aspectos normais, poderia conceituar-

se como um estado de ilusão primitiva e, nos anormais, como um círculo vicioso em que os delírios vão interferir na percepção da realidade, tornando-se mais intensas porque impermeáveis a modificação que esta última poderia eventualmente introduzir. No autismo primário anormal, o estado de autismo resulta diretamente de uma percepção deficitária ou anormal que radica na carência sensorial total e na falta de estimulação da criança, e nos autismos secundários, encapsulado e regressivo, dá mais a impressão de ser devido quer a circunstâncias de ela não prestar a atenção, quer a de focalizá-la na direção anormal. É obvio que, embora não sendo exatamente o mesmo um defeito de percepção, isso acaba por conduzir a resultados práticos idênticos a ele (1975, p. 118).

Para que o bebê possa entrar num processo de integração psicológica, há a necessidade de um sentimento interno, de uma capacidade de “ligar”, que se origina das experiências de satisfação com a mãe, como quando o bebê sente o mamilo na boca, ou quando sente-se envolvido nos braços da mãe. Integração aqui significando uma combinação de várias partes da personalidade num todo, e a do eu emergente com diversos elementos de uma situação em que há outros quereres além do seu. Quando ocorre a ausência desse sentimento de ligação primária, acontecerá uma hipertrofia compensadora dos processos de centralização do próprio corpo, o que resultará em características de um sistema fechado. Consequentemente, haverá um desenvolvimento psicológico descontrolado e, posteriormente, uma falha na inserção da realidade externa (TUSTIN, 1975).

A autora afirma que os estados patológicos do autismo parecem extrusão e intrusão eruptivas que direcionam ao encapsulamento, ou seja, embora vise unir-se à mãe, esses processos levam justamente à direção contrária, ao sentimento interno de estar separado. Essa situação traumática original é vivenciada como um buraco e será revivida posteriormente em situações similares, reforçando assim o negativismo da criança.

A partir de seu trabalho na Clínica de Tavistok, Tustin muda consideravelmente sua argumentação. Nega que haja um estágio de autismo primário normal na infância, pois verifica nos bebês com desenvolvimento típico uma atividade de resposta à voz do outro precocemente. Consequentemente, não poderia mais supor que o mundo externo se apresentasse totalmente indiferente para o bebê. Com isso, a autora abandona a teorização do autismo patológico como uma regressão ao estágio normal anterior ou em função de uma parada no desenvolvimento.

Posteriormente, no artigo “A perpetuação de um erro”, Tustin (1979/1995) revê uma série de teorias postuladas anteriormente sobre autismo. Admite como “erro” a

ideia anterior de que há um autismo primário no desenvolvimento normal e que o autismo patológico seria uma fixação ou regressão a essa fase.

Além disso, atribui a alguns efeitos transferenciais da clínica do autismo para a perpetuação desse “erro”. Como se sentia confusa e desamparada diante de John, seu paciente, buscava uma hipótese clara que justificasse as questões deste e, assim como o desamparo cria o desejo de certeza, apegou-se fortemente a essa ideia e se omitiu ao fato de que essa hipótese era conflituosa com as descobertas a partir das observações de bebês no trabalho na Tavistok.

Ao assumir esse erro, Tustin retoma os conceitos de identificação adesiva e identidade adesiva de Meltzer e Bick. Discordando apenas sobre a consciência de espaço associada à identificação ou ao sentimento de identidade, Tustin acredita que a *adesividade* encontrada no autismo é uma *adesividade* adjacente do tipo pele na pele como “equação adesiva” ou unicidade adesiva. Diferentemente do que acreditava em seus trabalhos anteriores, nesse momento de sua pesquisa Tustin vê a relação de adesão como patológica e não como uma regressão a uma fase normal do desenvolvimento. Então, começa a entender o autismo como uma patologia de dois estágios: o da manutenção da unidade dual fusional e o da ruptura traumática e seu estresse. Aponta como marcas da patologia autística, a manutenção de uma relação de adesão com o objeto e a vivência catastrófica da situação de separação.

Ao rever suas ideias iniciais, Tustin coloca os autistas num lugar acessível, nas redes de relações que se estabelecem no presente. Assim, cria-se a possibilidade de uma construção progressiva.

1.2 A atual legislação brasileira no que se refere ao autismo

Para começar a pensar sobre a legislação brasileira vigente no que tange ao tratamento e ao acompanhamento do autista e sua família em sua total necessidade, podemos partir da Constituição Federal de 1988, que determina, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido que por meio de políticas sociais e econômicas haja a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O artigo 198 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma

rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição Federal de 1988, temos outras leis que regulam e garantem os direitos dos autistas e de sua família, tanto na saúde quanto na educação. Mencionaremos as principais delas para que possamos pensar o panorama jurídico que se apresenta atualmente para os autistas.

A Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê em seu artigo 11º:

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

Em consonância com a Constituição Federal, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 3º, reconhece que para a promoção, proteção e recuperação da saúde, os seguintes fatores são preponderantes: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos demais serviços essenciais. A referida lei também institui o SUS, que é uma política pública baseada na concepção de saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos. Determina, ainda, que o Estado será responsável por garantir acesso e qualidade aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é uma inovação jurídica para o que havia pautado até o momento, principalmente no que diz respeito às diretrizes de descentralização, regionalização e controle social, ou seja, é uma proposta de que os serviços de saúde estejam próximos do território de residência dos usuários, assim como de que todos os cidadãos tenham o direito de participar ativamente da construção e qualificação do SUS, visando sempre atender às diferentes e complexas necessidades de saúde da população.

Com o Decreto nº 6.215/07, o governo federal lança a Agenda Social – Compromisso pela Inclusão da Pessoa com Deficiência, que articula as ações dos órgãos setoriais responsáveis pelas políticas públicas de saúde, educação, trabalho e emprego, previdência, assistência social, cultura, turismo e outras, na execução de ações voltadas à pessoa com deficiência. Essas ações foram coordenadas pela

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), que faz parte da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH). Essa secretaria tem como missão apoiar, articular, normatizar, coordenar e planejar ações e medidas governamentais que se refiram às pessoas com deficiência, para assegurar-lhes o exercício pleno de seus direitos básicos estabelecidos na Constituição Federal.

A partir da Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011a), há uma reorganização do SUS que passa a ser orientado a partir da estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que objetiva promover integração de ações e serviços de saúde, enfatizando a imprescindibilidade de atenção contínua, integral, qualificada e humanizada, assim como melhorar todo o SUS nos quesitos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010; 2011a). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam assegurar a integralidade do cuidado.

Outros movimentos importantes para que se assegurasse o cuidado com o autista são a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011b), assim como outros serviços, dentre eles a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tidos como de implantação prioritária pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c; 2011d; 2012).

Na Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), enumera-se os princípios da RAPS:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do

cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, coloca como uma das redes prioritárias em sua implantação a viabilização de diversos pontos de ação da RAPS. A partir dessa portaria, a RAPS passa a se estruturar por sete eixos de ação fundamentais: i. Atenção Básica em Saúde, que se divide em Unidade Básica de saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura; ii. Atenção Psicossocial Estratégica, que se concretiza nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades; iii. Atenção de Urgência e Emergência, que se ramifica nos seguintes serviços: SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Hospitais com pronto socorro e UBS; iv. Atenção Residencial de Caráter Transitório, dividida em Unidade de acolhimento e Serviço de atenção em regime residencial; v. Atenção hospitalar, composta de Enfermaria especializada em Hospital Geral e Leitos de SM no Hospital Geral; vi. Estratégias de desinstitucionalização: concretizadas pelos Serviços de residenciais terapêuticos e pelo Programa de volta para casa; vii. Estratégias de reabilitação psicossocial, compostas de Iniciativas de geração de trabalho e renda e Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Há ainda o projeto de lei do Senado nº 451 de 2011, de autoria da senadora Angela Portela, que visa alterar a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, ou seja, o ECA, para que se torne obrigatória a aplicação de instrumento para detecção de risco para o desenvolvimento psíquico a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida. Esse projeto de lei vem ao encontro com o que citamos inicialmente sobre a importância da intervenção em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento.

Outro movimento de intervenção do Estado é a cartilha “Saúde sem limites – Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual”, desenvolvida pela área Técnica de saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, e baseada na Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e na Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Além das referidas portarias, ainda toma como referência o Decreto nº 5.296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.

Nessa cartilha prevê-se que

os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro do Autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.

O serviço passa a compor a rede de acordo com a Portaria GM-MS nº 793 de 24 de abril de 2012. Deverá ainda dispor de instalações físicas adequadas, assim como uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada, com o intuito de constituir-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

A equipe multiprofissional será composta obrigatoriamente por médico psiquiatra ou neurologista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional; opcionalmente por pedagogo, assistente social e nutricionista. Esses profissionais serão responsáveis pela elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, a ser desenvolvido para cada atendido e suas respectivas famílias. Recomenda-se o investimento em educação permanente da equipe profissional, assim como cursos de atualização. Visa ainda que o acompanhamento do autista consistirá em atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma como, por exemplo, estimulação precoce; orientações à família; orientações à escola; desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado.

A lei nº 12.764 de 27, de dezembro de 2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o parágrafo 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Nessa lei, define-se os critérios para considerar o autismo, assim como determina que este será considerado, para todos os efeitos legais, pessoa com deficiência, ou seja, terá acesso aos direitos legais previstos.

Ressaltamos a importância do artigo 3º que prevê como direito do autista o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional, a informação e o acesso ao tratamento assim como a previdência social e a assistência social.

O governo do estado de São Paulo publica o “Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro do autismo (TEA)” produzido pela Secretaria dos Direitos da Pessoa com

Deficiência, inserido na Secretaria Estadual da Saúde. Afirmam que em revisão da literatura verificou-se por evidências científicas melhores resultados no tratamento de autistas pelo ABA. Como outras opções, elencam as seguintes linhas de tratamento: intervenções comportamentais, treino de habilidades sociais e terapia cognitiva comportamental. Mencionam ainda as abordagens psicodinâmicas como tendo sua eficácia comprovada empiricamente. Para finalizar, afirmam que essa e outras abordagens devem coexistir, cada uma contribuindo com sua indicação e especificidade, porém não fazem menção alguma sobre quais seriam as outras abordagens e nem tampouco sobre sua eficácia. A psicanálise não tem espaço algum no protocolo. A partir daí podemos pensar que há uma predileção por parte do governo estadual de São Paulo pelas terapias cognitivo-comportamentais.

A cartilha “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS)” de 2013, realizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, inserida no Ministério da Saúde, é um documento dirigido a gestores e profissionais das RAPS do SUS. Tem como objetivo contribuir para a ampliação do acesso e à qualificação da atenção aos autistas e a seus familiares.

Nesse documento, afirmam que não deverá haver privilégio de nenhuma abordagem no tratamento do autista. Recomendam que “a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso” (p. 84). As abordagens mencionadas são: Tratamento clínico de base psicanalítica; Análise do Comportamento Aplicada (ABA); Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), composta por língua de sinais e gestos, símbolos e figuras e integração sensorial; Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH); Acompanhamento Terapêutico; Aparelhos de Alta Tecnologia; e Tratamento medicamentoso.

As “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)” de 2013 foram elaboradas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde que, por sua vez, está inserido no Ministério da Saúde. Trata-se de um documento detalhado que tem como objetivo orientar as equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde do autista e de seus familiares nos diferentes serviços de atenção da rede de cuidados

à pessoa com deficiência. Apontam indicadores de desenvolvimento e sinais de alerta para o autismo. Indicam como instrumentos de rastreamento do autismo, o IRDI e MCHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Assim, vemos que nesse documento também considera-se a psicanálise como linha de atuação no tratamento do autismo.

O Edital de Convocação Pública 001/2012, Processo DRS I 001.0201.002161/2012, determinou que todos os serviços que poderiam concorrer ao chamamento público para tratamento de autistas deveriam trabalhar com terapia cognitivo-comportamental, não havendo nenhuma possibilidade para outra linha de pensamento.

Diante da adversidade tanto no âmbito da saúde, em que não se pode predeterminar a linha de tratamento para o autismo, quanto do âmbito jurídico, em que se viola o direito do autista e da família de escolher o tratamento que melhor se identificar ou avaliar mais pertinente, o Conselho Regional de Psicologia (CRP) da 6ª região, São Paulo, entrou com processo contra o governo do estado de São Paulo, obtendo êxito em sua solicitação. Tendo-se decidido: “Intime-se a autoridade coatora para informar se foi retificado o edital de convocação para excluir a exigência de que o profissional psicólogo tenha especialidade em terapia cognitiva-comportamental e impor a comprovação de especialidade na atenção ao TEA”.

A portaria nº 962, de 22 de maio de 2013, institui o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde, o qual compete:

- I – promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II – promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e
- III – realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS.

O projeto de lei nº 6.998, de 18 de dezembro de 2013, dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, considerada até os 6 anos completos. A lei

“estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a Primeira Infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e na formação humana”. No artigo 88, parágrafo VIII garante a “especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à Primeira Infância, incluindo o conhecimento sobre os direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil” e continua, no parágrafo seguinte: “formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral” e, no X, a “realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência”.

Diante dessas leis, portarias, projetos de leis, diretrizes e protocolos verificamos o aumento da preocupação com o autismo na legislação brasileira, pertinente com o que se tem demonstrando nas atuais pesquisas. Verificamos também uma maior atenção à intervenção em sinais iniciais de problemas no desenvolvimento infantil de suma importância para um tratamento mais efetivo.

1.3 Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI

Apesar da grande ocorrência de transtornos mentais na infância, há poucas políticas públicas voltadas para cuidar dessa questão. Consequentemente, há um grande número de crianças sem assistência adequada, o que pode agravar o prognóstico.

Por esse motivo, a criação e implementação de indicadores clínicos de risco capazes de identificar, na primeira infância, problemas de desenvolvimento precisa ser investida como um importante auxiliar na detecção precoce.

A partir de uma solicitação do Ministério da Saúde para que houvesse a implementação de indicadores psíquicos na ficha de acompanhamento do desenvolvimento, instrumento integrante das Normas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil utilizada por profissionais da Saúde Pública no Brasil, foi desenvolvida a pesquisa multicêntrica de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil – pesquisa IRDI. (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Essa pesquisa é um importante passo em direção a construção de instrumentos que auxiliem profissionais de saúde na detecção precoce de problemas de desenvolvimento e, conseqüentemente, uma intervenção com maiores chances de melhor prognóstico.

A pesquisa IRDI contou com financiamento do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Foi realizada entre 2000 e 2008 e teve coordenação centralizada no Instituto de Psicologia da USP (IPUSP). O grupo de especialistas, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Kupfer foi nomeado de Grupo Nacional da Pesquisa Multicêntrica¹.

Podemos encontrar várias teorias a respeito do desenvolvimento infantil e sua psicopatologia. Na pesquisa IRDI privilegiou-se, sem desconsiderar o âmbito da maturação, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

O pressuposto que norteou a pesquisa IRDI é o de que bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e a mãe ou algum substituto. São essas relações que propiciam a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes. Falhas nesse processo de constituição da subjetividade estão associadas a transtornos psíquicos no desenvolvimento infantil (KUPFER; PESARO, 2003).

A perspectiva de desenvolvimento na qual se baseia a psicanálise parte do princípio de que a subjetividade é um aspecto central e organizador do desenvolvimento em todas suas vertentes. Essa subjetividade é constituída pela inserção da criança na linguagem e na cultura. O que diferencia o bebê humano do animal é que seus instintos pré-formados são ressignificados por seu meio ambiente. Nessa perspectiva, é a partir do laço que a criança estabelece com outro humano

¹ O Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) é a denominação dada ao grupo de *experts* reunidos pela prof^a Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), para construir o protocolo de indicadores e conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo foi constituído por: prof^a Dra. Leda M. Fischer Bernadino, da PUC do Paraná, Paulina S. B. Rocha e Elizabeth Cavalcante, do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e Maria Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele de B. Wanderley, de Salvador, prof^a Dra. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Regina M. R. Stellin, da Universidade de Fortaleza (Unifor), Flávia G. Dutra, de Brasília, prof. Dr. Otavio Souza, do Instituto Fernandes Figueira (IFF), do Rio de Janeiro, Silvia E. Molina, do Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, com coordenação técnica de Maria Eugênia Pesaro, coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional da prof^a Dra. Maria Cristina M. Kupfer.

(geralmente a mãe ou um cuidador) que há a possibilidade de uma abertura para a linguagem, que vai marcar e organizar as funções orgânicas, anatômicas, musculares, neurofisiológicas da criança (KUPFER; PESARO, 2003).

Os pediatras que participaram da pesquisa foram previamente treinados para utilizar esse instrumento, realizando uma pesquisa de corte transversal, seguido por estudo longitudinal. Durante a aplicação são anotados os IRDIs presentes, ausentes e não verificados. Nessa pesquisa é a ausência de indicadores que aponta risco para o desenvolvimento da criança. Então, quando os IRDIs estão ausentes são indicadores de risco para o desenvolvimento e quando presentes são indicadores de desenvolvimento.

A amostra utilizada na pesquisa IRDI foi composta por 727 crianças nas faixas etárias de 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses, randomicamente selecionadas entre aquelas que estiveram em consultas pediátricas de rotina em 11 serviços de saúde de nove cidades no Brasil (Belém do Pará, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo, este com 3 centros).

Ao final dos 18 meses, 287 crianças apresentaram 2 ou mais indicadores ausentes, sendo assim consideradas casos e 440 apresentaram 1 ou nenhum indicador ausente, configurando o grupo controle. Foram selecionadas subamostras dentre as quais concluíram os estudos de 158 crianças do grupo caso e de 122 do grupo controle. Essas crianças, ao completarem três anos de idade, foram a um diagnóstico psiquiátrico (roteiro para Avaliação Psiquiátrica) e uma Avaliação Psicanalítica (AP3).

A partir da AP3, os pesquisadores montaram uma tabela de sintomas clínicos. Assim, definiu-se o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito.

Kupfer et al. (2008, p. 222-4) relaciona dois tipos de desfechos clínicos:

O primeiro tipo de desfecho clínico – presença de problemas de desenvolvimento para a criança – aponta, de um modo geral, para a existência de dificuldades de ordem psíquica que estão interferindo no desenvolvimento da criança. O desenvolvimento está sendo aqui considerado como o efeito observável da estruturação do sujeito e de sua posição na relação com o Outro Primordial. Assim, o desenvolvimento abarca o conjunto de funções instrumentais que se instauram a partir

dessa estruturação: a psicomotricidade, a inteligência e a aprendizagem, os hábitos, a socialização, o domínio da linguagem. As vicissitudes que a criança enfrenta no decorrer do desenvolvimento são, portanto, consideradas sintomas dessa estrutura. [...] Atualmente sabe-se que o desenvolvimento humano é produto da incidência, por um lado, dos processos maturativos de ordem neurológica e genética, e, por outro, dos processos de constituição do sujeito psíquico. Esse conceito se fundamenta nas recentes descobertas sobre a neuroplasticidade e na vasta experiência clínica produzida pela psicanálise sobre a importância decisiva das experiências infantis precoces para a regulação e determinação das aquisições próprias do desenvolvimento. Precisamente, a neuroplasticidade é a condição que tem permitido articular, de um modo científico verificável, as importantes observações sobre a maturação neurológica das crianças, as descobertas sobre o “relógio” biológico-evolutivo na ordem genética, e as experiências infantis, frequentemente incluídas num conceito mais impreciso e abrangente denominado *environment*. Há pesquisas que privilegiam o eixo de articulação entre o desenvolvimento e a maturação neurológico-genética. De nossa parte, sublinhamos o papel articular conjunto que, para o desenvolvimento, tem a relação mãe-filho (que nesse estudo é denominada segundo a conceitualização psicanalítica atual: Sujeito/Outro Primordial) privilegiando, então, nessa pesquisa, o eixo da relação do sujeito psíquico com o desenvolvimento. [...] Para o estabelecimento do segundo tipo de desfecho clínico – presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito – foi realizado um estudo prévio, conduzido por Jerusalinsky e Infante (inédito), para localizar, dentre os sintomas clínicos encontrados, aqueles com poder de indicar a presença de risco psíquico para a constituição do sujeito. Tais sintomas foram chamados de sintomas conclusivos, e foram escolhidos por sua capacidade de indicar não apenas dificuldades de ordem psíquica, mas principalmente por localizarem entraves no processo mesmo de constituição subjetiva e indicarem problemas mais estruturais, apontando um risco de evolução em direção as psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento. Neste caso, é possível anotar para a criança a presença de risco para a constituição do sujeito. Esse segundo desfecho foi chamado de presença de risco psíquico.

Os indicadores do IRDI foram propostos como operadores de leitura que permitem supor a presença e a singularidade do sujeito. Um indicador isoladamente não diz nada, é necessário que haja uma relação com outros representando a articulação entre o desenrolar do tempo cronológico e o estrutural na infância. É a articulação com outros indicadores que atribui um valor de tendência e de indicação do processo de constituição psíquica (PESARO; KUPFER, 2010).

No estudo do IRDI supõe-se que o trabalho materno acontece gradualmente em volta de quatro eixos e resulta na instalação de um sujeito psíquico, a partir do qual é possível o desenvolvimento de uma criança se organizar. Os quatro eixos compreendidos no estudo do IRDI são: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da

demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), instalação da função paterna (FP).

