Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

NATHALIA TEIXEIRA CALDAS CAMPANA

Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)
na detecção de sinais de problemas de
desenvolvimento associados ao autismo

Mestrado em Psicologia

São Paulo
2013

Universidade de São Paulo

Instituto de Psicologia

NATHALIA TEIXEIRA CALDAS CAMPANA

Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)
na detecção de sinais de problemas de
desenvolvimento associados ao autismo

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como exigência parcial para a obtenção
do título de MESTRE em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento Humano

Orientador: Professor Doutor Rogério
Lerner

São Paulo

2013

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.

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

Campana, Nathalia Teixeira Caldas.

Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo / Nathalia Teixeira Caldas Campana; orientador Rogério Lerner. - São Paulo, 2013.

108 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. Desenvolvimento infantil 2. Autismo 3. Relações pais-criança 4. Psicanálise 5. Saúde pública I. Título.

BF721

Campana, Nathalia Teixeira Caldas. **Uso de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo** / Nathalia Teixeira Caldas Campana; orientador Rogério Lerner. – São Paulo, 2013.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientador: Professor Doutor Rogério Lerner.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Rogério Lerner, que me acompanhou durante todo o processo de construção desta pesquisa por ter oferecido esta oportunidade, confiando em meus estudos e pelas discussões que tanto contribuíram para a minha aprendizagem como pesquisadora.

À Isabel da Silva Kahn Marin, com quem aprendo diariamente, pela inspiração, dedicação e discussões fundamentais que tornaram possível este trabalho.

À Maria Cristina Machado Kupfer, pela disponibilidade e contribuições oferecidas durante o exame de qualificação e na disciplina de pós-graduação ministrada em 2012 no IP.

Ao Vinícius Frayze David, do Setor de Métodos Quantitativos do IPUSP, pela disponibilidade, empenho e contribuições fundamentais para que eu pudesse pensar e organizar os dados de pesquisa.

Ao Dr. Álvaro Rodrigues Bueno, pediatra do Hospital Universitário, pela acolhida e pelo apoio a pesquisa.

À equipe do CAPSi Ipiranga, Jaqueline Mendonça, Amália Luiz Gonçalves, Karyn Nemeth, Maria Ignês de Souza Rino, Mariestela Gutierrez Leite Rossi, Monica da Silva Pacheco Nobre e Thais Alessandra Ito, pela confiança, disponibilidade e discussões de caso.

À Patrícia Rodrigues Rocha e toda a equipe do CAPSi Brasilândia, por aceitarem dialogar e participar do estudo.

À Monica Noto, por ter aberto o caminho para que a pesquisa pudesse ocorrer na Unidade de Psiquiatria da Infância da Adolescência da UNIFESP (UPIA) e no Centro Terapêutico Educacional LUMI.

Às colegas do grupo de pesquisa Ana Silvia de Moraes, Andrea Bianchini Tocchio, Angela Flexa Di Paolo, Edna Márcia Koizume Bronzatto, Fernanda Arantes e Gabriela Xavier de Araújo, pelo trabalho em equipe, pelas trocas de ideias, apoio e momentos de confraternização.

À Walquiria Castello Branco Pereira, psicóloga do Projeto Desenvolver, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa aplicando os instrumentos e discutindo os casos de bebês que participaram deste estudo.

À Mariângela Mendes de Almeida, com quem comecei meus estudos a respeito das relações iniciais pais-bebê, pela precisão e generosidade com as quais supervisionou meu percurso no método de observação de bebês.

À querida amiga Vivian Marques Figueira de Mello, pela leitura dos casos clínicos que compõem esta pesquisa, pelo incentivo e amizade.

À minha família, pelo apoio e aprendizados diários.

Ao Marcelo Figueira de Mello Precoppe, pela caminhada, alegria e companheirismo.

À todas as famílias que participaram deste estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pela concessão da bolsa de estudos para realização do mestrado e pelo apoio financeiro para custear esta pesquisa.