Os eixos acima mencionados foram construídos com base no conhecimento teórico-clínico já estabelecido pela psicanálise sobre as diversas operações psíquicas que se estabelecem na primeira infância. Tendo como base inicial o que importa no laço entre mãe e filho, destacaram-se observações significativas dos diferentes tempos, nos quais está em jogo a construção da imagem corporal, do circuito pulsional e da inscrição simbólica para determinar o que seria esperado em cada período da constituição do sujeito (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

A análise estatística da pesquisa que desenvolveu o IRDI concluiu que o instrumento tem maior capacidade de prever problemas de desenvolvimento do que de prever o risco psíquico. Nesse mesmo sentido pontua alguns indicadores do IRDI que isolados ou em grupos têm condições de prever risco psíquico ou de risco para o desenvolvimento (KUPFER et al., 2008).

Kupfer e Bernardino (2009) afirmam que apesar de a estatística ser estranha à psicanálise, pode-se fazer pesquisa juntando-as e mesmo que não seja psicanálise no sentido restrito, é pesquisa em psicanálise, grande tendência em estudos acadêmicos.

Bernardino et al. (2008, p. 128) reconhecem o receio dos psicanalistas com a ideia de classificação diagnóstica. Teme-se o aniquilamento da singularidade do psiquismo, o que poderá resultar em rotulações e reducionismos. Porém, os autores afirmam assumir os riscos de estabelecer critérios objetivos definidos, padronizáveis e de propor uma solução psicanalítica para o diagnóstico operacional na medida em que é possível contribuir com aquilo que é da psicanálise para a saúde coletiva e produzir conhecimentos úteis para a prevenção.

Birman (2005) aponta diferenças entre os campos da saúde pública e da saúde coletiva. Cita a preocupação epidemiológica e o enquadre do espaço urbano em medidas sanitárias da saúde pública, buscando fundamentação na biologia e na estatística. Em contrapartida, menciona a saúde coletiva como uma crítica às categorias universalizantes da saúde pública, ou seja, ao saber médico, ainda mais ao se associar à entrada das ciências humanas na Saúde, se propondo a multidisciplinaridade, o que inclui a psicologia.

Spink e Matta (2007) consideram a saúde coletiva como um campo científico no qual diversas disciplinas científicas produzem conhecimento sobre a saúde. Concomitantemente, também é um campo de práticas com ações realizadas fora e dentro do setor por diversas instituições e agentes. Diante disso, a saúde coletiva se constitui marcadamente por multidisciplinariedade e articulação por meio de ações em espaços de sociabilidade, como a comunidade. Isso é o que faz ampliar suas concepções de objetos de intervenção e, conseqüentemente, de prevenção e atenção primária, passando a reger-se por outros conceitos como promoção à saúde e qualidade de vida. Acreditam num diálogo produtivo entre a psicologia e a saúde coletiva, em que a psicologia pode contribuir, retomando, na saúde, a problemática do sujeito e, a partir de visões mais críticas que se contraponham aos modelos universalizantes e biologizantes da saúde pública, possam enriquecer a saúde coletiva.

1.4 Os eixos do IRDI

Os indicadores do IRDI são pensados a partir de quatro eixos teóricos que surgem simultaneamente e determinando, retroativamente, um o outro. Os eixos do IRDI foram pensados a partir do conhecimento teórico-clínico já formulados pela psicanálise sobre as diferentes operações psíquicas que se ocorrem na primeira infância. Partindo do laço entre mãe e filho, verificaram-se observações significativas dos diferentes tempos, “nos quais está em jogo a construção da imagem corporal, do circuito pulsional e da inscrição simbólica, para determinar o que seria esperado em cada período da constituição do sujeito” (KUPFER; VOLTOLINI, 2008, p. 95)

Esses quatro eixos não são pensados isoladamente, mas integrando e orientando as funções físicas e psicológicas. Sendo assim, são simultâneos no decorrer da constituição do sujeito. Há um entrelaçamento entre os cuidados que o cuidador direciona para a criança, assim como o que a criança realiza, evidenciando os efeitos de inscrição de tais marcas (BERNARDINO et al., 2008).

A relevância dos resultados obtidos na pesquisa de criação do IRDI aponta para a validação dos eixos. “Assim, a validação dos indicadores confirma também o valor

de suas bases – os eixos – como um fundamento teórico consistente, que orienta a leitura da constituição da subjetividade” (KUPFER et al., 2008, p. 227).

Veremos, a seguir, os indicadores referentes a cada eixo assim como suas fundamentações.

1.4.1 Eixo 1: Suposição do sujeito (SS)

O eixo suposição do sujeito (SS) caracteriza uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê. O bebê ainda não se constituiu como sujeito psíquico e para que isso ocorra depende de que a mãe ou cuidador suponha ou antecipe esse sujeito. Essa antecipação que vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe, o *manhês*, faz com que o bebê busque corresponder ao que foi antecipado sobre ele. Nessa tentativa, o bebê trará de volta o prazer vivenciado por ele quando há a antecipação materna. Assim, a subjetividade que ainda não está instalada encontra campo para construir-se efetivamente (KUPFER et al, 2009).

Os indicadores desse eixo devem ser entendidos a partir da posição do outro materno. “Esse eixo destaca a participação e o valor do outro (do Outro) como operador das estruturas mentais do bebê e por isso são direcionados à mãe” (PESARO, 2010, p. 38).

Os indicadores do IRDI em que o eixo SS prevalece são:

01 – Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.

02 – A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“*manhês*”).

1.4.2 Eixo 2: Estabelecimento da demanda (ED)

O eixo estabelecimento da demanda (ED) reúne as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta desde o nascimento, tais como o choro e as vocalizações, e que serão reconhecidas pela mãe como direcionados a si mesma. Esse reconhecimento abre a possibilidade de construção de uma demanda – para a psicanálise, uma demanda de amor – desse sujeito direcionado às pessoas com quem se relacionará. Posteriormente, essa demanda permeará a base de toda atividade de linguagem e de relação com os outros (KUPFER et al, 2009).

Com exceção de um indicador desse eixo, em que é possível acompanhar o desenrolar do diálogo que desloca o grito para a função de apelo para o campo da demanda e para a inscrição do desejo, todos os demais indicadores são apreendidos do lado da criança. Esse eixo estará na base de todas as atividades posterior de linguagem e da relação com os outros (PESARO, 2010).

Os indicadores do IRDI em que o eixo ED prevalece são:

- 03 – A criança reage ao “manhês”.
- 05 – Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
- 07 – A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
- 10 – A criança reage (sorri ou vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
- 15 – Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
- 16 – A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.
- 20 – A criança faz gracinhas.

1.4.3 Eixo 3: Alternância presença/ausência (PA)

O eixo alternância presença/ausência caracteriza as ações maternas que a faz ora presente, ora ausente. A ausência materna para o bebê marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, obrigando a criança a criar um dispositivo subjetivo para sua simbolização. Essa presença materna é considerada além do físico, é principalmente simbólica (KUPFER et al, 2009).

Esse é o eixo primordial da constituição psíquica. Os cuidados maternos proporcionam à criança o sentimento de coesão, de continuidade e de existência segura. “O termo retorno já indica alternância materna. É a operação da função materna que introduz, paulatinamente, a alternância; por outro lado, é a alternância que possibilita o funcionamento das funções materna e paterna” (PESARO, 2010, p. 52).

Os indicadores do IRDI em que o eixo PA prevalece são:

- 04 – A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.
- 06 – A criança começa a diferenciar o dia da noite.
- 08 – A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.

- 09 – A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.
- 11- A criança procura ativamente o olhar da mãe.
- 12 – A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
- 13 – A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.
- 17 – Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
- 18 – A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
- 19 – A criança possui objetos prediletos.
- 22 – A criança aceita a alimentação semissólida, sólida e variada.

1.5.4 Eixo 4: *Função paterna (FP)*

No eixo função paterna (FP) procura-se acompanhar os efeitos na criança dessa função, que norteia as ações maternas. Para a dupla mãe-bebê, a função paterna ocupa o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social. Em sua relação com o bebê, uma mãe que está submetida a função paterna, considera os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, já que a função paterna é encarregada de transmitir esses parâmetros. O exercício da função paterna sobre a dupla mãe-bebê poderá ocorrer em uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um objeto voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas (KUPFER et al, 2009).

Os indicadores do IRDI em que o eixo FP prevalece são:

- 23 – A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
- 24 – A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
- 25 – A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.
- 26 – A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.
- 27 – A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.
- 28 – A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.
- 29 – A mãe começa a pedir a criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com os gestos.
- 30 – Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.
- 31 – A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

2 OBJETIVO E MÉTODO

Tendo tecido algumas considerações sobre o autismo, a forma como este é compreendido pela psicanálise e as intervenções estatais sobre o tema, definiremos, neste capítulo, o objetivo de nossa pesquisa bem como o método utilizado para seu desenvolvimento.

Assim, buscando uma articulação entre psicanálise e saúde pública e, especificamente, contribuindo com o desenvolvimento do IRDI, nosso objetivo é verificar se há diferença estatisticamente significativa entre crianças com desenvolvimento típico e com autismo no que tange aos indicadores e aos eixos estabelecidos pelo IRDI.

2.1 Instrumentos

2.1.1 IRDI-questionário

O IRDI-questionário surge a partir da pesquisa de Machado, em sua tese intitulada *Proposta de adaptação dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) para questionário para pais e sua aplicabilidade*, defendida na pós-graduação de Fonoaudiologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP) em 2013, com resultados publicados em Machado et al. 2014 e Machado; Palladino; Cunha, 2014.

Como o IRDI é um instrumento para ser aplicado em bebês de até 18 meses, Machado (2013) propõe adaptá-lo para um questionário retrospectivo para pais de crianças de 3 a 7 anos.

A autora demonstrou haver consistência interna no instrumento. Enfatiza que a fácil aplicação, a rapidez no preenchimento (em média 15 minutos) e o baixo custo são vantagens significativas. Os resultados apontam que muitas questões que tiveram significância estatística abrangem importantes sinais de risco para o autismo, como, por exemplo, troca de olhar, atenção compartilhada e interação social.

Machado (2013) afirma que o IRDI-questionário apresentou boa consistência interna, com valor de coeficiente *alpha de Cronbach* de 0,89. Esse resultado é compatível com os de outros estudos de confiabilidade de instrumentos utilizados para rastreamento e diagnóstico de autismo, como o ASQ (Autism Social Questionnaire) com coeficiente *alpha de Cronbach* de 0,89, o Childhood Autism Rating Scale BR – CARS-BR com valor de 0,83 e o CARS original com 0,94 (SATO, 2008; PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008).

2.1.2 *Childhood Autism Rating Scale – CARS*

A CARS foi desenvolvida por Shopler et al. (1980) com o intuito de colocar em uma escala de avaliação a definição dada por Kanner sobre o autismo. Sua elaboração levou quinze anos e contou com mais de 1.500 crianças diagnosticadas com autismo.

Em 2008, Pereira, em sua dissertação realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, traduziu e validou a CARS para utilização no Brasil, nomeando-a de CARS-BR e a publicando no Jornal de Pediatria (PEREIRA; RIESGO; WAGNER, 2008).

Esse instrumento avalia o comportamento de 14 domínios e mais um de impressão do avaliador. É uma escala que auxilia a distinguir crianças com autismo de crianças com outros comprometimentos no desenvolvimento em que não haja autismo. Uma das grandes contribuições do instrumento consiste em sua capacidade de diferenciar o autismo leve-moderado do grave. É apropriada para aplicação em crianças acima de 2 anos.

Os 15 itens que compõe a escala referem-se a relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta, impressões gerais.

Os escores vão de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autistas graves). A pontuação varia de 15 a 60, considerando o 30 como ponto de corte para autismo.

2.2 Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos foram obtidos na pesquisa de Machado (2013) e Barros (2014). Essa amostra é não probabilística e por conveniência, com seleção consecutiva. Participaram 112 sujeitos, sendo 97 mães, 12 pais e 3 avós de crianças de 2,9 anos a 7,6 anos.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos: grupo caso (crianças autistas) e grupo controle (crianças com desenvolvimento típico).

2.2.1 Grupo caso

O grupo caso oriundo de Machado (2013) constitui-se por 34 mães e 2 pais de 29 crianças do sexo masculino e 7 do sexo feminino, atendidas no ambulatório de autismo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e em consultório particular com idades entre 2,11 anos e 7,7 anos.

Os critérios para inclusão nesse grupo foram:

- Criança diagnosticada com TEA, de acordo com os critérios do DSM-IV (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995) e ausência de diagnóstico de distúrbios genéticos, metabólicos ou neurológicos, verificados em prontuário.
- IRDI-questionário respondido pelos pais
- Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais.

A pesquisa de Barros ainda encontra-se em período de coleta de dados do grupo caso, como há um prazo para defesa de minha dissertação, não haverá tempo hábil para aguardarmos essa coleta e considerá-los nesta pesquisa.

2.2.2 Grupo controle

O grupo controle vindo de Machado (2013) compõe-se por 31 mães e 5 pais de 23 crianças do sexo masculino e 13 do sexo feminino com idades entre 3,3 anos e 6,1 anos devidamente matriculadas na Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Curumim I, em Santana de Parnaíba, e com desenvolvimento típico.

Os critérios para inclusão nesse grupo foram:

- Crianças sem queixas sobre o desenvolvimento por parte dos pais e da escola e ausência de diagnóstico de distúrbios genéticos, neurológicos ou metabólicos;
- IRDI questionário respondido pelos pais;
- Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais.

Machado (2013) não aplicou a CARS ao seu grupo controle.

O grupo controle proveniente de Barros compõe-se por 32 mães, 5 pais e 3 avós de 27 crianças do sexo masculino e 13 do sexo feminino com idades entre 4,7 e 6,1 anos devidamente matriculadas na EMEI Santos Dummont e com desenvolvimento típico.

Os critérios para inclusão nesse grupo foram:

- Crianças sem queixas sobre o desenvolvimento por parte dos pais e da escola e ausência de diagnóstico de distúrbios genéticos, neurológicos ou metabólicos;
- CARS aplicada com os pais: as crianças devem apresentar escore total abaixo de 30;
- IRDI questionário respondido pelos pais;
- Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais.

Antes de juntarmos o grupo controle de Machado e Barros verificamos se os grupos controle de cada trabalho eram homogêneos quanto a sua constituição. Para isso, unimos as categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes*, opondo-as a *muitas vezes* e *sempre* e assim comparamos os dois grupos controle pelo teste do qui-quadrado. Como encontramos $p > 0,05$, concluímos que os grupos não tinham diferença estatisticamente significativa, logo, poderiam ser unidos. Ver tabela com os resultados no Anexo 4)

Embora no grupo controle de Machado não tenha ocorrido a aplicação da CARS, ao compararmos-lo com o grupo controle de Barros não verificamos discrepâncias significativas, podemos, com isso, nos mantermos seguros quanto a condição não autística nesse grupo.

Dessa forma, o grupo controle em sua totalidade é composto por 97 mães, 12 pais e 3 avós de 79 crianças do sexo masculino e 33 do sexo feminino com idades entre 3,3 anos e 6,10 anos, com desenvolvimento típico e selecionadas conforme critérios já descritos anteriormente.

2.3 Limitações

Ao relacionar a perspectiva acadêmica de pesquisa e a saúde coletiva, Reznick et al. (2007) acredita que métodos de baixo custo seriam apropriados para identificar crianças que estão em risco para um eventual diagnóstico de autismo. O caminho mais propício para alcançar esse objetivo seria a utilização de instrumento em formato de questionário retrospectivo para os pais. Logicamente que diante disso há vantagens e desvantagens.

Segundo Reznick et al. (2007), pontos favoráveis desse tipo de questionário são as observações privilegiadas e altamente motivadas do comportamento dos filhos em diversas situações, tanto no âmbito das ações da criança quanto nas emoções. Outra vantagem é a possibilidade de aplicação em vários contextos favoráveis e convenientes, como, por exemplo, via *e-mail* ou pesquisa *web*.

Alguns autores (ROGERS; HEPBURN; WEHNER, 2003; CLIFFORD; DISSANAYAKE, 2008) apontam como desvantagem na utilização de questionários retrospectivos a confiabilidade. Isso poderia ser minimizado no caso de crianças pequenas, supondo-se que as respostas dos pais sofreriam menor influência do período transcorrido até o preenchimento do questionário.

Outro ponto desfavorável é a criança já haver sido diagnosticada e isso influenciar a respostas dos pais. Grande parte dos pais tem pouco parâmetro para comparar o comportamento dos filhos autistas com o de crianças com desenvolvimento típico.

Pensando em nossas limitações específicas nessa pesquisa, podemos pontuar a falta de tempo em esperar a coleta de dados do grupo caso de Barros. Sendo assim, tivemos uma discrepância entre a quantidade de crianças autistas e crianças com desenvolvimento típico pesquisadas. Pensando sobre o intervalo de confiança, se houvesse tempo hábil para aumentarmos a amostra de crianças autistas poderíamos ter maior precisão de estimativa. Mesmo diante desses fatos, os intervalos de confiança que conseguimos com os dados coletados são suficientes para estatisticamente fazermos as análises apresentadas a seguir.

2.4 Análise dos dados

2.4.1 Análise estatística

Realizamos a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para a comparação entre os grupos, crianças autistas *versus* crianças com desenvolvimento típico, utilizamos o teste de associação pelo Qui-quadrado e análise de regressão logística binária univariada para a avaliação da *odds ratio* (OR). As categorias dos eixos foram estratificadas conforme os tercís de risco. Nas variáveis quantitativas, primeiramente, aplicamos o teste de normalidade Komolgorov-Smirnov e, dado que estas apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste *t-Student* não pareado.

Assumimos um nível descritivo de 5% ($p \leq 0,05$) para significância estatística. Os dados foram digitados em Excel e analisados no programa SPSS versão 17.0 para Windows.

2.4.2 Análise dos eixos do IRDI

Para o cálculo dos eixos suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA) e função paterna (FP), consideramos a soma das pontuações de 0 a 4 para as 31 questões do instrumento IRDI, sendo 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = muitas vezes e 4 = sempre descritas na Tabela 1. As respostas assinaladas como “não lembro” não foram consideradas para o cálculo.

Tabela 1: Descrição dos escores por eixo

Eixo	faixa etária (meses)	Indicadores do IRDI	Pontuação	
			mínima	máxima
SS	0 a 4	I1 + I2 + I5	0	32
	4 a 8	I9 + I12		
	8 a 12	I14 + I17		
	12 a 18	I27		
ED	0 a 4	I1 + I3	0	76
	4 a 8	I6 + I7 + I8 + I10 + I11 + I12 + I13		

	8 a 12	$I14 + I15 + I16 + I19 + I20 + I21 + I22$		
	12 a 18	$I23 + I24 + I25$		
	0 a 4	$I4 + I5$		
PA	4 a 8	$I6 + I8 + I9 + I11 + I12$	0	32
	8 a 12	$I17$		
	12 a 18	<i>não se aplica</i>		
	0 a 4	<i>não se aplica</i>		
FP	4 a 8	$I13$	0	44
	8 a 12	$I18$		
	12 a 18	$I23 + I24 + I25 + I26 + I27 + I28 + I29 + I30 + I31$		

3 RESULTADOS FINAIS

A amostra do estudo foi composta por 112 crianças, sendo 36 com autismo e 76 com desenvolvimento típico. A média de idade foi de 5,1 anos ($dp=0,9$), mediana 5,2 anos, variando entre 2,9 anos a 7,6 anos. Na comparação entre os grupos, as crianças com autismo apresentaram uma média de 5,2 anos ($dp=1,3$), mediana de 5,4 anos, mínimo de 2,9 e máximo de 7,6 anos. Em relação às crianças com desenvolvimento típico, a média de idade foi de 5,1 anos ($dp=0,7$), mediana 5,2 anos, com valores mínimo e máximo de, respectivamente, 3,3 e 6,8 anos. Na comparação entre os grupos não houve diferenças estatisticamente significativas entre as idades ($p=0,607$).

Na Tabela 2, apresentamos a descrição dos grupos para as variáveis sexo e escolaridade dos pais. Verificamos que não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos para as variáveis analisadas.

Tabela 2: Número e percentual de crianças segundo grupo de estudo, sexo e escolaridade

Variável	Categoria	Grupo				P
		Caso		Controle		
		N	(%)	n	(%)	
Sexo	Masculino	29	(80,6)	50	(65,8)	0,109
	Feminino	7	(19,4)	26	(34,2)	
Escolaridade dos pais	ens. fund. incompleto	6	(16,7)	6	(7,9)	0,622
	ens. fund. completo	3	(8,3)	13	(17,1)	
	ensino médio incompleto	2	(5,6)	3	(3,9)	
	ensino médio completo	13	(36,1)	29	(38,2)	
	ensino superior incompleto	4	(11,1)	10	(13,2)	
	ensino superior completo	6	(16,7)	9	(11,8)	
	pós-graduação incompleto	0	(0,0)	3	(3,9)	
	pós-graduação completo	2	(5,6)	3	(3,9)	
Informante	Mãe	34	(94,4)	63	(82,9)	0,211
	Pai	2	(5,6)	10	(13,2)	
	avós	0	(0,0)	3	(3,9)	
Total		36	(100)	76	(100)	

Na Tabela 3, os IRDIs 2, 3, 5 e 6 apresentaram associação estatisticamente significativa. Observamos que crianças autistas apresentam probabilidade menor das

reações esperadas quando comparadas a crianças de desenvolvimento típico. O IRDI 2 (a mãe falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)), na categoria *sempre*, observamos uma probabilidade menor entre crianças autistas quando comparadas às crianças de desenvolvimento típico (28,6% versus 61,8%; $p=0,017$). No IRDI 3 (a criança reage ao ‘manhês’), verificamos que crianças autistas apresentam uma probabilidade maior para as categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes* em relação a categoria *sempre*, respectivamente, $OR=22,2$ ($p=0,008$), $OR=9,7$ ($p=0,002$), $OR=4,9$ ($p=0,008$).

Quanto ao IRDI 5 (há trocas de olhares entre a criança e a mãe), observamos que as crianças autistas apresentam uma probabilidade menor de terem troca de olhares com a mãe em relação a crianças de desenvolvimento típico (14,3% versus 1,3%; $OR=19,4$; $p=0,009$). Verificamos o mesmo para o IRDI 6 (a criança começa a diferenciar o dia da noite), no qual crianças autistas tem uma menor probabilidade de diferenciar o dia da noite ($p<0,001$; $OR=11,3$ para categoria *nunca* e $OR=14,2$ para categoria *raramente*, em relação a categoria *sempre*).

Tabela 3: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 1 a 6

Variável*	Categoria	Grupo				p (X²)	OR**	IC _{95%}	p
		Caso		Controle					
		N	(%)	n	(%)				
1. Quando a criança chorava ou gritava, a mãe sabia o que ela queria	nunca	1	(2,8)	1	(1,4)	0,091	2,9	0,2 – 50,2	0,460
	raramente	4	(11,1)	2	(2,7)		5,8	0,9 – 35,7	0,056
	às vezes	10	(27,8)	10	(13,5)		2,9	0,9 – 8,6	0,051
	muitas vezes	8	(22,2)	23	(31,1)		1,0	0,4 – 2,8	0,975
	sempre	13	(36,1)	38	(51,4)		1.0		
2. A mãe falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”)	nunca	2	(5,7)	1	(1,3)	0,017	9,4	0,8 – 114,0	0,078
	raramente	3	(8,6)	3	(3,9)		4,7	0,8 – 26,8	0,081
	às vezes	8	(22,9)	13	(17,1)		2,9	0,9 – 8,8	0,062
	muitas vezes	12	(34,3)	12	(15,8)		4,7	1,6 – 13,4	0,004
	sempre	10	(28,6)	47	(61,8)		1.0		
3. A criança reagia ao “manhês”	nunca	4	(11,8)	1	(1,3)	<0,001	22,2	2,2 – 222,4	0,008
	raramente	7	(20,6)	4	(5,3)		9,7	2,4 – 40,2	0,002
	às vezes	8	(23,5)	9	(11,8)		4,9	1,5 – 16,2	0,008
	muitas vezes	6	(17,6)	12	(15,8)		2,8	0,8 – 9,3	0,089
	sempre	9	(26,5)	50	(65,8)		1.0		
4. A mãe propunha algo à criança e aguardava a sua reação	nunca	1	(2,8)	1	(1,4)	0,420	3,3	0,2 – 56,0	0,417
	raramente	2	(5,6)	4	(5,4)		1,6	0,3 – 10,0	0,600
	às vezes	6	(16,7)	9	(1,2)		2,2	0,6 – 7,3	0,214
	muitas vezes	15	(41,7)	21	(28,4)		2,3	0,9 – 5,9	0,075
	sempre	12	(33,3)	39	(52,7)		1.0		
5. Havia trocas de olhares entre a criança e a mãe	nunca	1	(2,9)	0	(0,0)	<0,001	--	--	--
	raramente	8	(22,9)	0	(0,0)		--	--	--
	às vezes	5	(14,3)	1	(1,3)		19,4	2,1 – 177,7	0,009
	muitas vezes	5	(14,3)	12	(16,0)		1,6	0,5 – 5,3	0,426
	sempre								

6. A criança começou a diferenciar o dia da noite	sempre	16	(45,7)	62	(82,7)		1,0		
	nunca	8	(24,2)	2	(2,8)	<0,001	11,3	2,1 – 61,0	0,005
	raramente	5	(15,2)	1	(1,4)		14,2	1,5 – 133,8	0,021
	às vezes	4	(12,1)	16	(22,2)		0,7	0,2 – 2,5	0,597
	muitas vezes	4	(12,1)	19	(26,4)		0,6	0,2 – 2,1	0,423
	sempre	12	(36,4)	34	(47,2)		1,0		
Total		36	(100)	76	(100)				

* há casos ignorados para ambos os grupos = questões respondidas como “não lembro” pelo informante;

** utilizamos o grupo controle como categoria de referência.

Os IRDIs 7 a 11 apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 4). No IRDI 7 (a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades), observamos que crianças autistas, no relato do informante, mostram uma proporção maior na categoria *nunca* e *raramente* em relação às crianças de desenvolvimento típico ($p=0,002$). Na análise de regressão logística univariada, estar na categoria *nunca* e *raramente* mostraram-se como chance, respectivamente, $OR=27,0$ ($p=0,005$) e $OR=9,0$ ($p=0,024$) para o autismo comparada à categoria *sempre*. Da mesma forma, verificamos o comportamento de crianças autistas no IRDI 8 (a criança solicitava a mãe e fazia um intervalo para aguardar sua resposta), em relação a crianças de desenvolvimento típico ($p<0,001$).

Para os IRDIs 9 (a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases) e 10 (a criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela), houve associação estatisticamente significativa, porém entre as categorias *muitas vezes* e *sempre*, segundo grupo de crianças (respectivamente, $p=0,004$ e $p<0,001$). No IRDI 11 (a criança procura ativamente o olhar da mãe), destacamos que crianças autistas *raramente* ou *às vezes* procuravam ativamente o olhar da mãe, enquanto que crianças de desenvolvimento típico, *muitas vezes* ou *sempre* faziam isso ($p<0,001$).

Tabela 4: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 7 a 12

Variável*	Categoria	Grupo				p (X ²)	OR**	IC _{95%}	p
		Caso		Controle					
		n	(%)	n	(%)				
7. A criança utilizava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades?	nunca	6	(17,6)	1	(1,4)	0,002	27,0	2,7 – 268,0	0,005
	raramente	4	(11,8)	2	(2,7)		9,0	1,3 – 61,0	0,024
	às vezes	10	(29,4)	17	(23,3)		2,6	0,8 – 8,6	0,106
	muitas vezes	8	(23,5)	26	(35,6)		1,4	0,4 – 4,5	0,591
	sempre	6	(17,6)	27	(37)		1.0		
8. A criança solicitava a mãe e faz um intervalo	nunca	8	(23,5)	1	(1,4)	<0,001	48,0	4,9 – 471,3	0,001
	raramente	12	(35,3)	4	(5,6)		18,0	4,1 – 78,7	<0,001
	às vezes	6	(17,6)	16	(22,2)		2,3	0,6 – 8,5	0,233

para aguardar sua resposta?	muitas vezes	3	(8,8)	21	(29,2)		0,9	0,2 – 4,0	0,844
	sempre	5	(14,7)	30	(41,7)		1.0		
9. A mãe falava com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	nunca	0	(0,0)	1	(1,3)	0,004	--	--	--
	raramente	1	(2,8)	0	(0,0)		--	--	--
	às vezes	3	(8,3)	9	(12,0)		1,2	0,3 – 4,9	0,822
	muitas vezes	17	(47,2)	12	(16,0)		5,0	2,0 – 12,6	0,001
	sempre	15	(41,7)	53	(70,7)		1.0		
10. A criança reagia (sorria, vocalizava) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	nunca	4	(11,1)	0	(0,0)	<0,001	--	--	--
	raramente	4	(11,1)	0	(0,0)		--	--	--
	às vezes	10	(27,8)	0	(0,0)		--	--	--
	muitas vezes	10	(27,8)	17	(22,4)		4,3	1,5 – 12,7	0,007
	sempre	8	(22,2)	59	(77,6)		1.0		
11. A criança procurava ativamente o olhar da mãe	nunca	3	(8,6)	0	(0,0)	<0,001	--	--	--
	raramente	8	(22,9)	1	(1,4)		104,0	10,3 – 1052,2	<0,001
	às vezes	8	(22,9)	4	(5,5)		26,0	5,4 – 125,4	<0,001
	muitas vezes	12	(34,3)	16	(21,9)		9,8	2,3 – 34,5	<0,001
	sempre	4	(11,4)	52	(71,2)		1.0		
12. A mãe dava suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	nunca	0	(0,0)	1	(1,3)	0,393	--	--	--
	raramente	4	(11,8)	3	(3,9)		4,2	0,8 – 21,9	0,085
	às vezes	8	(23,5)	14	(18,4)		1,8	0,6 – 5,5	0,287
	muitas vezes	11	(32,4)	23	(30,3)		1,5	0,6 – 4,1	0,405
	sempre	11	(32,4)	35	(46,1)		1.0		
Total		36	(100)	76	(100)				

* há casos ignorados para ambos os grupos = questões respondidas como “não lembro” pelo informante;

** utilizamos o grupo controle como categoria de referência.

Os IRDIs 13 a 17 apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 5). Observamos que crianças autistas *nunca* ou *raramente* pediam ajuda de outra pessoa sem ficar passiva quando comparadas às crianças de desenvolvimento típico, respectivamente, 14,3% *versus* 6,7%, 34,3% *versus* 5,3% ($p < 0,001$). Da mesma maneira, verificamos o comportamento de crianças autistas, no IRDI 14, quando a mãe percebia que alguns pedidos da criança podiam ser uma forma de chamar a sua atenção, mostrou-se diferente em relação a crianças de desenvolvimento típico (*nunca* 18,2% *versus* 2,7%, *raramente* 27,3% *versus* 2,7%; $p < 0,001$).

Nesse sentido, nos IRDIs 15, 16 e 17, as categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes* estiveram mais presentes entre crianças autistas comparadas às crianças de desenvolvimento típico ($p < 0,001$). No IRDI 16 (a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa), pela análise de regressão logística univariada, somente as categorias *raramente* e *às vezes* foram estatisticamente significativas, isto é, estar numa dessas categorias há uma chance de, respectivamente, OR=16,4 ($p=0,017$) e OR=7,0 ($p=0,001$) de crianças apresentarem autismo comparada à categoria *sempre*.

Tabela 5: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 13 a 18

Variável*	Categoria	Grupo				p (X ²)	OR**	IC _{95%}	p
		Caso		Controle					
		n	(%)	n	(%)				
13. A criança pedia a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	nunca	5	(14,3)	5	(6,7)	<0,001	13,5	2,0 – 90,0	0,007
	raramente	12	(34,3)	4	(5,3)		40,5	6,5 – 252,1	<0,001
	às vezes	6	(17,1)	19	(25,3)		4,3	0,8 – 23,4	0,095
	muitas vezes	10	(28,6)	20	(26,7)		6,8	1,1 – 34,3	0,021
	sempre	2	(5,7)	27	(36,0)		1.0		
14. A mãe percebia que alguns pedidos da criança podiam ser uma forma de chamar a sua atenção	nunca	6	(18,2)	2	(2,7)	<0,001	41,0	5,6 – 298,1	<0,001
	raramente	9	(27,3)	2	(2,7)		61,5	8,9 – 423,4	<0,001
	às vezes	11	(33,3)	7	(9,6)		21,5	4,8 – 97,7	<0,001
	muitas vezes	4	(12,1)	21	(28,8)		2,6	0,5 – 12,7	0,237
	sempre	3	(9,1)	41	(56,2)		1.0		
15. Durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	nunca	7	(20,0)	2	(2,8)	<0,001	24,5	4,2 – 142,4	<0,001
	raramente	3	(8,6)	2	(2,8)		10,5	1,5 – 74,3	0,019
	às vezes	11	(31,4)	8	(11,1)		9,6	2,3 – 32,2	<0,001
	muitas vezes	7	(20,0)	11	(15,3)		4,5	1,3 – 15,3	0,018
	sempre	7	(20,0)	49	(68,1)				
16. A criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa	nunca	2	(5,6)	2	(2,6)	0,001	4,1	0,5 – 32,8	0,183
	raramente	4	(11,1)	1	(1,3)		16,4	1,6 – 163,2	0,017
	às vezes	12	(33,3)	7	(9,2)		7,0	2,2 – 22,4	0,001
	muitas vezes	8	(22,2)	25	(32,9)		1,3	0,5 – 3,8	0,614
	sempre	10	(27,8)	41	(53,9)		1.0		
17. Mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular	nunca	9	(25,7)	2	(2,7)	<0,001	23,0	4,2 – 124,7	<0,001
	raramente	3	(8,6)	1	(1,4)		15,3	1,4 – 164,6	0,024
	às vezes	8	(22,9)	10	(13,5)		4,1	1,4 – 13,2	0,019
	muitas vezes	6	(17,1)	15	(20,3)		2,0	0,2 – 7,0	0,237
	sempre	9	(25,7)	46	(22,2)		1.0		
18. A criança estranhava pessoas desconhecidas para ela	nunca	7	(19,4)	17	(22,4)	0,094	2,1	0,6 – 7,6	0,277
	raramente	9	(25,0)	8	(10,5)		5,6	1,5 – 21,8	0,012
	às vezes	9	(25,0)	19	(25,0)		2,4	0,7 – 8,2	0,175
	muitas vezes	6	(16,7)	7	(9,2)		4,3	1,0 – 18,3	0,050
	sempre	5	(13,9)	25	(32,9)		1.0		
Total		36	(100)	76	(100)				

* há casos ignorados para ambos os grupos = questões respondidas como “não lembro” pelo informante;

** utilizamos o grupo controle como categoria de referência.

Observamos na Tabela 6 que os IRDIs 20 e 21 apresentaram associação estatisticamente significativa. No IRDI 20 relacionada às “gracinhas”, houve uma proporção menor de crianças autistas com esse comportamento para a categoria de resposta *sempre* em relação às crianças de desenvolvimento típico, (11,4% versus 61,6%; $p < 0,001$). Para o IRDI 21, as crianças com autismo apresentam uma proporção de 24,2% de nunca buscar o olhar de aprovação para 5,7% em crianças de desenvolvimento típico (OR=22,7; $p < 0,001$).

O IRDI 23 (a mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses) revela que há uma chance maior e gradual de mães de crianças autistas de estarem nas categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes* comparadas à categoria *sempre*, respectivamente, OR=14,0 (p=0,042), OR=10,5 (p=0,003), OR=5,3 (p=0,008). No IRDI 24 (a criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas), observamos que em crianças autistas a categoria *nunca* apresentou maior probabilidade quando comparadas às crianças de desenvolvimento típico, respectivamente, 20,0% e 1,3% (p=0,008).

Tabela 6: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 19 a 24

Variável*	Categoria	Grupo				p (X ²)	OR**	IC _{95%}	p
		Caso		Controle					
		n	(%)	n	(%)				
19. A criança possuía objetos prediletos	nunca	7	(20,6)	9	(12,2)	0,414	2,5	0,8 – 8,4	0,126
	raramente	4	(11,8)	4	(5,4)		3,3	0,7 – 15,3	0,132
	às vezes	6	(17,6)	11	(14,9)		1,8	0,5 – 5,9	0,345
	muitas vezes	6	(17,6)	14	(18,9)		1,4	0,4 – 4,5	0,571
	sempre	11	(32,4)	36	(48,6)				
20. A criança fazia gracinhas	nunca	4	(11,4)	0	(0,0)	<0,001	--	--	--
	raramente	4	(11,4)	0	(0,0)		--	--	--
	às vezes	14	(40,0)	7	(9,6)		22,5	5,7 – 88,3	<0,001
	muitas vezes	9	(25,8)	21	(28,8)		4,8	1,1 – 17,5	0,017
	sempre	4	(11,4)	45	(61,6)		1,0		
21. A criança buscava o olhar de aprovação do adulto	nunca	8	(24,2)	4	(5,7)	<0,001	22,7	4,2 – 122,0	<0,001
	raramente	7	(21,2)	4	(5,7)		19,8	3,6 – 109,0	0,001
	às vezes	10	(30,3)	5	(7,1)		22,7	4,6 – 111,8	<0,001
	muitas vezes	5	(15,2)	23	(32,9)		2,5	0,5 – 11,1	0,247
	sempre	3	(9,1)	34	(48,6)		1,0		
22. A criança aceitava alimentação semissólida, sólida e variada	nunca	2	(5,6)	0	(0,0)	0,195	--	--	--
	raramente	3	(8,3)	3	(3,9)		2,2	0,4 – 12,1	0,356
	às vezes	6	(16,7)	11	(14,5)		1,2	0,4 – 3,8	0,741
	muitas vezes	7	(19,4)	22	(28,9)		0,7	0,3 – 2,0	0,504
	sempre	18	(50,0)	40	(52,6)		1,0		
23. A mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses	nunca	2	(5,6)	1	(1,3)	0,002	14,0	1,1 – 179,0	0,042
	raramente	6	(16,7)	4	(5,3)		10,5	2,3 – 48,4	0,003
	às vezes	9	(25,0)	12	(16,0)		5,3	1,6 – 17,7	0,008
	muitas vezes	13	(36,1)	16	(21,3)		5,7	1,8 – 15,5	0,002
	sempre	6	(16,7)	42	(56,0)		1,0		
24. A criança suportava bem as breves ausências da mãe e reagia às ausências prolongadas	nunca	7	(20,0)	1	(1,3)	0,008	23,0	2,4 – 220,3	0,007
	raramente	7	(20,0)	13	(17,3)		1,8	0,5 – 6,2	0,371
	às vezes	5	(14,3)	19	(25,3)		0,9	0,2 – 3,2	0,826
	muitas vezes	9	(25,7)	19	(25,3)		1,6	0,5 – 5,0	0,455
	sempre	7	(20,0)	23	(30,7)		1,0		
Total		36	(100)	76	(100)				

* há casos ignorados para ambos os grupos = questões respondidas como “não lembro” pelo informante;

**utilizamos o grupo controle como categoria de referência.

Na Tabela 7, apresentamos os IRDIs de 25 a 31. Destes, as questões 26 a 29 e 31 mostram associação estatisticamente significativa. Para o IRDI 26 (a mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede), destacamos a categoria *nunca* que apresentou uma proporção de 28,6% para crianças autistas em comparação a crianças de desenvolvimento típico 6,8% ($p=0,008$). Observamos o mesmo para a categoria *raramente* no IRDI 27 (a criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe), em que apresentou uma proporção de 26,5% para crianças autistas em comparação a 2,9% das crianças com desenvolvimento típico ($p<0,001$).

Observamos que no IRDI 28, crianças autistas apresentam uma chance de *nunca* $OR=6,7$ ($p=0,022$) e *raramente* $OR=28,4$ ($p<0,001$) gostar de brincar com objetos usados pelos pais comparadas à categoria *sempre*. Para o IRDI 29 (a mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos), houve associação estatisticamente significativa, porém entre as categorias *muitas vezes* e *sempre*, segundo grupo de crianças ($p=0,016$). No IRDI 31 destacamos que crianças autistas apresentam uma chance de *nunca* ($OR=12,8$; $p=0,003$) e *raramente* ($OR=117,3$; $p<0,001$) diferenciarem objetos maternos, paternos e próprios em relação a *sempre*.

Tabela 7: Número e percentual de crianças segundo grupo e indicadores de 25 a 31

Variável*	Categoria	Grupo				p (X²)	OR**	IC _{95%}	p
		Caso		Controle					
		n	(%)	n	(%)				
25. A mãe oferecia brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno	nunca	5	(16,7)	9	(12,0)	0,122	5,0	0,9 – 25,2	0,051
	raramente	3	(10,0)	4	(5,3)		6,8	0,9 – 45,8	0,051
	às vezes	7	(23,3)	13	(17,3)		4,8	1,1 – 21,8	0,040
	muitas vezes	12	(40,0)	22	(29,3)		4,9	1,2 – 19,6	0,024
	sempre	3	(10,0)	27	(36,0)				
26. A mãe já não se sentia mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pedia	nunca	10	(28,6)	5	(6,8)	0,008	4,8	1,2 – 18,4	0,024
	raramente	7	(20,0)	8	(10,8)		2,1	0,6 – 7,7	0,273
	às vezes	7	(20,0)	26	(35,1)		0,6	0,2 – 2,1	0,455
	muitas vezes	3	(8,6)	16	(21,6)		0,5	0,1 – 2,0	0,285
	sempre	8	(22,9)	19	(25,7)		1.0		
27. A criança olhava com curiosidade para o que interessa à mãe	nunca	5	(14,7)	0	(0,0)	<0,001	--	--	--
	raramente	9	(26,5)	2	(2,9)		48,0	6,9 – 332,7	<0,001
	às vezes	10	(29,4)	12	(17,1)		8,9	2,1 – 37,9	0,003
	muitas vezes	7	(20,6)	24	(34,3)		3,1	0,7 – 13,3	0,126
	sempre	3	(8,8)	32	(45,7)		1.0		
28. A criança gostava de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	nunca	5	(14,3)	8	(11,0)	0,001	6,7	1,3 – 33,9	0,022
	raramente	8	(22,9)	3	(4,1)		28,4	4,8 – 168,3	<0,001
	às vezes	9	(25,7)	11	(15,1)		8,7	2,0 – 38,2	0,004
	muitas vezes	10	(28,6)	19	(26,0)		5,6	1,4 – 23,0	0,016
	sempre	3	(8,6)	32	(43,8)		1.0		
	nunca	1	(2,9)	3	(3,9)	0,034	0,9	0,1 – 9,7	0,951

29. A mãe começava a pedir à criança que nomeasse o que deseja, não se contentando apenas com gestos	raramente	2	(5,7)	5	(6,6)		1,1	0,2 – 6,4	0,904
	às vezes	2	(5,7)	15	(19,7)		0,4	0,1 – 1,8	0,224
	muitas vezes	16	(45,7)	14	(18,4)		3,4	1,2 – 8,2	0,016
	sempre	14	(40,0)	39	(51,3)		1.0		
30. Os pais colocavam pequenas regras de comportamento para a criança	nunca	2	(5,6)	4	(5,3)	0,217	1,8	0,3 – 10,5	0,563
	raramente	1	(2,8)	3	(3,9)		1,1	0,1 – 12,0	0,914
	às vezes	5	(13,9)	10	(13,2)		1,7	0,5 – 6,0	0,402
	muitas vezes	16	(44,4)	18	(23,7)		3,0	1,2 – 7,7	0,019
	sempre	12	(33,3)	41	(53,9)		1.0		
31. A criança diferenciava objetos maternos, paternos e próprios	nunca	6	(17,6)	5	(6,9)	<0,001	12,8	2,4 – 68,4	0,003
	raramente	11	(32,4)	1	(1,4)		117,3	11,0 – 1248,4	<0,001
	às vezes	9	(26,5)	12	(16,7)		8,0	1,8 – 34,6	0,005
	muitas vezes	5	(14,7)	22	(30,6)		2,4	0,5 – 11,2	0,257
	sempre	3	(8,8)	32	(44,4)		1.0		
Total		36	(100)	76	(100)				

* há casos ignorados para ambos os grupos = questões respondidas como “não lembro” pelo informante;

**utilizamos o grupo controle como categoria de referência

Ao se analisar a Tabela 8, evidenciamos que o grupo de crianças autistas apresentou, para todos os eixos, valores médios e medianos inferiores ao grupo de crianças com desenvolvimento típico ($p < 0,001$).

Tabela 8: Análise comparativa entre os grupos de crianças a partir dos eixos do IRDI

Eixos	Grupo								p
	Caso				Controle *				
	n	$\bar{X}$ (dp)	mediana	mín – máx	n	$\bar{X}$ (dp)	mediana	mín – máx	
SS	29	19,7 (4,7)	20	11 – 29	66	26,5 (3,8)	27	16 – 32	<0,001
ED	20	43,1 (12,1)	43,5	24 – 71	51	61,4 (7,9)	63	43 – 76	<0,001
PA	28	20,8 (5,9)	20	10 – 31	62	26,8 (3,0)	27	17 – 32	<0,001
FP	26	24,3 (5,7)	24,5	15 – 41	61	32,2 (5,2)	32	21 – 44	<0,001

*t-Student

Na análise por eixos (Tabela 9), verificamos que há diferença estatisticamente significativa entre as crianças com autismo e as com desenvolvimento típico. Crianças autistas apresentam uma probabilidade maior de estarem no primeiro tercil do eixo SS quando comparadas a crianças com desenvolvimento típico (79,3% versus 15,2%, $p < 0,001$). Ao se avaliar a *odds ratio*, há uma chance de $OR=23$ ($p < 0,001$) de crianças autistas estarem nesse tercil em relação ao tercil de 28 a 32, isto é, uma criança que

apresenta uma baixa pontuação, entre 12 e 23 pontos, aumenta a chance de apresentar indícios de autismo quando comparadas às crianças que pontuaram no tercil de referência.

Para os eixos ED, PA e FP, verificamos que crianças autistas apresentam probabilidade menor de estarem no último tercil em comparação a crianças com desenvolvimento típico. Na análise de regressão logística univariada para o eixo ED, observamos uma $OR=25,5$ ($p<0,001$). Também identificamos a mesma relação para o eixo PA, no qual pontuar entre 10 e 23 pontos mostra-se fator positivo para o autismo ($OR=13,3$; $<0,0001$).

Quanto ao eixo FP, observamos que a chance de crianças autistas estarem no primeiro tercil (15 a 26) é de $OR=24,8$ ($p<0,001$) em relação ao tercil entre 34 a 44. Observamos que a pontuação entre 15 e 26 pontos (primeiro tercil) é fator de chance para o autismo, ao se comparar ao tercil de maior pontuação.

Tabela 9: Número e percentual de crianças segundo grupo e eixos em tercís, e análise de regressão logística univariada

Eixos	Categorias	Grupo		p (X^2)	OR*	IC _{95%}	p
		Caso n (%)	Controle n (%)				
SS	12 a 23 pontos	23 (79,3)	10 (15,2)	$<0,001$	23,0	5,7 – 93,3	$<0,001$
	24 a 27 pontos	3 (10,3)	27 (39,4)		1,2	0,2 – 2,6	0,868
	28 a 32 pontos	3 (10,3)	30 (45,4)		1,0		
		29 (100)	66 (100)				
ED	24 a 53 pontos	17 (85,0)	7 (13,7)	$<0,001$	25,5	4,7 – 139,1	$<0,001$
	54 a 63 pontos	1 (5,0)	23 (45,1)		0,5	0,0 – 5,4	0,534
	64 a 76 pontos	2 (10,0)	21 (41,2)		1,0		
		28 (100)	62 (100)				
PA	10 a 23 pontos	19 (67,9)	10 (16,1)	$<0,001$	13,3	3,6 – 48,7	$<0,001$
	24 a 27 pontos	5 (17,9)	23 (37,1)		1,5	0,4 – 6,1	0,603
	28 a 32 pontos	4 (14,3)	29 (46,8)		1,0		
		28 (100)	62 (100)				
FP	15 a 26 pontos	21 (80,8)	11 (18,0)	$<0,001$	24,8	5,0 – 124,5	$<0,001$
	27 a 33 pontos	3 (11,5)	24 (39,3)		1,6	0,3 – 10,6	0,611
	34 a 44 pontos	2 (7,7)	26 (42,6)				
		26 (100)	61 (100)				

* Utilizamos o grupo controle como categoria de referência

4 DISCUSSÃO

4.1 Discussão a partir dos indicadores do IRDI

A pesquisa inicial do IRDI não verificou o potencial do protocolo para detectar sinais de autismo, pois este visa ser um instrumento inespecífico para diagnóstico. Apesar disso, mesmo a pesquisa multicêntrica e, posteriormente, Lerner (2011) destacam indicadores capazes de prever risco psíquico. Campana (2013) investigou se bebês que estejam se desenvolvendo em percurso autístico serão considerados pelo IRDI como com problemas de desenvolvimento. Os resultados encontrados sugeriram que o IRDI tem a capacidade de detectar como estando em risco para o desenvolvimento os bebês que apresentem sinais iniciais de autismo.

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que muitos dos indicadores cujas respostas tiveram significância estatística contemplam importantes sinais associados ao autismo na literatura tais como: troca de olhar, atenção compartilhada e interação social.

No IRDI 2 (a mãe falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela – “manhês”), na categoria *sempre* verificamos uma probabilidade menor entre crianças autistas quando comparadas às crianças de desenvolvimento típico (28,6% *versus* 61,8%; $p=0,017$).

Apesar de não ter trabalhado especificamente sobre manhês, Winnicott (1960/1983) já destacava a relevância da linguagem materna no desenvolvimento psíquico do bebê. Afirma que não é exatamente o que a mãe diz, mas a maneira como ela diz que faz significativa diferença.

Pesaro (2010) relaciona esse indicador com o circuito do prazer e do desejo. Afirma que tal indicador explicita o que a psicanálise considera como humanizador da criança.

Laznik et al. (2006) definem o manhês e o paiês como modificações da voz e da prosódia por meio de formas melódicas doces, longas e com grandes extensões. Aponta a presença de cortes essenciais claros entre dois fragmentos sonoros. A

prosódia do manhês e do paiês é, portanto, a música da fala, com tudo que nela se pode incluir como entonações, modulações, silêncios e ritmos.

No IRDI 3 (a criança reagia ao manhês) verificamos que crianças autistas têm maior probabilidade de reagir ao manhês para as categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes* em relação à categoria *sempre*, respectivamente, $OR=22,2$ ($p=0,008$), $OR=9,7$ ($p=0,002$) e $R=4,9$ ($p=0,008$).

Malloch e Trevarthen (2002) e Schlöger e Trevarthen (2007) descrevem que muito antes de se estabelecer uma fala, o bebê já estabelece uma protoconversa com seu cuidador.

Laznik (2004), considerando indiferente a proveniência de tal lalação, seja da mãe ou de outro cuidador, propõe que o manhês seja chamado de parentês. Define o manhês como uma maneira peculiar com que nós falamos aos bebês, com características próprias como frases curtas, palavras morfologicamente simples, prosódia marcada por um tom de voz agudo, entonação exagerada.

Alguns estudos apontam que os bebês são mais responsivos às falas maternas quando estas se apresentam em manhês (GLENN; CUNNINGHAM, 1983; FERNALD, 1985; WERKER; MCLEOD, 1989; PEGG et al., 1992). Comparado com o discurso dirigido ao adulto, o manhês diferencia-se por ser uma prosódia particular com sons mais claros e distintos entre si, o que favorece a apreensão da atenção do bebê (KUHL et al., 2005; BURNHAM; KITAMURA; VOLLMER-CONNA, 2002).

Além disso, as reações do bebê influenciam a maneira como a mãe produzirá o manhês (BURNHAM; KITAMURA; VOLLMER-CONNA, 2002). Assim, pode-se concluir que o manhês está também diretamente influenciado pela resposta do bebê, o que sugere que já há um envolvimento por parte do bebê desde as interações mais precoces (BRAARUD; STORMARK, 2008).

Mahdhaoui et al. (2010) enfatizam que a resposta escassa do bebê no decorrer do tempo tem consequência nos pais, inclusive no que se refere ao manhês.

Laznik et al. (2005), em estudo exploratório com filmes caseiros de bebês que posteriormente seriam diagnosticados com autismo, observaram que esses bebês reagem quando o pai interage em manhês, demonstrando atenção social focal, como expressão facial, habilidades interativas e protoconversações. Embora autistas consigam apreender alguns aspectos da voz humana (GROEN et al., 2008), outros estudos comprovam que não há ativação cortical específica em resposta a essas

vozes (ZILBOVICIUS et al., 2006). Lerner (2011) também não encontrou diferenças significativas no que tange à resposta ao manhês entre crianças com desenvolvimento típico e autistas até os 12 meses de idade.

Kuhl et al. (2005) afirma que crianças autistas, entre 32 e 52 meses de idade, demonstram expressiva preferência em ouvir sinais eletrônicos analógicos de manhês do que o próprio manhês emitido em voz humana.

No IRDI 5 (havia trocas de olhares entre a criança e a mãe) também encontramos significância estatística, as crianças autistas demonstram uma menor probabilidade de troca quando comparadas a crianças com desenvolvimento típico (14,3% *versus* 1,3% - OR=19,4; p=0,009).

Há uma ampla literatura que é consensual em apontar que, em crianças autistas, o desinteresse por estímulos sociais é caracterizado pela redução da frequência de trocas de olhar. Tais crianças apresentam preferência por estímulos não sociais, manifestadas pelo direcionamento do olhar preferencialmente para objetos em vez de pessoas, juntamente com o desinteresse em compartilhar atenção (MAESTRO et al., 2005; TOTH et al., 2006; CLIFFORD; DISSANAYAKE, 2008; WARD; GILMORE, 2010).

Clifford e Dissanayake (2008) sugerem que a troca de olhares e todo o sistema neurológico e psicológico na criança são condição para a construção da capacidade de seguir o olhar de outrem.

Lerner (2011) tem como hipótese que a troca de olhares com um adulto, acompanhada de interação rítmica vocal e corporal afetivamente significativa descrita na literatura (AITKEN; TREVARTHEN, 1997; TREVARTHEN; AITKEN, 2003; GRATIER; TREVARTHEN, 2007) proporcionam ao bebê três experiências simultâneas: 1. em decorrência de seu desenvolvimento, o bebê se sente capaz de atrair ativamente a atenção do adulto; 2. o bebê observa que o adulto olha ostensivamente para o objeto foco de sua atenção (no caso, o bebê); 3. como o adulto, o bebê olha ostensivamente para o objeto foco de sua atenção (no caso, o adulto). De acordo com o autor, estão apresentadas, assim, algumas das condições para que o bebê consiga interpretar que quando um adulto se endereça para alguma direção, mira um alvo tão interessante quanto ele próprio, bebê, se sente quando olhado. Em decorrência da interpretação de que o alvo é tão interessante, o bebê olha para ele. A função do desenvolvimento (atenção compartilhada) e o ganho cognitivo, como

descritos anteriormente, podem ser vinculados à constituição subjetiva do bebê. “A interação do bebê com seus pais aciona operações psíquicas que levam à sofisticação de sua relação com os outros e de seu aparelho psíquico, deflagrando as funções simbólicas requeridas” (Lerner, p. 59).

De acordo com Hoehl et al. (2009), a capacidade de troca de olhar está a serviço de selecionar e processar, desde o nascimento, dentre os diversos estímulos a que o bebê está exposto, aqueles relacionados à socialização. Isso gera um ganho qualitativo do bebê para o que se refere a cognição social em comparação com outras áreas do desenvolvimento. Esse mecanismo teria como função adaptativa reduzir a necessidade de esforço e assim consequentemente aumentaria o rendimento cognitivo ligado aos aspectos da socialização. Um aspecto que permite aos bebês, além de aprender com os outros, conseguir também estabelecer ricas trocas afetivas em significação é justamente o direcionamento da atenção para estímulos socialmente importantes.

Lerner (2011, p. 57) considera que

diante da dificuldade de estabelecer a troca de olhares e a afetividade como funções originárias da seleção e processamento simbólico preferencial de estímulos sociais, a cognição da criança autista não sofre a pressão que, na ausência de tal condição, leva o eixo social a prevalecer aos demais. Isso pode contribuir com a explicação da razão pela qual tais crianças com frequência apresentam habilidades motoras ou mnemônicas atipicamente desenvolvidas e dissociadas da função interativa.

Lerner (2011) aplicou o IRDI a vídeos familiares de crianças mais tarde diagnosticadas com autismo com o objetivo de estudar a capacidade discriminativa dos IRDIs entre autismo, retardo mental e desenvolvimento típico. Lerner encontrou associação estatisticamente significativa entre a troca de olhares entre a criança e a mãe, IRDI 5. Em sua pesquisa, o autor encontra, na faixa etária dos 0 aos 6 meses, a chance média de não haver trocas de olhares entre a mãe e a criança no grupo autista 1,99 vezes maior em relação aos bebês do grupo de crianças com desenvolvimento típico. Nas faixas seguintes, de 6 a 12 meses e 12 a 18 meses, as chances são de, respectivamente, 2,78 e 3,13.

No IRDI, há vários indicadores que dizem respeito a interação entre mãe e bebê e, em muitos destes, encontramos significância estatística.

Winnicott (1945/2000) ressalta a importância da mãe no início da vida do bebê. Coloca como função desta proteger o bebê daquilo que ele ainda não pode compreender, dando a ele gradualmente pedacinhos do mundo, através dos quais poderá, por meio da mãe, conhecer.

O autor acrescenta a ideia de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, em contradição ao ambiente suficientemente bom, em que o bebê encontra possibilidade de alcançar as questões pertinentes a cada etapa.

No IRDI 6 (a criança começava a diferenciar o dia da noite), verificamos que crianças autistas têm uma menor probabilidade de efetuar tal diferenciação em comparação a crianças de desenvolvimento típico ($p < 0,001$; OR=11,3 para a categoria *nunca* e OR=14,2, para a categoria *raramente*, em relação a categoria *sempre*).

De acordo com Pesaro (2010), a capacidade de dormir está relacionada com a capacidade de se separar do Outro na relação. Então, o bebê só conseguirá dormir quando a representação da presença na ausência estiver suficientemente elaborada.

Segundo Winnicott (1945/2000, p. 226), a integração entre a criança que dorme e a criança acordada acontecerá gradualmente e no decorrer do tempo. Nas palavras do autor,

Quando os sonhos são recordados e mesmo revelados a outra pessoa, a dissociação é em certa medida desfeita. Mas há pessoas que jamais se lembram claramente de seus sonhos, e as crianças dependem muito dos adultos para tomarem conhecimento de seus sonhos angustiantes e aterrorizantes. Nesses momentos elas precisam que alguém as ajude a lembrar o que sonharam. Quando um sonho é não apenas sonhado mas também lembrado, ocorre uma experiência de grande valor exatamente pelo fato de que assim a dissociação perde mais um pedaço. Por mais complexa que seja feita a dissociação numa criança ou num adulto, permanece o fato de que ela pode originar-se na alternância natural entre os estados de sono e vigília, iniciados no nascimento.

No IRDI 7 (a criança usava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades), observamos que crianças autistas mostram uma proporção maior de *nunca* e *raramente* em relação às crianças de desenvolvimento típico ($p = 0,002$). Na análise de regressão logística univariada, estar na categoria *nunca* e *raramente* mostraram-se como chance, respectivamente, OR=27,0 ($p = 0,005$) e OR=9,0 ($p = 0,024$) para o autismo comparada a categoria *sempre*.

Os cuidados maternos, referentes à sobrevivência do bebê, são os responsáveis pelo enlaçamento do orgânico com o psíquico. Isso tendo em vista que em cada cuidado materno está presente também um ato psíquico que, conseqüentemente, serve para formar as percepções, sensações e, posteriormente, os sentimentos do bebê. Os cuidados maternos modelam a expressão das pulsões da criança (BOUKOBZA, 2002).

Adquirir a capacidade de utilizar sinais diferentes para expressar o que sente, seja prazer ou desprazer, aponta para uma evolução ao mundo do grito. Afinal, este se transformou em demanda e não é mais apenas uma descarga relacionada à necessidade, é algo no sentido de imbricar-se na satisfação pulsional visando a comunicação com o outro (CRESPIN, 2004).

Segundo Cabrejo-Parra (2010), quando o bebê é capaz de apontar, isso demonstra que a linguagem está instalada, afinal, há a capacidade de condensar os atos do pensamento. Isso é estritamente primordial na aquisição das primeiras palavras, é quando a criança poderá captar a designação sonora que o adulto profere ao dizer o que ela lhe mostrou.

Podemos também pensar nesse indicador como o surgimento do sujeito. Quando os pais podem reconhecer no bebê preferências diferentes das suas, inaugura-se um outro diferente de si.

No IRDI 10 (a criança reagia, sorria, vocalizava, quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela), encontramos significância estatística. Na categoria *sempre*, as crianças autistas apresentam maior probabilidade de reação (77,6% *versus* 22,2%).

Lerner (2011) encontrou essa equivalência na faixa dos 6 a 12 meses, a chance desses bebês autistas não reagirem é de 2,88 vezes comparado aos bebês com desenvolvimento típico. O autor (p. 68) coloca que:

[...] há no autismo uma dificuldade no processo de simbolização implicado na constituição subjetiva da pessoa acometida. Esta simbolização está associada à constituição dos parâmetros de percepção, reconhecimento e compreensão das emoções envolvidas nas interações, tendo impacto na motivação para que tais interações ocorram. O acontecimento do processo de simbolização presente no autismo acaba por estender-se à motivação de as pessoas acometidas interagirem com os outros.

Foster (1999) afirmam que mesmo em crianças com desenvolvimento típico, quando a relação mãe-filho não pode decorrer adequadamente, por exemplo, por perturbações emocionais da mãe, há uma fratura da função materna. Também pode ocorrer a desconexão quando o bebê perde a mãe, seja por quaisquer motivos, como doença, morte, abandono, institucionalização prolongada, ausência da mãe ou quando é atendida por várias figuras maternas sem poder criar vínculo com nenhuma ou quando não pode estabelecer vínculo especial com a mãe ou figura substituta. Acrescentam que por a criança apresentar transtornos neurológicos, congênitos ou adquiridos, severos ou mínimos, com ou sem retardo maturativo, com ou sem convulsões, com ou sem transtornos sensoriais, esta não é capaz de responder as estimulações maternas, havendo assim uma desconexão. Diante disso, a mãe reage, seja de forma consciente ou inconsciente. Os autores afirmam que “a conduta autista gera atitudes autistas; em sua volta, bem como na família” (1980, p. 252).

Em consonância com os preceitos do IRDI, Foster (1999, p. 253) apontam que a atitude da mãe influencia a atitude do filho e vice-versa.

A qualidade tônica da criança, isto é, se é hipo ou hipertônica, ou de tônus normal, não apenas determina como é vista e sentida, mas como sente a si mesma. Também como assimila os dados que seu aparelho proprioceptivo lhe proporciona para a valorização da imagem de seu corpo e do mundo. A percepção está regida por uma atitude e muda quando esta muda.

De acordo com Alvarez (1994), para que haja um desenvolvimento emocional e cognitivo satisfatório, o bebê precisa experienciar e interagir com um humano consistente. Aponta que o maior problema técnico enfrentado pelo terapeuta é como encontrar maneiras possíveis de conseguir proporcionar essa experiência para crianças que têm dificuldade justamente de assimilar tal experiência em geral e apresenta conjuntamente uma dificuldade pontual para assimilar a experiência de um objeto humano vivo. A autora sugere que tal extensão pode ser considerada a partir de como a experiência é vivida ou percebida: noções como disponibilidade do objeto, sua acessibilidade, *agarrabilidade*, proximidade, além de sua possibilidade de ser seguido perceptualmente. Acrescenta que:

O terapeuta de uma criança autista que desenvolveu rituais parece defrontar-se com dois problemas técnicos maiores: o de ajudar a criança a desistir de seus rituais e o de ajudá-la a descobrir que a vida pode valer

a pena sem eles. Evidentemente, a situação na verdade é muito mais complexa, porque na medida em que a criança se torna mais viva, os próprios rituais podem ser usados de maneiras bastante vívidas. Assim, o problema se torna mais o de ajudá-la a aprender a preferir a interação com um objeto vivo em vez de com um objeto morto totalmente controlável (1994, p. 222).

Nessa mesma direção, Lerner (2011) trabalha com a hipótese de que há uma associação entre a deficiência ou ausência de representações motivacionais e a dificuldade de crianças autistas simbolizarem os estímulos que fazem parte das interações com as pessoas. Esse sentido das motivações que a criança atribui ao outro e a si tem que ser consequência de uma ação mental que o permita ir além de um simples registro sensorial. É essa referida simbolização que poderia possibilitar a discriminação e posteriormente a construção de uma reciprocidade entre os elementos semiológicos interpretados como correlacionados. Assim, a desistência do indivíduo autista ocorre em decorrência da não interpretação simbólica tanto da própria experiência como da do outro, o que encontra associação com as dificuldades intersubjetivas e de organização narrativa do pensamento. Em decorrência disso, as falhas na construção do aparelho psíquico se estenderão à sua capacidade de recorrer a símbolos para metabolizar as experiências vividas.

O autor tem como hipótese que há no autismo uma dificuldade no processo de simbolização, que está associada à formação de parâmetros de percepção, reconhecimento e compreensão das emoções relacionadas nas interações. Consequentemente, esse déficit na simbolização que ocorre no autismo reflete na motivação para interação com os outros.

No IRDI 11 (a criança procurava ativamente o olhar da mãe), destacamos que crianças autistas *raramente* ou *às vezes* procuravam ativamente o olhar da mãe, enquanto que crianças de desenvolvimento típico, *muitas vezes* ou *sempre* o faziam ($p < 0,001$).

Muratori e Maestro (2007) correlacionam o comportamento da atenção compartilhada e o autismo. Avaliam que a atenção compartilhada (olhar fixo, olhar para o que apontam, mostrar e apontar) no desenvolvimento de bebês típicos surge no segundo semestre de vida. Caso isso não ocorra até os 18 meses pode-se considerar como um sinal inicial de risco para o autismo.

O IRDI 15 (durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe) também apresenta significância estatística. As

crianças com desenvolvimento típico apresentam maior chance de estar na categoria *sempre* do que crianças autistas (68,1% *versus* 20%).

Nesse indicador podemos pensar no terceiro tempo do circuito pulsional. Laznik (2004) coloca que a constituição subjetiva se dá em três tempos, sendo o primeiro tempo, o tempo ativo, em o bebê procura o objeto externo (oral) para se apossar dele. O segundo tempo, reflexivo e autoerótico, é aquele em que a criança toma o objeto como uma parte do próprio corpo, como ao chupar o dedo ou a mão. Já no terceiro tempo, a criança se oferece como objeto de um outro sujeito, como, por exemplo quando o bebê estende seu pé em direção à boca de sua mãe e ambos experienciam um prazer compartilhado nesse jogo.

Segundo a autora, a criança autista não chega ao terceiro tempo do circuito pulsional.

No IRDI 16 (a criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa), pela análise de regressão logística univariada, somente as categorias *raramente* e *às vezes* foram estatisticamente significativas, isto é, ao estar numa dessas categorias há uma chance de, respectivamente, $OR=16,4$ ($p=0,017$) e $OR=7,0$ ($p=0,001$) de crianças apresentarem autismo comparada à categoria *sempre*.

Essa é outra compatibilidade encontrada na pesquisa de Lerner (2011), que encontra a chance média de um bebê autista demonstrar gostar ou não de algo 1,82 vezes maior em relação aos bebês com desenvolvimento típico.

De Jong, Van Engeland e Kemmer (2008) associaram a dificuldade no processamento de emoções de autistas a dificuldades de conseguirem trocar e acompanharem o olhar de outros indivíduos.

Lerner (2011) associa os dados com significância estatística do IRDI 5 (referente a troca de olhar) observados desde o primeiro semestre que, agravados no decorrer do segundo semestre, relaciona-se, por meio do processamento de emoções, com a dificuldade apresentada no IRDI 16 (demonstrar que gosta ou não de alguma coisa) e com a possibilidade de se saber o que sente por sua expressão facial. Levanta a hipótese de que tais comprometimentos podem decorrer da dificuldade de autistas “utilizarem áreas cerebrais que organizam sua experiência afetiva de maneira a ser expressa a outrem, como um sistema sofisticado de interpretação e compartilhamento de significados construídas a partir de capacidades pelo menos incipientemente simbólicas” (2011, p. 70).

O autor conclui que o processo que permite ao indivíduo construir a compreensão das emoções de outras pessoas parece estar intimamente ligado ao processo de experimentação e construção da compreensão das próprias emoções no decorrer de todo o desenvolvimento.

Pode-se supor que os comprometimentos neurológicos envolvidos no processamento, compreensão e expressão das emoções que ocorrem no autismo ao longo do segundo semestre de vida decorrem simultaneamente de uma tendência neurológica presente desde antes e das falhas na instalação do aparelho psíquico que, em situações favoráveis, poderia engajar as áreas neurológicas envolvidas na sofisticação simbólica da experiência emocional do bebê (2011, p. 72).

No IRDI 17 (mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular), as crianças autistas têm maior chance de estar na categoria *nunca* quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico (25,7% *versus* 2,7%).

Nesse indicador há uma preocupação com a relação que se estabelece com o outro. Além disso, verifica se há uma linguagem particular entre mãe e bebê que só faz sentido entre os envolvidos.

Mahdhaoui et al. (2010) afirmam que as deficiências dos autistas em linguagem, cognição e desenvolvimento social podem ocorrer em decorrência das dificuldades primárias em compreender sinais emocionais, gestos motores e comunicações dirigidas aos outros. Complementam que a aprendizagem depende da convivência social entre as pessoas e os sinais produzidos nessa interação. Sendo assim, as crianças autistas, que não adquirem tais características, poderão apresentar um déficit na aquisição da linguagem. Em consequência disso, também respondem escassamente aos pais, que com o decorrer do tempo sentirão esse retraimento e tenderão a estimular menos esses filhos, o que complicará ainda mais a interação social e a aquisição de linguagem.

No IRDI 20 (a criança fazia gracinhas), encontramos uma proporção menor de crianças autistas com esse comportamento para a categoria de respostas *sempre* em relação às crianças de desenvolvimento típico (11,4% *versus* 61,6%; $p=0,001$). Diante desse dado, podemos pensar que as crianças de desenvolvimento típico conseguiram avançar além de solicitar o objeto para suas necessidades, como ocorria inicialmente, para solicitar o outro como maneira de obter prazer, enquanto crianças autistas têm menor chance de alcançar tal movimento de como chamar a atenção do outro.

No IRDI 23 (a mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses), há uma chance maior e gradual de mães de crianças autistas estarem nas categorias *nunca*, *raramente* e *às vezes* comparadas à categoria *sempre*, respectivamente, OR=14,0 (p=0,042), OR=10,5 (p=0,003), OR=5,3 (p=0,008).

Nesse indicador, pensamos no conceito de “mãe suficientemente boa” dada por Winnicott (1956/2000), no qual o autor define uma mãe que não é ausente, nem tampouco excessiva, ou seja, não está num polo em que não há investimento na criança como objeto do seu desejo e nem no outro extremo em que seu único objeto é a própria criança. A “mãe suficientemente boa” apresenta gradualmente o mundo à criança.

Esse indicador incide sobre a questão de outros interesses maternos além da criança, o que direciona para a separação, uma importante parte da constituição psíquica da criança. É necessário que o desejo materno seja interditado para que o bebê não fique aprisionado como objeto da mãe. Se o bebê continuar sendo o objeto que completa integralmente a mãe, não haverá espaço para que a interrogação pelo desejo seja formulada. É a função paterna que interdita o desejo materno e assim possibilita a existência de outros lugares para o bebê.

A partir dos dados encontrados, também podemos inferir que as mães de autistas tendem a não se separar em decorrência do sofrimento de tentar se conectar com seus bebês que, por trilharem percurso autístico, não se conectam ou o fazem menos do que o esperado.

Lerner (2011) afirma que no decorrer do primeiro ano de vida de bebês autistas já eram perceptíveis alguns sinais de tendência para esse referido quadro. Entretanto, nesse mesmo período, não foram percebidos efeitos desses sinais nos pais dessas crianças. Verifica que somente depois do segundo semestre de vida desse bebê é que os pais começam a sofrer os efeitos de tal condição do filho. É a partir desse período também que se nota que a capacidade de respostas desses bebês mostra-se afetada por sua condição.

Chawarska e Volkmar (2005) realizaram um estudo sobre os sintomas precoces do autismo. Verificaram que de 30 a 54% dos pais de autistas tiveram as primeiras preocupações com os comportamentos dos filhos antes dos 12 meses e de 80 a 90% deles reconheciam as anormalidades aos 24 meses. Dentre esses comportamentos que já alertavam os pais estão: déficit de habilidades sociais, tais

como reconhecimento e demonstração de afetos por pessoas conhecidas, e interesse e interação com outras crianças; pouca atenção visual a pessoas; dificuldades de regulação da excitação.

Em outro estudo, Chawarska et al. (2007) investigaram, por meio do relato dos pais, a idade em que surgiram os primeiros sinais de autismo nos bebês. Enumeram três grupos de acordo com a idade em que surgiram os primeiros sinais de autismo: entre 0 e 10 meses de idade, entre 11 e 17 meses e depois dos 18 meses.

Outros estudos voltados para a identificação dos primeiros sinais indicativos de autismo são análises retrospectivas de vídeos caseiros familiares de crianças que mais tarde foram diagnosticadas com autismo (ADRIEN et al., 1993; OSTERLING DAWSON; MUNSON, 2002).

Werner e Dawson (2005) realizaram uma pesquisa em que comparam vídeos caseiros de bebês dos 12 aos 24 meses, tanto com desenvolvimento típico quanto os diagnosticados posteriormente com autismo. O objetivo era validar os relatos dos pais sobre as queixas dos comportamentos dos filhos desde tenra idade. Os examinadores, que eram cegos para o diagnóstico, entrevistaram os pais questionando-os sobre suas lembranças de sinais iniciais de autismo nos filhos desde o nascimento. Verificaram que os bebês posteriormente diagnosticadas com autismo que tiveram regressão autística aos 12 meses apresentaram atenção compartilhada similar e maior frequência no uso de palavras e balbucios comparadas aos bebês com desenvolvimento típico. Nessa mesma idade os bebês posteriormente diagnosticados com autismo que apresentavam sinais desde o início, mas não apresentaram regressão autística apresentavam menos atenção compartilhada e comportamentos comunicativos. Já aos 24 meses as diferenças se acentuaram: os bebês posteriormente diagnosticados com autismo apresentaram menor uso de palavras, vocalizações, apontar, trocas de olhar e respostas ao nome quando comparados aos bebês com desenvolvimento típico. Os relatos dos pais sugerem que algumas crianças com regressão apresentaram problemas em comportamentos de autorregulação antes mesmo de ocorrer a regressão.

Goldberg et al. (2008) também realizaram estudos a partir de vídeos caseiros de crianças com desenvolvimento típico e crianças diagnosticadas posteriormente com autismo. O objetivo era avaliar a pertinência entre o relato dos pais sobre o desenvolvimento da linguagem e de comportamentos não linguísticos. Os

examinadores realizaram uma avaliação das perdas em cada criança e isso foi posteriormente comparado com o relato dos pais. Os resultados encontrados indicam pertinência significativa entre o verificado pelos examinadores e o relato dos pais no quesito atraso e perda expressiva da linguagem, em contrapartida, há pouca concordância no que tange a perda de comportamentos não linguísticos.

Clifford e Dissanayake (2008) utilizaram vídeos caseiros e entrevistas com pais para avaliar o desenvolvimento inicial através da atenção compartilhada, da troca de olhar e do afeto durante os dois primeiros anos de vida. Nos relatos dos pais surgem queixas de que já percebiam nos primeiros seis meses de vida desses bebês que haviam anomalias no olhar e no afeto, o que se agravava aos 24 meses. Os autores puderam constatar tais anomalias nos vídeos caseiros.

No IRDI 24 (a criança suportava bem as breves ausências da mãe e reagia às ausências prolongadas), observamos que em crianças autistas, a categoria *nunca* apresentou maior probabilidade quando comparadas às crianças de desenvolvimento típico, respectivamente, 20,0% *versus* 1,3% ($p=0,008$).

Ao nos aprofundarmos nesse indicador podemos pensar na questão da integração da personalidade da criança, momento em que a criança já tem condições de perceber que objetos parciais pertencem a uma pessoa inteira.

Na teoria de Winnicott (1965/2005), quando o bebê passa a reconhecer o cuidador como um objeto inteiro, emerge, ao mesmo tempo, o sentido de dependência e, assim, a necessidade de independência. Esse momento do desenvolvimento é carregado de ansiedades específicas. Quando há a construção do *self*, o indivíduo adquire a capacidade de incorporar e remeter lembranças dos cuidados ambientais. Com isso, conclui-se que a integração implica em um estado que gradualmente aumenta a confiança e diminui a dependência, e, assim, a mãe começa a existir simbolicamente para ao bebê. Nesse sentido, Winnicott (1988) afirma que há uma tendência biológica que direciona o indivíduo à integração, mas isso não é suficiente para explicar todo esse processo de desenvolvimento humano.

No IRDI 26 (a mãe já não se sentia mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pedia), a categoria *nunca* apresenta uma proporção de 28,6% para crianças autistas em comparação a crianças com desenvolvimento típico (6,8%; $p=0,008$).

Segundo Pesaro (2010), o fato de a mãe não mais se sentir obrigada a satisfazer tudo que a criança pede evidencia que a incondicionalidade de seu amor é

questionada e, assim, está submetida a uma exterioridade que pauta sua relação com a criança. A autora afirma que esse indicador poderia ser “traduzido” para: “a mãe percebe que a criança já faz manha”.

No IRDI 28 (a criança gostava de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai), crianças autistas apresentam maior chance de aparecer nas categorias *nunca* (OR=6,7; $p=0,022$) e *raramente* (OR=28,4; $p<0,001$) comparadas à categoria *sempre*.

Para Pesaro (2010), nesse indicador a criança se identifica em alguns momentos com o que vem da mãe, feminino, e em outros com o que vem do pai, masculino. Coloca que esse movimento identificatório se torna possível a partir do momento em que a criança já observou que o pai, enquanto função paterna, representa um obstáculo a sua relação junto a mãe.

Para pensarmos na dificuldade apresentada por crianças autistas nesse indicador, podemos recorrer a Tustin (1990) quando diz sobre “formas autistas de sensação”, quando não se trata de um objeto, no sentido material, mas sim de comportamentos que parecem exercer a mesma função que o manuseio de objetos. Considerado sob o ponto de vista metapsicológico, o objeto autista pode parecer um objeto de apego da criança, mas não podemos compará-lo ao objeto transicional, descrito por Winnicott. O objeto autista não é insubstituível e não o é justamente por não aludir a uma representação, ou seja, por não estar relacionado a uma fantasia ou a uma ideia. A autora sugere que esses objetos podem estar ligados a formas muito primitivas de representação, que são recriadas corporalmente pelo vestígio da sensação. Esses objetos têm como função “permitir à criança instaurar uma continuidade existencial que se encontra profundamente obstaculizada, por meio do restabelecimento de uma sensação corporal, assim como igualar, por contiguidade, o que deveria ser reconhecido como próprio e o que deveria ser reconhecido como alteridade” (1990, p. 78).

No IRDI 29 (a mãe começava a pedir à criança que nomeasse o que desejava, não se contentando apenas com gestos) houve associação estatisticamente significativa. Há uma chance maior de apresentarem autismo crianças em que os pais relatam *muitas vezes* comparados a categoria *sempre* ($p=0,016$).

Em sua pesquisa, Lerner (2011) encontra, na faixa de 12 a 18 meses, uma chance média de 6,33 vezes de as mães de bebês autistas não lhes pedirem que nomeiem o que desejam, contentando-se apenas com pequenos gestos quando

comparadas a bebês com desenvolvimento típico. Com isso, conclui que a condição dos bebês autistas começa a deflagrar nos seus pais uma reação defensiva mais intensa de afastamento.

Alvarez (1994) descreve que no autismo há um déficit cognitivo ou o déficit afetivo, ou, mesmo, o déficit cognitivo-afetivo e social e que isso pode ser compreendido em termos de um déficit tanto no senso do *self* quanto do objeto interno.

[...] o prejuízo social, poderia, assim ser considerado como incluindo um prejuízo ou déficit na “sociabilidade” do objeto interno. A criança pode não apenas não tem interesse no objeto, com também espera que ele não esteja interessado. Da mesma maneira, o segundo sintoma maior, o da dificuldade de comunicação, talvez precise incluir em sua descrição e definição uma descrição das dificuldades de comunicação (expressiva, receptiva e alertadora) do objeto interno (p. 207).

E continua:

Uma perspectiva de relações objetais sobre o terceiro sintoma – em que o observador utiliza tanto suas percepções sensíveis das características qualitativas do comportamento ritualista quanto seus sentimentos contratransferenciais e respostas em relação ao comportamento – significa, creio, que o sintoma recebe uma definição e uma descrição mais completas... talvez precisemos não de uma, mas de várias explicações para este sintoma tão ameaçador à vida psicológica e ao desenvolvimento normais (p. 222).

No IRDI 31 (a criança diferenciava objetos maternos, paternos e próprios), observamos que crianças autistas apresentam maior chance de estar na categoria de *nunca* (OR=12,8; $p=0,003$) e *raramente* (OR=117,3; $p<0,001$) em relação a *sempre*.

De acordo com Pesaro (2010, p. 68), esse “indicador direciona para uma estruturação da noção de Outro para a criança. Ou é o indício do surgimento do ‘e’: sujeito e outro. A possibilidade dos dois tempos permite que o sujeito saia da alienação, se separe”.

4.2 Discussão a partir dos eixos do IRDI

Quando trabalhamos com os eixos, encontramos diferença estatisticamente significativa em todos eles: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda,

alternância presença/ausência e função paterna. Verificamos também que o grupo de crianças autistas apresentou para todos os eixos valores médios e medianos inferiores aos do grupo de crianças com desenvolvimento típico.

Kupfer et al. (2008, p. 55) definem de maneira bem ilustrativa como os quatro eixos se intercalam:

esses quatro eixos falam do entorno do bebê, de como ele já é esperado antes; há toda uma história, uma fantasia consciente, inconsciente, falada e não falada ao redor do bebê. O mundo ao redor daquele bebê já designou um lugar, já existe um romance familiar estabelecido, uma fantasia a ele já está constituída e ao mesmo tempo, quando ele chega, não é aquilo que estava sendo esperado. E vai ter que se fazer um remanejamento ao redor dele, e ele também vai ter que fazer seu esforço para entrar em contato com o que está nesse entorno. Para ele, muitas coisas são grandes novidades; algumas ele vai recuperar, achar um pouco diferentes, porém muito próximas, e nesse reencontro com o mundo, com o está ao redor dele, vai ter alguém que vai reconhecê-lo como uma pessoa, supor nele um sujeito. Aí ele vai poder dar um grito, e vamos estabelecer uma demanda. A mãe e o filho vão estabelecer a demanda, e é uma coisa entre os dois que vai acontecer. Não só entre os dois, mas entre ele, a mãe e os outros ao redor. Não são dois, são vários, mesmo que eles não tenham a mesma importância. Há certos momentos constitutivos em que a presença de vários é fundamental, já nessa época. Enquanto isso é preciso haver um tempo para o bebê descansar, porque ninguém é de ferro. A mãe também não é de ferro, precisa de um tempo. Temos, então, a alternância presença/ausência. A mãe diz: “Ah, deixa esperar um pouco para poder ver o que ele mesmo quer, será que é isso mesmo?”. E o bebê vai dizer: “Ufa! Vou poder dizer o que quero e não quero!” ou qualquer coisa do gênero, que é fundamental porque ele vai poder aparecer de novo como pessoa. E dizer-se em forma de grito, de movimento, de sono, de piscar de olho, de, enfim, fazer alguma coisa safada. São os momentos de alternância e ele vai poder fazer um pequeno chamado para a mãe. A mãe, quando chega, não vai aparecer na hora exata e ele vai ter que esperar um pouco, dar outro grito para ver se ela aparece, e ela não vai chegar. O bebê vai esperar mais um pouco e dar um terceiro grito, esperar mais um pouquinho. A mãe já não vai chegar tão rápido, porque ela tem outras coisas que a interessam; às vezes ficar com o marido é mais gostoso do que ficar com o bebê. Vai entrar o famoso terceiro, e a função paterna tem outros desdobramentos que todos conhecem muito bem. O bebê diz: “Vou ter que seduzir essa senhora!”. E levanta sua barriguinha e diz: “Oi! Estou aqui para brincar, que tal?” “E aí se fechou o circuito pulsional. Na verdade, a estrutura psíquica está feita, ainda não é completamente fechada, não é plena.

O eixo alternância presença-ausência é um eixo primordial da constituição psíquica. Os cuidados maternos proporcionam à criança o sentimento de coesão, de continuidade e de existência segura. “O termo retorno já indica alternância materna. É a operação da função materna que introduz, paulatinamente, a alternância; por outro

lado, é a alternância que possibilita o funcionamento das funções materna e paterna” (Pesaro, 2010, p. 52).

No eixo PA verificamos que crianças autistas apresentam probabilidade menor de estarem no último tercil em comparação a crianças com desenvolvimento típico. Na análise de regressão logística univariada identificamos que pontuar entre 10 e 23 mostra-se fator positivo para o autismo (OR=13,3; $p<0,0001$)

Freud (1920) observa um garotinho que ao estar sozinho brincava com um carretel de madeira com cordão amarrado, arremessando-o sobre a sua cama de modo que ele sumisse de sua visão. Quando isso ocorria expressava-se com um sonoro “o-o-ó” e em seguida puxava o carretel pela cordinha e quando este surgia novamente alegrava-se dizendo “da”. Interpreta a grande graça da brincadeira desse menino como sendo justamente o desaparecimento e o retorno desse objeto. A interpretação que o autor atribui a essa brincadeira é a da renúncia pulsional que o bebê faz quando consegue com a saída da mãe sem reclamar. A maneira que o bebê encontra para lidar com essa situação é ele mesmo criar uma brincadeira que se baseia no sumiço e aparecimento de um objeto que está ali disponível naquele momento.

De acordo com Crespín (2004, p. 29), “é a alternância dos funcionamentos de atribuição e de corte, na sua regulação recíproca, que assegura a emergência do espaço onde o bebê poderá advir como sujeito”.

Winnicott (1956/2000) diz que na primeira de todas as fases do desenvolvimento do bebê a mãe é acometida por uma condição que se não fosse nessa situação específica poderia ser considerada doença, que denominou de preocupação materna primária em que a mãe deve alcançar um estado de sensibilidade acentuada.

Na preocupação materna primária, a mãe poderá sentir-se no lugar do bebê e, por isso, conseguirá corresponder às suas necessidades, inicialmente corporais, mas gradualmente evoluem para necessidades egóicas. Consequentemente, conseguirá oferecer uma situação para que o desenvolvimento e a constituição do bebê comecem a ocorrer. O bebê pode experimentar movimentos espontâneos e se apropriar das sensações decorrentes dessa experiência. Então, inicialmente, há uma *relacionabilidade* do ego entre a mãe e o bebê, mas da qual a mãe se recupera a partir

do momento em que o bebê conseguir construir a ideia de uma pessoa presente na mãe.

Podemos associar esse eixo à mãe suficientemente boa definida por Winnicott (1949/2000). Se a mãe é suficientemente boa, o bebê conseguirá lidar com suas falhas através da atividade mental, seja referente à satisfação dos impulsos instintivos, às necessidades primitivas do ego, à necessidade de um cuidado negativo, ou mesmo de uma negligência ativa. É a partir dessa atividade mental do bebê que ele conseguirá transformar a falha relativa da adaptação num sucesso adaptativo, transformando assim um ambiente suficientemente bom num ambiente perfeito. No curso desejável dos acontecimentos, a mãe protege o bebê de situações as quais ele ainda não seja capaz de tolerar e conseqüentemente compreender. A mãe tenta simplificar o mundo do bebê o máximo possível.

O autor acrescenta que nesse processo do desenvolvimento dos bebês é imprescindível que desde o início as mães forneçam essa adaptação ativa, primeiro no que se refere ao físico e, posteriormente, no que tange a imaginação, mas ressalta que também é característica essencial da função materna uma gradual falha na adaptação, que deverá ocorrer de acordo com a crescente capacidade do bebê de compreender a falha relativa. Nesse processo, o bebê adquire uma tolerância em relação a fatores tanto egóicos quanto instintivos.

Quando a mãe ou o cuidador não alterna esses momentos de presença e ausência não se constitui uma experiência de falta no bebê que, posteriormente, será primordial no processo de simbolização. A descontinuidade das marcas psíquicas inscritas na criança está na base de sua inserção no mundo da linguagem. Quando o bebê sente uma falta, ele coloca algo de si para preenchê-la e é somente com esse gesto que ele começa a poder se autorregular.

Tustin (1990) destaca como fator preponderante para a precipitação do autismo a percepção do bebê de uma experiência de separação precoce, a qual ele ainda não tenha capacidade de significar. “A criança autista não foi capaz de lamentar, porque o mamilo que ela sentia que havia perdido mal alcançará a condição de objeto; isto foi principalmente experimentado como um conjunto de sensações” (p. 53). Tustin aponta ressonância dessa observação com as teorias de Mahler e Winnicott, que consideraram o sentimento de perda precoce como um ponto de partida para o autismo infantil.

Nesse sentido, a autora pensa que os objetos autísticos surgem trazendo satisfação quase imediata, evitando assim a espera, a demora entre expectativa e percepção. Em contrapartida, é justamente essa espera que possibilita uma atividade simbólica, e quando a criança não consegue desenvolver essa capacidade de perda e espera fica presa a uma vida simbólica restrita. Esse é o motivo pelo qual pode-se confundir o diagnóstico de autismo com o de deficiência mental. Tustin recorre às ideias de Bick e atesta que o início para um retraimento autístico é uma experiência de separação física sentida pela mãe e pelo bebê como algo extremamente violento e, sendo assim, os objetos autísticos surgem com o intuito de evitar essa insuportável separação.

Podemos pensar que essa capacidade de diferenciar-se do outro e de representar essa ausência com brincadeiras ou objetos é justamente o que parece não haver em crianças que estão em desenvolvimento autístico.

O eixo estabelecimento da demanda está ligado à ideia de que, para haver constituição de um sujeito, o cuidador deve interpretar e nomear as primeiras involuntárias do bebê, como choro e riso. A partir daí há a necessidade de a mãe reconhecê-los como dirigidos a ela e na qual se coloca à disposição para respondê-lo. Trata-se de uma demanda que estará na base do desenvolvimento da linguagem e da relação com os outros.

No eixo ED verificamos que crianças autistas apresentam probabilidade menor de estar no último tercil em comparação a crianças com desenvolvimento típico. Na análise de regressão logística univariada observamos uma $OR = 25,5$ ($p < 0,001$).

Winnicott (1945/2000) aponta que a tendência à integração é favorecida por dois aspectos: a maneira como alguém mantém a criança aquecida, como a chama pelo nome, segura-a para o banho, balança-a e, igualmente, pelas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos em que para o bebê não tem importância ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, tampouco importa se vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que em algum momento ele se torne uno e tenha algum sentimento. No que se refere ao ambiente, maneiras de cuidar, rostos visualizados, sons escutados e cheiros inalados são reunidos gradualmente e transformados num único ser, a mãe. Reforça a importância de desenvolver o sentimento de estar dentro do próprio corpo. Novamente, é a junção da experiência instintiva com a experiência

silenciosa e repetida de estar sendo cuidado que possibilitam a construção gradual do que o autor chama de personalização satisfatória.

Winnicott (1945/2000) descreve como é inicialmente a relação do bebê e do seio materno, que tem o poder de produzir leite. É a partir daí que a mãe, quando tudo ocorrer bem, poderá produzir uma situação em que haverá o primeiro vínculo do bebê como um objeto externo ao eu do bebê.

O bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando. Assim, suas ideias são enriquecidas por detalhes reais de visão, sensação, cheiro, e na próxima vez esses materiais serão usados na alucinação. Deste modo ele começa a construir a capacidade de conjurar aquilo que de fato está ao alcance. A mãe deve prosseguir fornecendo ao bebê esse tipo de experiência. O processo é enormemente simplificado, se o bebê é cuidado por uma única pessoa e uma única técnica. Poder-se-ia dizer que os bebês são construídos de modo a serem cuidados desde o nascimento por sua própria mãe ou, na falta desta, por uma mãe adotiva, e não por uma série de enfermeiras. Quando assumimos que o indivíduo está se integrando e se pessoalizando, tendo tido um bom começo na tarefa de realização, ainda lhe resta uma longa caminhada antes de passar a relacionar-se como pessoa total com uma mãe total, e passar a importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela (p 227).

O eixo suposição do sujeito tem a ver com a antecipação materna ou de outro cuidador de um psiquismo que ainda não se encontra constituído no bebê. É a partir dessa suposição que poderá ocorrer o processo em direção ao desenvolvimento do sujeito psíquico.

Quando avaliamos o eixo SS verificamos que crianças autistas apresentam uma probabilidade maior de estarem no primeiro tercil do eixo SS quando comparadas a crianças com desenvolvimento típico (79,3% *versus* 15,2%, $p < 0,001$). Ao se avaliar a *odds ratio*, há uma chance de $OR = 23$ ($p < 0,001$) de crianças autistas estarem nesse tercil em relação ao tercil de 28 a 32, isto é, uma criança que apresenta uma baixa pontuação, entre 12 e 23 pontos, aumenta a chance de apresentar indícios de autismo quando comparadas às crianças que pontuaram no tercil de referência.

De acordo com Bénamy e Golse (2007) não há como pensar o bebê fora da relação com o adulto, seja num funcionamento diático ou triádico. Essa relação refere-se aos cuidados maternos que permitem ao bebê não somente enfrentar sua

imaturidade biológica, mas primordialmente assumir a instauração de seu aparelho psíquico e conseqüentemente a relação com o mundo.

Tustin (1990, p. 55) afirma que

muitas mães relativamente normais tornam-se deprimidas como resultado de certos acontecimentos perturbadores, mas seus filhos não se tornam autistas. Estou convencida de que há alguma coisa na natureza da criança que predispõe ao autismo. Portanto pareceu-me mais proveitoso investigar a contribuição da criança para esta perturbação do que concentrar-se na contribuição da mãe.

Logicamente que se os pais não investirem libidinalmente em seus bebês, isso trará graves conseqüências para o desenvolvimento da criança, assim como a interação com o outro. Como um bom exemplo para isso, podemos pensar nas pesquisas de Sptiz (1965) sobre o hospitalismo, que reforça a imprescindibilidade dos cuidadores suporem um sujeito no pequeno bebê. Tustin, com essas novas afirmações, pretende desmistificar a ideia de que as crianças se tornaram autistas porque seus pais não supuseram um sujeito naquele bebê.

Lerner (2011) verificou que a tendência à desconexão apresentada por bebês que estão em desenvolvimento de percurso autístico parece não afetar os pais nos primeiros seis meses. Os pais só se afetam por essa condição autística após o primeiro ano do bebê. Essa constatação está em consonância com a literatura que aponta que os pais de crianças autistas investiram libidinalmente nesses bebês nos primeiros meses de vida, porém em decorrência da falta de resposta por um longo período, isso afeta os pais a ponto destes diminuírem suas convocações.

De acordo com Winnicott (1960/1983), inicialmente o bebê está em fusão com a mãe e, enquanto for assim, o melhor será que a mãe consiga chegar o mais próximo possível das necessidades do bebê. Há uma significativa mudança quando essa fusão chega ao fim. A mãe tende a mudar sua atitude, percebe que então o bebê adquiri a capacidade de demonstrar por sinais suas necessidades de modo que a mãe possa compreendê-lo e assim satisfazê-lo. Enfatiza a importância desse progresso para o desenvolvimento do bebê. Conta que caso a mãe tente sempre adivinhar as necessidades dos bebês, como se ainda estivessem fundidos, não proporcionando assim espaço para esses sinais, como gestos, choros e protestos, a mãe será apenas aparentemente boa. Na verdade estará apenas deixando o bebê com duas opções:

ou ficar fundido com a mãe e assim ficar num estado de regressão ou representar uma rejeição dessa mãe aparentemente boa.

O autor ainda aponta que os bebês podem oscilar entre esses dois momentos, o que depende da empatia da mãe para que ela desvende suas necessidades e o outro em que o bebê já é capaz de produzir sinais para comunicar à mãe suas necessidades, o que faz ser um ponto de dificuldade para as mães.

A partir desse cuidado que o bebê recebe da mãe, dessa experiência pessoal, ele inicia a construção do que o autor chama de continuidade do ser.

Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio (WINNICOTT, 1960/1983, p. 51).

O eixo função paterna pressupõe que a relação entre mãe e filho foi interditada pela função paterna, ou seja, o bebê não está unicamente no lugar de objeto de satisfação materna.

No eixo FP verificamos que crianças autistas apresentam probabilidade menor de estarem no último tercil em comparação a crianças com desenvolvimento típico. Observamos que a chance de crianças autistas estarem no primeiro tercil (15 a 26) é de $OR=24,8$ ($p<0,001$) em relação ao tercil entre 34 a 44. Constatamos também que a pontuação entre 15 e 26 (primeiro tercil) é fator de chance para o autismo, ao se comparar a tercil de maior pontuação (cf. Tabela 8).

Winnicott (1962/1983) classifica o cuidado paterno satisfatório em três estágios superpostos: o primeiro, chamado de Holding, pode ser entendido como o segurar físico do bebê, mas também vai além disso, como a questão espacial e temporal. Isso se superpõe, incluindo a elaboração de experiências que são próprias da existência, como por exemplo, o completar e conseqüentemente o não completar de processos. O autor ressalta que apesar de parecerem simplesmente fisiológicos, esses atos não o são, pois incluem a complexidade do campo psicológico, que são produzidos pela percepção e pela empatia da mãe. O segundo estágio apontado pelo autor é o da mãe e do bebê fundidos. Nesse momento, a função do pai de lidar com o ambiente para a mãe não é totalmente alheia ao conhecimento do bebê. Enfim, o terceiro estágio é o da inclusão do pai, nesse momento pai, mãe e bebê interagem.

O autor coloca que

para se desempenhar bem a mãe necessita do apoio externo; habitualmente o marido a protege da realidade exterior e assim a capacita a proteger seu filho de fenômenos externos imprevisíveis, aos quais a criança reagiria; deve ser lembrado que cada reação a uma irritação traz uma solução de continuidade na existência pessoal da criança e vai contra o processo de integração (1983, p. 68).

Se partirmos para uma leitura lacaniana, podemos pensar que se a castração estiver inscrita na estrutura em que a mãe toma o bebê, a função paterna estará presente desde o início no laço mãe-bebê (JERUSALINSKY, 2002).

Pesaro (2010, p. 62) afirma que se virmos a função paterna como um operador psíquico, poderemos entender que os indicadores do IRDI referentes ao eixo função paterna

estão articulados tanto ao valor da palavra do pai para a mãe, como um proibidor para essa relação mãe-criança (ou criança como objeto de desejo da mãe), quanto ao valor da própria função paterna que faz com que o desejo materno não seja descontrolado, mas sim um desejo que dependa de alguma coisa.

Kupfer e Bernardino (2009) discutem sobre as relações da criança com a função paterna, ou seja, com a lei básica da cultura, que abrirá a entrada no campo das regras e limites ordenadores do campo social. Apontam sobre uma inversão de valores entre adultos e crianças no século XXI e trabalham com a hipótese de que o lugar da criança é de mestre de gozo. Sendo assim, estão incumbidas de resolver quais os objetos aportam o gozo, bem como de que maneira gozar deles.

Lacan (1938/1987) enfatiza as três relações fundamentais da trama familiar: a relação com a mãe, a relação com o pai e a relação com o irmão. Na relação com a mãe é por meio do desmame que a falta pode se tornar operante para a passagem ao lugar de falante. Com isso, se o bebê tiver realmente conseguido a separação do corpo materno, conseguirá adquirir outro estatuto para o seu próprio corpo, que de real começa a ser registrado psiquicamente, tornando-se assim significante. Na relação com o irmão é vivenciada a ocupação de um lugar que antes era seu e isso significa a perda desse lugar de gozo. Na relação com o pai trata-se de elaborar a perda do lugar de falo em troca de identidade e de desejos próprios, ou seja, vivenciar a trama edípica. O autor enfatiza a grande diferença que há entre esses três

momentos, a mãe não tem o mesmo estatuto que o pai e o irmão, simplesmente se empresta para o sujeito nela se espelhar e consequentemente poder encontrar sua própria imagem.

Lacan define função materna como o que uma mulher faz quando transmite o significante ao seu bebê, através das letras que imprime no seu corpo como marcas de desejo, ao qual denominou de alienação, e a partir do qual pode se inserir na linguagem. São constituintes da função materna: a mãe olha para o bebê e o reconhece como filho, atribuindo-lhe uma imagem, denominado de estágio do espelho; a mãe não é sempre presente, nem tampouco sempre ausente, e se alterna simbolicamente propiciando que o bebê perceba-a faltante, ou seja, operação de introdução no nome-do-pai, aqui representado pelo discurso materno denominado de separação.

O autor define função paterna como o realtransmissor da castração, que separa mãe e filho simbolicamente. Em seguida esse pai passa a ser representante de uma lei, a qual ele também é marcado, e que então o ultrapassa, definida como a inscrição do nome-do-pai. Sendo assim, podemos entender que a transmissão familiar que possibilita haver uma organização psíquica no bebê é a transmissão da lei organizadora da cultura, a lei de proibição do incesto, lei que institui a ordem simbólica para as relações. Trata-se da falta radical que estrutura o campo simbólico, resultado da substituição de um real (a partir daí faltante) pelo significante.

Winnicott (1948/2000, p. 237-8) descreve a tarefa da mãe e a partir daí podemos compreender uma clara descrição de todos os eixos do IRDI:

Para que o bebê seja capaz de começar a desenvolver-se, a tornar-se um ser, a encontrar o mundo que conhecemos, a tornar-se consistente e a encontrar-se a si mesmo, os seguintes aspectos da mãe surgem como vitalmente importantes:

Ela existe e prossegue existindo, ela vive, cheira, respira, seu coração bate, ela está ali para ser sentida de todos os modos possíveis.

Ela ama de um modo físico, proporciona contato, calor corporal, movimento e quietude de acordo com as necessidades do bebê.

Ela fornece a possibilidade de o bebê fazer a transição entre o estado tranquilo e o estado de excitação, evitando surgir de repente com o alimento a exigir a resposta do bebê.

Ela providencia o alimento aceitável nos momentos adequados. No início ela permite que o bebê domine, estado disposta (visto que o bebê está tão perto de ser uma parte de si mesma) a manter-se de prontidão para responder-lhe.

Aos poucos vai introduzindo o mundo externo, compartilhado, graduando cuidadosamente essa introdução de acordo com as necessidades do bebê, que variam dia a dia de hora em hora.

Ela protege o bebê de sustos e coincidências (por exemplo, uma porta que bate no momento em que o bebê pega no seio), tentando manter a situação física e emocional suficientemente simples para que o bebê consiga entender, e ainda assim rica o bastante para atender às suas crescentes capacidades.

Ela fornece continuidade.

Por acreditar que o bebê é um ser humano por direito próprio, ela não apressa o seu desenvolvimento, e assim capacita o bebê a apropriar-se do tempo, a ter o sentimento de um existir interno e pessoal.

Para a mãe a criança é um ser humano total desde o início, e isto a torna capaz de tolerar a sua falta de integração e o seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo.

Se eu acrescentar que a mãe continua a existir a despeito dos repetidos ataques contra ela (realizados pelo bebê tanto por amor quanto por fome), estarei indo muito a frente, alcançando as funções da mãe relativas ao bebê que já tem instintos e também a capacidade de sentir concernimento.

Se examinarmos essa descrição assumidamente incompleta, poderemos ver que, enquanto certas funções (como o fornecimento de alimento adequado) poderiam ser preenchidas por qualquer pessoa, muita coisa só pode ser feita por alguém que tenha as motivações de uma mãe. Mais ainda: a continuidade não poderá ser proporcionada por uma multiplicidade de interessados. E sempre há a real continuidade dos detalhes conforme observados pelo bebê, começando, talvez, pela imagem em *close* dos bicos dos seios ou pela imagem do rosto, e incluindo o cheiro, os detalhes de textura e assim por diante. E mais: como poderia alguém que não esteja na posição da mãe, e que não tenha o amor da mãe, conhecer o bebê suficientemente a ponto de proporcionar um enriquecimento gradual na quantidade adequada para estimular a capacidade crescente, mas não em demasia a ponto de causar confusão?

Campana (2013), em sua dissertação também realizou a comparação de frequência de indicadores ausentes por eixos do IRDI entre o grupo caso e grupo controle estudados naquela ocasião. Seus dados dizem que os quatros eixos, SS, PA, ED e FP, são significativos para apontar risco psíquico em crianças do grupo caso.

Os dados encontrados por Campana são consistentes com os apurados nessa pesquisa. Verificamos que o grupo de crianças autistas apresenta para todos os eixos valores médios e medianos inferiores ao grupo de crianças com desenvolvimento típico ($p < 0,001$). Encontramos ainda mais diferenças estatisticamente significativa entre crianças com desenvolvimento típico e autistas. Crianças autistas apresentam uma probabilidade maior de estarem no primeiro tercil do eixo SS quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico (75,9% *versus* 15,2%, $p < 0,001$). Ao se avaliar a *odds ratio*, há uma chance de $OR = 31,9$ ($p < 0,001$) de crianças autistas estarem nesse tercil em relação ao tercil de 28 a 32 (cf. Tabela 8).

Partindo da análise dos dados encontrados nesta pesquisa podemos corroborar o que algumas pesquisas sobre o IRDI têm afirmado: como o IRDI é inespecífico para diagnóstico, ele permite o evidenciamento de diversas manifestações sintomáticas, abrangendo tendências gerais assim como manifestações singulares. Outro ponto positivo diz respeito a sua aplicação no decorrer do desenvolvimento, o que permite verificar o aparecimento ou evolução dos sinais de risco. A partir dessas pontuações, podemos pensar em sua grande contribuição para a saúde coletiva.

No âmbito da saúde coletiva, Kupfer et al. (2012) verificaram que alguns pediatras utilizavam os indicadores para nomear aspectos do desenvolvimento psíquico do bebê que eram capazes de perceber de alguma maneira, mas sobre os quais não conseguiam intervir ou nomear. A partir dessa constatação, os autores propuseram expandir a utilização do IRDI para além da avaliação, para ser também utilizado como um instrumento de intervenção (Kupfer et al., 2013). E com isso novamente voltamos a pensar nas contribuições do IRDI como um auxiliar na saúde coletiva e, conseqüentemente, na promoção de saúde mental.

Podemos elencar outras vantagens verificadas sobre a aplicação do IRDI na saúde coletiva: a possibilidade de ser utilizado nos momentos em que a mãe apresenta dificuldade em sua experiência pessoal; ser empregado como facilitador do acesso nas práticas em saúde a diferentes dimensões psíquicas; ir além de ser utilizado como instrumento de avaliação e conseguir promover a facilitação na orientação às famílias dos bebês. No que se refere à equipe de profissionais, também podemos apontar vantagens preponderantes: o IRDI possibilita nomear e significar preocupações da equipe; além de sistematizar observações que antes não encontravam espaço de registro (LERNER et al., 2013a; LERNER et al., 2013b).

Kupfer e Voltolini (2005) apontam que o grande desafio em utilizar indicadores em pesquisa psicanalítica está em articular a particularidade de cada caso com a ciência em geral. Para que isso fosse realmente validado, utilizaram-se da experiência acumulada da psicanálise para expandi-la a outros campos, apontando para uma tendência percebida ao escutar cada caso. Assim, os autores colocam que o conhecimento da estatística foi fundamental para poder demonstrar que algo já aconteceu com muitos sujeitos e por isso pode acontecer com aquele outro e a partir daí conseguir que os profissionais da saúde ouçam e considerem essa tendência.

Verificamos em editais públicos, cartilhas e diretrizes a predileção que há em alguns órgãos governamentais pela terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do autismo. O argumento utilizado é que a referida linha apresenta numerosas pesquisas acadêmicas que comprovam sua eficácia no tratamento do autismo, deixando subentendido que outras linhas de atuação não apresentam tal comprovação científica, na qual a psicanálise se incluiria. Esta pesquisa, assim como outras, demonstra como a psicanálise é capaz de produzir evidências sobre a aplicabilidade de seu conhecimento em relação ao autismo, contribuindo com as diversas áreas como medicina e estatística na configuração de políticas públicas, ou seja, pode ser efetiva quando aplicada em escala populacional.

As diretrizes do SUS preconizam a imprescindibilidade de políticas públicas voltadas para prevenção e intervenção para crianças em situação de risco e vulnerabilidade. Podemos entender que crianças com problemas de desenvolvimento, como o autismo, inserem-se nesse quesito. Sendo assim, avaliando nossa atual legislação, podemos concluir que a intervenção em sinais iniciais de problemas de desenvolvimento é um dever do Estado, pois, em consonância com os Princípios da Atenção Básica, tal intervenção está de acordo com a prevenção do agravamento do quadro, o que geraria proteção à saúde, proporcionando ao indivíduo atenção integral. Consequentemente, refletindo na melhor qualidade de vida, tanto do autista como de sua família.

De acordo com Reznick et al. (2007), pensando na articulação entre pesquisa acadêmica e saúde coletiva, seria propício para identificação de crianças com risco para autismo a utilização de métodos efetivos de baixo custo. Os autores apontam como principal estratégia para conquistar esse propósito, a utilização de instrumento em formato de questionário retrospectivo para os pais.

No Brasil, deparamo-nos com as dificuldades de tradução, adaptação transcultural e validação necessárias aos instrumentos produzidos no exterior. Associado a essa questão ainda há a questão de que quando há programas de identificação precoce de sinais de problemas de desenvolvimento, além de ainda serem raros, são restritos aos grandes centros ligados a instituições de pesquisa, o que impede uma maior aplicabilidade. Nesse sentido, tanto o IRDI quando o IRDI-questionário, despontam como importantes instrumentos que além de se mostrarem

instrumentos de baixo custo, podem ser acessíveis em maior nível no âmbito da saúde coletiva.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na proposta do IRDI, há pelo menos duas apostas: a primeira diz sobre a possibilidade de transmitir aos não psicanalistas os princípios gerais da psicanálise e, conseqüentemente, poder resultar numa mudança da prática desses profissionais, e a segunda, é que a psicanálise já possui saber suficiente para verificar em alguns sinais fenomênicos a expressão de que estão em instalação processos de ordem psíquica (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Pesaro (2010) conclui que a pesquisa IRDI avança na direção de articular a psicanálise com a universidade e com a ciência, em prol de um projeto político e ético. Uma contribuição que almeja um lugar para o sujeito no discurso científico e, na mencionada pesquisa, um lugar para o pequeno sujeito em constituição.

Na mesma direção, Kupfer e Voltolini (2008, p. 98) afirmam que “a tradução em indicadores objetivos quer da constituição do sujeito, quer do tratamento psicanalítico, poderá ser auxiliar poderoso em um diálogo mais efetivo com a medicina, com a saúde pública e com a cultura de nosso tempo”.

Lerner (2011, p. 89) afirma que:

Assim como a psicanálise pode se beneficiar de estudos que apontam comprometimentos orgânicos apresentados por crianças autistas para a compreensão das limitações quanto a constituição subjetiva, os estudos dos aspectos orgânicos pode se beneficiar das indicações oferecidas pelos aspectos psíquicos envolvidos nestes quadros. Dadas as especificidades relacionais dos portadores de autismo apontadas por psicanalistas, que áreas cerebrais podem ser comprometidas? Da mesma forma, pesquisas acerca de dificuldades em funções do desenvolvimento apresentadas por portadores de autismo podem ser beneficiadas pela compreensão das dificuldades psíquicas presentes nestes quadros. Dada as dificuldades psíquicas dos portadores de autismo consideradas pela psicanálise, como entender seus comprometimentos em funções do desenvolvimento? Áreas cerebrais envolvidas em funções consideradas fundamentais para a socialização podem ser estudadas como servindo às operações psíquicas que embasam os eixos psicanalíticos que serviram ao estabelecimento dos IRDI.

Para melhorar a efetividade dos encaminhamentos na rede pública de saúde e haver levantamentos epidemiológicos das patologias envolvidas, é fundamental que haja maior quantidade e maior efetividade de instrumentos de rastreamento para

autismo no Brasil (SATO, 2008; MARTELETO et al., 2008; PAULA; RIBEIRO; MERCADANTE, 2011).

Como um instrumento que se torna acessível a médicos da saúde pública, o IRDI se configura como um instrumento de fácil aplicação validado para a população brasileira que apresenta associação significativa com a condição autística da criança. Isso significa que se a criança tende ao autismo, o IRDI tem alta chance de detectar que ela apresente um preocupante sofrimento psíquico, o que podemos pontuar como uma contribuição da psicanálise para a saúde pública.

Analizando os dados encontrados dos indicadores do IRDI, demonstramos a significância estatística a partir da qual podemos distinguir claramente crianças com autismo das com desenvolvimento típico, posteriormente, fizemos a mesma análise a partir dos eixos, na qual também pudemos fazer tal distinção. Sendo assim, podemos afirmar que diante da necessidade que diversas pesquisas apontam de que sinais iniciais associados ao autismo sejam detectados precocemente, os dados que encontramos demonstram como o IRDI poderia ser um facilitador acessível à saúde pública, ou seja, capaz de atingir a população em grande escala.

A associação estatisticamente significativa entre os eixos do IRDI e a condição autística da criança permite avançar na compreensão da natureza da experiência psíquica da criança com seus pais. Essa é uma contribuição importante no que tange à orientação clínica de crianças com grave sofrimento psíquico que podem estar num percurso autístico, uma prática e uma escuta diferenciadas que possibilitem intervenções oportunas antes da instalação de formas mais graves dos quadros vividos.

Existe, do ponto de vista da psicanálise, um ganho com o resultado referente aos eixos. Uma vez que os resultados decorrem de um método não psicanalítico, podemos considerar que servem como validade externa que permite generalizar, a partir do estudo estatístico, para a população em tela conhecimentos psicanalíticos sobre o autismo oriundos do método clínico psicanalítico.

Um diferencial do IRDI que podemos apontar diante de instrumentos utilizados no diagnóstico psiquiátrico para avaliação de sinais de autismo é que este é capaz de ir além dos sintomas apresentados, é possível saber da experiência singular da criança e de sua família diante dos sintomas e do quadro apresentado. Campana (2013) enfatiza que os profissionais ao aplicarem o IRDI devem fazer também uma

leitura qualitativa, passando pela prática clínica e pela contratransferência. A autora aponta como uma das grandes contribuições do IRDI, “sua capacidade de avaliar dados quantitativos e parametrizáveis, relevantes para o campo da saúde coletiva, quanto dados qualitativos que consideram a experiência vivida entre bebês e seus cuidadores na medida em que permite intervenções singulares” (p. 20).

Diversos autores apontam a necessidade de uma intervenção imediata assim que os casos com sinais iniciais de problemas de desenvolvimento sejam detectados, o que está em consonância com toda a sensibilização do governo federal para que os casos sejam atendidos o mais inicialmente possível, principalmente na perspectiva psicoterapêutica no âmbito da RAPS. Os resultados sobre os eixos do IRDI encontrados nesta pesquisa mostram que os resultados clínicos psicanalíticos obtidos com crianças gravemente comprometidas do ponto de vista psíquico, tais como autismo, podem ser generalizados para a escala grupal com que se trabalha no âmbito da detecção acima mencionado, servindo de orientadores quanto a natureza da experiência psíquica vivida pela criança e sua possível transformação.

REFERÊNCIAS

- ADRIEN, J. L.; et. al. Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. **Journal of the American Academy of Child Adolescence Psychiatry**, 32(3), p. 617-626, 1993.
- AITKEN, K. J., TREVARTHEN, C., Self-other organization in human psychological development. **Development and Psychopathology**, n. 9, p. 651-675, 1997.
- ALVAREZ, A. **Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-IV). 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-V). 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014.
- BARBOSA, D. C. Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 12, n. 23, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1282007000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2013.
- BARROS, C. **Aprimoramento do IRDI-questionário em sua sensibilidade para detecção de sinais iniciais de TEA (transtorno de espectro de autismo)**. 2014. Relatório de pesquisa (Instituto de Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BÉNAMY, C.; GOLSE, B. **Psychopathologie du bébé**. Paris: Armand Colin, 2007.
- BERNARDINO, L. M.; MARIOTTO, R. M. M. Psicanálise e educação infantil: diálogos a partir de uma pesquisa. **Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba**. Curitiba: Editora Juruá, v. 20, p. 131-145, jun. 2010.
- BERNARDINO, L. M. F.; et al. Análise da relação de educadoras com bebês em um centro de educação infantil a partir do protocolo IRDI. In: Lerner, R.; Kupfer, M.C.M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa**. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 11-16, 2005.
- BOUKOBZA, C. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Orgs.) **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 15-26.
- BRAARUD, H. C.; STORMARK, K. M. Prosodic modification and vocal adjustments in mothers' speech during face-to-face interaction with their two- to four-month-old infants: a double video study. **Social Development**, v. 17, n. 4, 2008.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui_cao.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da Presidência da República**, Brasília,

DF, 1990a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da Presidência da República**, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Decreto de lei nº 6.215, de 26 de setembro de 2007. Estabelece o compromisso pela inclusão das pessoas com deficiência, por parte da União Federal, em regime de cooperação com municípios, estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Inclusão de Pessoas com deficiência CGPD e dá outras providências. **Diário Oficial da Presidência da República**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6215.htm>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Decreto de lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da Presidência da República**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da Presidência da República**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei 451 de 2011**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. 2011e. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=94110&tp=1>>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Lei Federal nº. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da Presidência da República**, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 835**, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 962**, de 22 de maio de 2013. Institui Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção a Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0962_22_05_2013.html>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. **Projeto de Lei 6.998 de 2013**. Altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=DBC18ECB7350DA09E3D59736DB35ED3D.proposicoesWeb2?codteor=1214724&filename=PL+6998/2013>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diretrizes de atenção a reabilitação da pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Saúde sem limites**: instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BURNHAM, D.; KITAMURA, C.; VOLLMER-CONNA, U. What's new pussycat: On talking to animals and babies. **Science**, n. 296, 2002.

CABREJO-PARRA, C. A leitura dos textos antes dos textos escritos. **Percurso**. Ano XXII, n. 44, p. 9-16, jun. 2010.

CAMPANA, N. T. C. **Uso de indicadores clínico de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo**. 2013. 108 f. Dissertação (Instituto de Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAMPANÁRIO, I. S. **O atendimento psicanalítico de bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias**: uma clínica da antecipação do sujeito. Dissertação (Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CAMPANÁRIO, I. S. **Espelho, espelho meu: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves**. Salvador: Ágalma, 2008.

CATÃO, I.; VIVÉS, M. T. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 36, p. 83-92, dez. 2011. Disponível em <<http://www.cbp.org.br/vozeautismo.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CAVALCANTI, A. E; ROCHA, P. S. **Autismo: construções e desconstruções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CHAWARSKA, K.; et al. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. **Journal of autism and developmental disorders**, 37(1), p. 62-72, 2007.

CHAWARSKA, K.; VOLKMAR, F. R. Autism in infancy and early childhood. In: VOLKMAR, F. R.; et al. (Orgs.) **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**, v. 1, 3 ed., p. 223-246. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2005.

CLIFFORD, S. M.; DISSANAYABE, C. The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. **J Autism Dev Disord**, n. 38, p. 791-805, 2008.

CRESPIN, G. C. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DE JONG, M.C., VAN ENGELAND, H., KEMMER, C. Attentional Effects of Gaze Shifts Are Influenced by Emotion and Spatial Frequency, but not in Autism. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 47(4), p. 443-454, 2008.

DUTRA, F. G.; BERNARDINO, L. D. F. A avaliação psicanalítica na pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**, 2008. p. 149-160.

FERNALD, A. Four-month-old infants prefer to listen to motherese. **Infant Behavior and Development**, v. 8, n. 2, p. 181-195, 1985.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 02-06, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3787.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

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

FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer. In: **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-78.

GADIA, C., TUCHMAN, R., ROTTA, N. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 583-594, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

GLENN, S. M.; CUNNINGHAM, C. What do babies listen to most? A developmental study of auditory preferences in non-handicapped infants and infants with Down's syndrome. **Developmental Psychology**, v. 19, n. 3, p. 332-337, 1983.

GOLDBERG, W., et al. Use of Home videotapes to confirm parental reports of regression in autism. **J Autism Dev Disord**, v. 38, p. 1136-1146, 2008.

GONON, F. La psychiatrie biologique: une bulle speculative? In: **Esprit.**, nov., p. 54-73, 2011. Disponível em: <<http://www.esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=36379>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

GRATIER, M., TREVARTHEN, C., Voice, vitality and meaning: on the shaping of the infant's utterances in willing engagement with culture. **International Journal For Dialogical Science**, v. 2, n. 1, p. 169-181, 2007.

GROEN, W. B. et al. Gender in voice perception in autism. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 38, n. 10, p. 1819-1826, 2008.

GUPTA, A., STATE, M. Autismo: genética. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 28 p. 29-38, 2006.

HOEHL, S. et al. Looking at eye gaze processing and its neural correlates in infancy: implications for social development and autism spectrum disorder. **Child Development**, 80(4), p. 968-985, jul./ago., 2009.

ITZCHAK, E. B.; ZACHOR, D. A. Who benefits from early intervention in autism spectrum disorders? **Research in Autism Spectrum Disorders**, n. 5, p. 345-350, 2011. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175094671000070X>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Álgama, 2002.

KUHL, P. et. al. Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism: behavioral and electrophysiological measures. **Developmental Science**, n. 8(1), p. 1-12, 2005.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009.

KUPFER, M. C. M.; PESARO, M. E. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VI, n. 2, p. 7-25, jun. 2003. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume06/n2/editorial_v6n2.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 359-364, set./dez. 2005.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**, 2008. p. 93-108.

KUPFER, M. C. et. al. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: LENER, R.; KUPFER, M. C. (Orgs.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo, 2008. p. 221-235.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.**, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

KUPFER, M. C. M. et al. Metodologia IRDI: uma ação de prevenção na primeira infância. In: KUPFER, M. C. M. BERNARDINO, L. M.; MARIOTTO, R. M. M. (Orgs.) **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2012.

LACAN, J. (1938) **Os complexos familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Álgama, 2004.

LAZNIK, M. C. et al. Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. In: CASTAREDE, M.-F.; KONOPCZYNSKI, G. (Orgs.). **Au commencement était la voix**. Paris: Erès, 2005.

LAZNIK, M. C. et al. Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. In: BERNARDINO, L. M. F. (Org.) **O que a psicanálise pode ensinar sobre criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006, p. 95-106.

LERNER, R. et al. A Psicologia na articulação entre os âmbitos coletivo e psíquico: construção de uma Política Pública em Saúde de cuidado com o desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão** (impresso), v. 33, n. spe, p. 100-111, 2013.

LERNER, R. **Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade**. 2011. 116 f. Tese de Livre docência (Instituto de Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LERNER, R.; et al. Uma contribuição da psicanálise para a saúde coletiva: protocolo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista Latino-americana de Psicanálise**, v. 1, p. 226-237, 2013.

LOVULLO, S. V., MATSON, J. L. Development of a critical item algorithm for the baby and infant screen for children with autism traits. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, n. 1, p. 378-384, jan./mar. 2012. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175094671100119X>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MACHADO, F. P. **Proposta de adaptação dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) para questionário para pais e sua aplicabilidade**. 2013. 115 f. Tese de Doutorado (Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MACHADO, F. P.; et al. Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiol Commun Res.** v. 19, n. 4, p. 345-351, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-64312014005001392&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MACHADO, F. P.; PALLADINO, R. R.; CUNHA, M. C. Adaptação do instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil para questionário retrospectivo para pais. **CoDAS**. São Paulo, v. 26, n. 2, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000200138&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MAESTRO, S. et al., How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. **Child Psychiatry Human Development**, v. 35, n. 4, p. 383-96, 2005.

MAGEROTTE, G.; ROGE, B. Early intervention in autism: a challenge for practitioners. **Evolution psychiatrique**, v. 69, n. 4, p. 579-588, 2004.

MAHDAHAOUI, A. et al. Detecção automática do manhês: análise da prosódia de pais de crianças autistas. **ReVEL**, v. 8, n. 15, 2010. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_15_deteccao_automatica_do_manhes.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MALLOCH, S.; TREVARTHEN, C. Musicality and music before three: human vitality and invention shared with pride. **Zero to Three**, 23 (1), p. 10-18, 2002.

MANNING, S. E. et al. Early diagnoses of autism spectrum disorders in Massachusetts birth cohorts, 2001-2005. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, p. 1027-1043, 2011.

MARTELETO, M. R. F. et al. Administration of the Autism Behavior Checklist: agreement between parents and professionals observations in two intervention contexts. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 3, set. 2008. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300005&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MATSON, J. L., WILKINS, J., GONZALEZ, M. Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: How early is too early? **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 1, n. 2, p. 75-84, 2008.

MATSON, J. L.; BEIGHLEY, J.; TURYGIN, N. Autism diagnosis and screening: factors to consider in differential diagnosis. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, p. 19-24, 2012. Disponível em <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946711001474>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MELTZER, H. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, n. 177, p. 534-539, 2000. Disponível em <<http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/534.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 Jan. 2013.

MURATORI, F.; MAESTRO, S. Early signs of autism in the first year of life. In: ACQUARONE, S. (Org.) **Signs of autism in infants: recognition and early intervention**. Londres: Karnac Books, 2007. p. 46-61.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Saúde Mental, nova concepção nova esperança. Relatório Mundial da Saúde 2005**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2005.

OSTERLING, J.; DAWSON, G. MUNSON, J. A. Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. **Development and Psychopathology**, 14, p. 239-251, 2002.

PARLATO-OLIVEIRA, E. M. Os aspectos constitucionais do bebê na constituição do sujeito. In: **Colóquio do LEPSI IP/FE-USP**, 5. 2004, São Paulo. Disponível em: <www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100025&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PAULA, C.S.; RIBEIRO, S.H.; MERCADANTE, M.T. Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. **J Autism Dev Disord**, v. 41, n. 12, p. 1738-42, 2011.

PEGG, J. et al. Preference for infantdirected over adult-directed speech: evidence from 7-week-old infants. **Infant Behavior and Development**, v.15, n. 3, p. 325-345, 1992.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 487-494, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2014.

PESARO, M. E. **A alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2010. 186 f. Tese de Doutorado (Instituto de Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PESARO, M. E.; KUPFER, M. C. M. O lugar da Psicanálise na pesquisa IRDI. In: **O declínio dos saberes e o mercado do gozo**, São Paulo, v. 8, 2010. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032010000100046&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2013.

REZNICK, J. S. et al. A parent-report instrument for identifying one-year-olds at risk for eventual diagnosis of autism: the first year inventory. **J Autism Dev Disord**, 37, p. 1691-1710, 2007. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-006-0303-y>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ROBINS, D. L.; BARTON, M. L.; FEIN, D. Large-Scale use of the Modified checklist for autism in low-risk toddlers. **Pediatrics online**, doi: 10.1542/peds. p. 2012-1525, mar. 2013.

ROGERS, S. J. HEPBURN, S. WEHNER, E. Parent reports sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. **J Autism Dev Disord**, v. 33, n. 6, p. 631-642, 2003. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1023/B:JADD.00000006000.38991.a7#page-1>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Protocolo do estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do espectro do autismo (TEA). São Paulo: Secretaria da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/arquivos/textos/protocolo-Estado-SP-TEA.pdf>> . Acesso em: 20 set. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Edital de convocação pública 001/2012. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.ago.12/iels149/E_R-SS-83_070812.pdf> . Acesso em: 20 set. 2014.

SATO, F.P. **Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil**. 2008. 111 f. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SCHÖGLER, B.; TREVARTHEN, C. To sing and dance together – from infants to jazz. In. BRÅTEN, S. (Org.) **On being moved: from mirror neurons to empathy**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2007. p. 281-302.

SHOPLER, E. et al. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 10, p. 91-103, 1980.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In. SPINK, M. J. P. (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 11-23

SPTIZ, R. A. (1965) **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

TOTH, K., et al. Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: joint attention, imitation, and toy play. **J Autism Dev Disord.**, n. 36, p. 993-1005, 2006.

TEPERMAN, D. W. **Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K. J., Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. **Devenir**, v. 15, n. 4, p. 309-428, 2003.

TUSTIN, F. (1979) A perpetuação de um erro. **Letra Freudiana**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 63-79, 1995.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975

TUSTIN, F. **Barreiras autísticas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

VOLKMAR, F. et al. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, 135-170, 2004. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0021-9630.2003.00317.x/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WARD, S., GILMORE, L. The autistic behavioural indicators instrument (ABII): development and instrument utility in discriminating autistic disorder from speech and language impairment and typical development. **Research in Autism Spectrum Disorders**, n. 4, p. 28-42, 2010.

WERKER, J. F.; MCLEOD, P. J. Infant preference for both male and female infant-directed talk: a developmental study of attentional affective responsiveness. **Canadian Journal of Psychology**, n. 43, p. 230-246, 1989.

WERNER, E.; DAWSON, G. Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 889-895, 2005.

WETHERBY, A.M. et al. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 34, n. 5, p. 473-493, 2004. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-004-2544-y#page-1>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WILLIAMS, J. et al. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. **Pediatrics**. [S.l.], v. 114, n. 3, p. 601-606, 2004. Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/content/114/3/601.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WING, L.; POTTER D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Ment Retard Dev Disabil Res Dev.**, v. 8, n. 3, p. 151-161, 2002. Disponível <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mrdd.10029/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento emotivo primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras Escolhidas. São Paulo: Imago, 2000. p. 218-232.

_____. (1948) Pediatria e Psiquiatria. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras Escolhidas. São Paulo: Imago, 2000. p. 233-253.

_____. (1949) A mente e sua relação com o psicossoma. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras Escolhidas. São Paulo: Imago, 2000. p. 332-346.

_____. (1956) A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria a psicanálise**. Obras Escolhidas. São Paulo: Imago, 2000. p. 399-405.

_____. (1965) **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed Editora, 1983. p. 38-54.

_____. (1962) Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed Editora, 1983. p. 62-69.

ZILBOVICIUS, M., et. al. Autism, the superior temporal sulcus and social perception. **Trends in Neurosciences**, v. 29 n. 7, p. 359-366, 2006.

APÊNDICES

Apêndice 1: Comparação de dados do grupo controle de Machado (2013) e Barros (2014)

Tabela 1: Comparação entre os dados dos grupos controle de Machado (2013) e Barros (2014). Indicadores do IRDI-questionário de 1 a 12

Variável	Categoria	Pesquisas				p
		Machado		Barros		
		n	(%)	n	(%)	
1. Quando a criança chorava ou gritava, a mãe sabia o que ela quer.	nunca, raramente, às vezes	8	(22,9)	5	(12,8)	0,257
	muitas vezes e sempre	27	(77,1)	34	(87,2)	
2. A mãe falava com a criança num estilo dirigido a ela (“manhês”) particularmente.	nunca, raramente, às vezes	12	(33,3)	5	(12,5)	0,030
	muitas vezes e sempre	24	(66,7)	35	(87,5)	
3. A criança reagia ao “manhês”.	nunca, raramente, às vezes	13	(36,1)	1	(2,5)	<0,001
	muitas vezes e sempre	23	(63,9)	39	(97,5)	
4. A mãe propunha algo à criança e aguardava a sua reação.	nunca, raramente, às vezes	8	(22,9)	6	(15,4)	0,413
	muitas vezes e sempre	27	(77,1)	33	(84,6)	
5. Havia trocas de olhares entre a criança e a mãe.	nunca, raramente, às vezes	1	(2,8)	0	(0,0)	0,295
	muitas vezes e sempre	35	(97,2)	39	(100,0)	
6. A criança começava a diferenciar o dia da noite.	nunca, raramente, às vezes	10	(30,3)	9	(23,1)	0,488
	muitas vezes e sempre	23	(69,7)	30	(76,9)	
7. A criança utilizava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	nunca, raramente, às vezes	12	(34,3)	8	(21,1)	0,205
	muitas vezes e sempre	23	(65,7)	30	(78,9)	
8. A criança solicitava a mãe e fazia um intervalo para aguardar sua resposta	nunca, raramente, às vezes	13	(38,2)	8	(21,1)	0,109
	muitas vezes e sempre	21	(61,8)	30	(78,9)	
9. A mãe falava com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	nunca, raramente, às vezes	7	(20,0)	3	(7,5)	0,174
	muitas vezes e sempre	28	(80,0)	37	(92,5)	
10. A criança reagia (sorria, vocalizava) quando a mãe ou outra pessoa estava se dirigindo a ela	nunca, raramente, às vezes	--	--	--	--	--
	muitas vezes e sempre	36	(100,0)	40	(100,0)	
11. A criança procurava ativamente o olhar da mãe	nunca, raramente, às vezes	3	(8,3)	2	(5,4)	0,674

	muitas vezes e sempre	33	(91,7)	35	(94,6)	
12. A mãe dava suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	nunca, raramente, às vezes	5	(13,9)	13	(32,5)	0,057
	muitas vezes e sempre	31	(86,1)	27	(67,5)	
Total		36	(100,0)	40	(100,0)	
Há valores ignorados						

Tabela 2: Comparação entre os dados dos grupos controle de Machado (2013) e Barros (2014). Indicadores do IRDI-questionário de 13 a 24

Variável	Categoria	Pesquisas				p
		Machado		Barros		
		n	(%)	n	(%)	
13. A criança pedia a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	nunca, raramente, às vezes	17	(48,6)	11	(27,5)	0,060
	muitas vezes e sempre	18	(51,4)	29	(72,5)	
14. A mãe percebia que alguns pedidos da criança podiam ser uma forma de chamar a sua atenção	nunca, raramente, às vezes	5	(14,3)	6	(15,8)	0,858
	muitas vezes e sempre	30	(85,7)	32	(84,2)	
15. Durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	nunca, raramente, às vezes	7	(19,4)	5	(13,9)	0,527
	muitas vezes e sempre	29	(80,6)	31	(86,1)	
16. A criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa	nunca, raramente, às vezes	6	(16,7)	4	(10,0)	0,503
	muitas vezes e sempre	30	(83,3)	36	(90,0)	
17. Mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular	nunca, raramente, às vezes	9	(25,7)	4	(10,3)	0,081
	muitas vezes e sempre	26	(74,3)	35	(89,7)	
18. A criança estranhava pessoas desconhecidas para ela	nunca, raramente, às vezes	21	(58,3)	23	(57,5)	0,941
	muitas vezes e sempre	15	(41,7)	17	(42,5)	
19. A criança possuía objetos prediletos	nunca, raramente, às vezes	13	(37,1)	11	(28,2)	0,412
	muitas vezes e sempre	22	(62,9)	28	(71,8)	
20. A criança fazia gracinhas	nunca, raramente, às vezes	4	(11,1)	3	(8,1)	0,711
	muitas vezes e sempre	32	(88,9)	34	(91,9)	
21. A criança buscava o olhar de aprovação do adulto	nunca, raramente, às vezes	7	(20,6)	6	(16,7)	0,673
	muitas vezes e sempre	27	(79,4)	30	(83,3)	
22. A criança aceitava alimentação semissólida, sólida e variada	nunca, raramente, às vezes	10	(27,8)	4	(10,0)	0,046
	muitas vezes e sempre	26	(72,2)	36	(90,0)	

23. A mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses	nunca, raramente, às vezes	12	(34,3)	5	(12,5)	0,025
	muitas vezes e sempre	23	(65,7)	35	(87,5)	
24. A criança suportava bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	nunca, raramente, às vezes	14	(38,9)	19	(48,7)	0,392
	muitas vezes e sempre	22	(61,1)	20	(51,3)	
Total		36	(100,0)	40	(100,0)	

Há valores ignorados.

Tabela 3: Comparação entre os dados dos grupos controle de Machado (2013) e Barros (2014). Indicadores do IRDI-questionário de 25 a 31

Variável	Categoria	Pesquisas				p
		Machado		Barros		
		n	(%)	n	(%)	
25. A mãe oferecia brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno	nunca, raramente, às vezes	14	(40,0)	12	(30,0)	0,364
	muitas vezes e sempre	21	(60,0)	28	(70,0)	
26. A mãe já não se sentia mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede	nunca, raramente, às vezes	22	(62,9)	17	(43,6)	0,097
	muitas vezes e sempre	13	(37,1)	22	(56,4)	
27. A criança olhava com curiosidade para o que interessa à mãe	nunca, raramente, às vezes	8	(22,2)	6	(17,6)	0,632
	muitas vezes e sempre	28	(77,8)	28	(82,4)	
28. A criança gostava de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	nunca, raramente, às vezes	8	(22,9)	14	(36,8)	0,193
	muitas vezes e sempre	27	(77,1)	24	(63,2)	
29. A mãe começava a pedir à criança que nomeasse o que desejava, não se contentando apenas com gestos	nunca, raramente, às vezes	11	(30,6)	12	(30,0)	0,958
	muitas vezes e sempre	25	(69,4)	28	(70,0)	
30. Os pais colocavam pequenas regras de comportamento para a criança	nunca, raramente, às vezes	6	(16,7)	11	(27,5)	0,258
	muitas vezes e sempre	30	(83,3)	29	(72,5)	
31. A criança diferenciava objetos maternos, paternos e próprios	nunca, raramente, às vezes	9	(26,5)	9	(23,7)	0,787
	muitas vezes e sempre	25	(73,5)	29	(76,3)	
Total		36	(100,0)	40	(100,0)	

Há valores ignorados.

ANEXOS

Anexo 1: Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil – IRDI

Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil – IRDI

Idade em meses	Indicadores
0 a 4 incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”). 3. A criança reage ao “manhês”. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 incompletos	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
8 a 12 incompletos	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos. 20. A criança faz gracinhas. 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.
12 a 18 completos	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.

Fonte: KUPFER, M. C. et. al. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: LENER, R.; KUPFER, M. C. (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo, 2008. p. 221-235.

Anexo 2: IRDI-questionário

IRDI-questionário

Sabemos que o desenvolvimento de cada criança é diferente um do outro. Estamos interessados em algumas das características que tornam seu(sua) filho(a) único(a). Não existem respostas certas ou erradas às perguntas contidas neste questionário. São apenas descrições da gama de comportamentos e características que encontramos no desenvolvimento inicial das crianças. Por favor, responda todas as perguntas e em caso de dúvida ou informações complementares utilize o espaço de observações.

Mais uma vez, não estamos procurando por nenhuma resposta particular, só queremos saber como seu filho se comportava e respondia em diferentes situações.

Observe as faixas etárias. Cada uma das perguntas deve ter apenas uma resposta assinalada. Podendo ser: Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes, Sempre ou Não lembro.

Utilize o espaço de observações, caso deseje dar exemplos ou fazer comentários.

Informante: ☐ Pai ☐ Mãe

Grau de instrução:

- ☐ Não frequentei a escola
- ☐ Primeiro grau incompleto (até a 4a. série)
- ☐ Primeiro grau completo (até a 8a. série)
- ☐ Segundo grau incompleto
- ☐ Segundo grau completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Pós graduação incompleta
- ☐ Pós graduação completa:
 - ☐ especialização
 - ☐ mestrado
 - ☐ doutorado

Sexo da criança: ☐ Masculino ☐ Feminino

Data de nascimento da criança: _____

Diagnóstico médico da criança: _____

Faixa etária (0 a 4 meses)

01- Quando a criança chorava ou gritava, a mãe sabia o que ela queria.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

02- A mãe falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

03- A criança reagia ao manhês.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

04- A mãe propunha algo à criança e aguardava sua reação.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

05- Havia trocas de olhares entre a criança e a mãe.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

Faixa etária (4 a 8 meses)

06- A criança começou a diferenciar o dia da noite.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

07- A criança começou a diferenciar o dia da noite.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

08- A criança solicitava a mãe e fazia um intervalo para aguardar sua resposta.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

09- A mãe falava com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

10- A criança reagia (sorria, vocalizava) quando a mãe ou outra pessoa estava se dirigindo a ela.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

11- A criança procurava ativamente o olhar da mãe.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

12- A mãe dava suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

13- A criança pedia a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

Faixa etária (8 a 12 meses)

14- A mãe percebia que alguns pedidos da criança podiam ser uma forma de chamar a sua atenção.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

15- Durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

16- A criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

17- Mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

18- A criança estranhava pessoas desconhecidas para ela.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

19- A criança possuía objetos prediletos.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

20- A criança fazia gracinhas.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

21- A criança buscava o olhar de aprovação do adulto.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

22- A criança aceitava alimentação semissólida, sólida e variada.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

Faixa etária (12 a 18 meses)

23- A mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

24- A criança suportava bem as breves ausências da mãe e reagia às ausências prolongadas.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

25- A mãe oferecia brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

26- A mãe já não se sentia mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pedia.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

27- A criança olhava com curiosidade para o que interessava à mãe.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

28- A criança gostava de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

29- A mãe começava a pedir à criança que nomeasse o que desejava, não se contentando apenas com gestos.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

30- Os pais colocavam pequenas regras de comportamento para a criança.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

31- A criança diferenciava objetos maternos, paternos e próprios.

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ muitas vezes ☐ sempre ☐ não lembro

Fonte: MACHADO, F. P. **Proposta de adaptação dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) para questionário para pais e sua aplicabilidade.** 2013. 115 f. Tese de Doutorado (Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

Anexo 3: Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Autismo infantil: tradução e validação da CARS para uso no Brasil

Este estudo traduziu e validou para a língua portuguesa, do Brasil, a CARS, uma escala mundialmente utilizada para diagnóstico e classificação do autismo e que, pela sua importância, já está traduzida para o japonês, o sueco, o francês, entre outros idiomas.

O DSM-IV representa um sistema de classificação desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria e utiliza as três características básicas do autismo, enquanto os 15 itens da CARS permitem um diagnóstico mais objetivo ao incluírem as características de autismo primário descritas por Kanner, as observadas por Creak e Rutter e escalas adicionais (CID-10 e DSM-IV).

A correspondência entre os dois métodos pode chegar a 98% sendo, portanto, complementares no diagnóstico.

CARS-BR

I. Relações pessoais

1. Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: o comportamento da criança é adequado à sua idade; alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico.
1.5
2. Relações levemente anormais: a criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímida, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se aos pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade.
2.5
3. Relações moderadamente anormais: às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto); outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança; o contato iniciado pela criança é mínimo.
3.5
4. Relações gravemente anormais: a criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo; ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto; somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.

Observações: _____

II. Imitação

1. Imitação adequada: a criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade.
1.5
2. Imitação levemente anormal: na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso.
2.5
3. Imitação moderadamente anormal: a criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; frequentemente imita apenas após um tempo (com atraso).
3.5
4. Imitação gravemente anormal: a criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.

Observações: _____

III. Resposta emocional

1. Resposta emocional adequada à situação e à idade: a criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta.
1.5
2. Resposta emocional levemente anormal: a criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional; às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor.
2.5
3. Resposta emocional moderadamente anormal: a criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau); as reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção.
3.5
4. Resposta emocional gravemente anormal: as respostas são raramente adequadas à situação; uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo; por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.

Observações: _____

IV. Uso corporal

1. Uso corporal adequado à idade: a criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.
1.5
2. Uso corporal levemente anormal: algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns.
2.5

3. Uso corporal moderadamente anormal: comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, autoagressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.

3.5

4. Uso corporal gravemente anormal: movimentos intensos ou frequentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal; esses comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.

Observações: _____

V. Uso de objetos

1. Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: a criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada.

1.5

2. Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: a criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo).

2.5

3. Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: a criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos e outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele.

3.5

4. Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: a criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade; é difícil distrair a criança quando ela está engajada nessas atividades inadequadas.

Observações: _____

VI. Resposta a mudanças

1. Respostas à mudança adequadas à idade: embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar essas mudanças sem angústia excessiva.

1.5

2. Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais.

2.5

3. Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: a criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la; ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada.

3.5

- 4 Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: a criança demonstra reações graves às mudanças; se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.

Observações: _____

VII. Resposta visual

1. Resposta visual adequada: o comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade; a visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo.
1.5
2. Resposta visual levemente anormal: a criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos; a criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos.
2.5
3. Resposta visual moderadamente anormal: a criança deve ser lembrada frequentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos.
3.5
4. Resposta visual gravemente anormal: a criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.

Observações: _____

VIII. Resposta auditiva

1. Respostas auditivas adequadas para a idade: o comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade; a audição é utilizada junto com outros sentidos.
1.5
2. Respostas auditivas levemente anormais: pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons; respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança; a criança pode ser distraída por sons externos.
2.5
3. Respostas auditivas moderadamente anormais: as respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito; pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano.
3.5
4. Respostas auditivas gravemente anormais: a criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independentemente do tipo de som.

Observações: _____

IX. Resposta e uso do paladar, olfato e tato

1. Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: a criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando; paladar ou olfato podem ser usados quando adequados; ao reagir a pequenas dores do dia a dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente.

1.5

2. Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: a criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis; pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto.

2.5

3. Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: a criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas; a criança pode reagir demais ou muito pouco.

3.5

4. Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: a criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos; a criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.

Observações: _____

X. Medo ou nervosismo

1. Medo ou nervosismo normais: o comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade.

1.5

2. Medo ou nervosismo levemente anormais: a criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante.

2.5

3. Medo ou nervosismo moderadamente anormais: a criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar.

3.5

4. Medo ou nervosismo gravemente anormais: medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos; é extremamente difícil acalmar ou confortar a criança; a criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.

Observações: _____

XI. Comunicação verbal

1. Comunicação verbal normal, adequada à idade e à situação.

1.5

2. Comunicação verbal levemente anormal: a fala demonstra um atraso global; a maior parte do discurso tem significado, porém alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer; algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente.

2.5

3. Comunicação verbal moderadamente anormal: a fala pode estar ausente; quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal; as peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular;

3.5

4. Comunicação verbal gravemente anormal: fala significativa não é utilizada; a criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.

Observações: _____

XII. Comunicação não verbal

1. Uso normal da comunicação não verbal adequado à idade e situação.

1.5

2. Uso da comunicação não verbal levemente anormal: uso imaturo da comunicação não verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja.

2.5

3. Uso da comunicação não verbal moderadamente anormal: a criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não verbal dos outros.

3.5

4. Uso da comunicação não verbal gravemente anormal: a criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento dos significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.

Observações: _____

XIII. Nível de atividade

1. Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: a criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante.

1.5

2. Nível de atividade levemente anormal: a criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco “preguiçosa”, apresentando, algumas vezes, movimentos lentos; o nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho.

2.5

3. Nível de atividade moderadamente anormal: a criança pode ser bastante ativa e difícil de conter; ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à

noite; por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se.

3.5

4. Nível de atividade gravemente anormal: a criança exibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.

Observações: _____

XIV. Nível e consistência da resposta intelectual

1. A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: a criança é tão inteligente quanto as crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns.

1.5

2. Funcionamento intelectual levemente anormal: a criança não é tão inteligente quanto as crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas.

2.5

3. Funcionamento intelectual moderadamente anormal: em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais.

3.5

4. Funcionamento intelectual gravemente anormal: embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.

Observações: _____

XV. Impressões gerais

1. Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.

1.5

2. Autismo leve: a criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo.

2.5

3. Autismo moderado: a criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo.

3.5

4. Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo.

Observações: _____

A escala pode ser pontuada utilizando valores intermediários (1,5; 2,5 e 3,5).
15-30 = sem autismo | 30-36 = autismo leve-moderado | 36-60 = autismo grave

Fonte: PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p. 489-494, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2014.