RESUMO

Investigar os sinais relacionados aos problemas de desenvolvimento em bebês passou a despertar o interesse de diversos pesquisadores em razão das intervenções ocorridas durante a instalação de um sintoma serem mais favoráveis ao desenvolvimento da criança. Dentre os transtornos da primeira infância, os quadros de autismo são os que podem levar a incapacitações das mais severas. No contexto da saúde coletiva, é vantajoso que os profissionais possam detectar sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo sem a necessidade da aplicação de protocolos específicos. Esta pesquisa é um estudo exploratório que investiga se os bebês que estejam se desenvolvendo em um percurso autístico serão considerados com problemas de desenvolvimento pelo Protocolo IRDI – instrumento inespecífico para diagnóstico. Para tanto, foram comparados resultados do IRDI e do M-CHAT (instrumento específico para autismo) em 43 bebês. O estudo demonstrou que dentre os riscos detectados pelo IRDI também o autismo é detectado. A partir desta constatação, foram investigados se os conceitos da psicanálise, presentes nos 4 eixos teóricos que deram origem ao IRDI, poderiam auxiliar para aumentar a compreensão do autismo e como o Protocolo poderia contribuir para a subjetividade comparecer durante a avaliação do bebê e dos seus cuidadores. Foi realizado ainda um estudo estatístico descritivo e discutidas vinhetas clínicas, o que circunscreve as análises nos campos coletivo e singular. Com relação aos eixos, o estudo verifica a possibilidade de o eixo Suposição de Sujeito não diferenciar bebês com problemas de desenvolvimento associados ao autismo daqueles que apresentam um desenvolvimento típico. E o eixo Alternância Presença/Ausência parece ser aquele que mais distingue estes bebês. As vinhetas clínicas demonstraram que o IRDI pode ser usado como um operador de leitura, que auxilia a compreensão de dinâmicas familiares e que tem potencial para orientar intervenções pontuais no momento da avaliação. Por fim, destaca-se o papel exercido pelo profissional que está a frente das avaliações, sua formação, mas também sentimentos contratransferenciais, para que a subjetividade das famílias compareça e para que o IRDI possa de fato ser utilizado como operador de leitura.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil. Autismo. Relações pais-criança. Psicanálise. Saúde pública.

ABSTRACT

The investigation on the signs of developmental problems in infants has been an area of interest for several researchers since interventions that occur during the establishment of a symptom are more favorable for development. Among infancy disorders, autism conditions are those that can lead to the most severe disabilities. Within the context of collective health, it is useful that professionals are able to identify signs of developmental problems associated with autism, without the need to apply specific protocols. The present work is an exploratory study that investigates whether infants who are progressing into autism, will be considered bearing developmental disabilities by IRDI Protocol – a nonspecific instrument for diagnosis. For this reason, we compared IRDI results with those of M-CHAT (specific instrument to autism) in 43 babies. The results indicate that among the risks detected by IRDI without diagnostic specificity, autism is also detected. Hence, we investigated if concepts of psychoanalysis present in 4 theoretical axes that gave rise to IRDI could assist in a better understanding of autism. Furthermore, how the Protocol could contribute for subjectivity turning up during baby and caregiver evaluation. On this account, we made a descriptive statistical study and discussion of clinical vignettes, which limited the analyzes in the collective and singular fields. With respect to the theoretical axes, there is a possibility that the shaft Subject Supposition does not differentiate babies with development problems associated with autism. The Switching Presence/Absence axis seems to be the one that most differentiates those babies. The clinical vignettes showed that IRDI can be used as a reading operator that would help the understanding of family dynamics and that has the potential to guide targeted interventions at the time of evaluation. Finally, we highlight the role played by the professional who is responsible for the evaluation: their training and countertransference feelings, so that the subjectivity of families turns up and IRDI can actually be used as a reading operator.

Keywords: Children development. Autism. Parent-Child. Relationships. Psychoanalysis. Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Coleta de dados nas instituições que oferecem tratamento para crianças autistas	42
Tabela 2– Análise descritiva dos subgrupos no eixo Suposição de Sujeito	56
Tabela 3– Análise descritiva dos subgrupos no eixo Estabelecimento da Demanda	56
Tabela 4– Análise descritiva dos subgrupos no eixo Alternância Presença/Ausência	57
Tabela 5– Análise descritiva dos subgrupos no eixo Função Paterna	57
Tabela 6– Comparação do GT (G1) com o GC (G2-G6) por cada Eixo do IRDI	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Configuração do grupo com sinais de TEA e sem sinais de TEA	44
Gráfico 2– Frequência de cada Eixo no IRDI	45
Gráfico 3– Frequência de avaliação dos 4 Eixos nas 4 faixas do IRDI	46
Gráfico 4– Resultado das crianças do GT por item do M-CHAT com resposta associada a TEA	48
Gráfico 5– Frequência de Indicadores ausentes em bebês com e sem sinais de TEA	50
Gráfico 6– Comparação da soma de IRDIs ausentes entre bebês do GT com escore M-CHAT	51
Gráfico 7– Frequência de IRDIs ausentes por faixa do instrumento	53
Gráfico 8– Porcentagem de ausentes por Eixo em bebês do GT	54
Gráfico 9– Distribuição da frequência de ausentes nos 4 eixos do IRDI	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS DA PESQUISA	39
3	MÉTODO	40
3.1	Campo de pesquisa: as instituições	40
3.2	Sujeitos	43
3.3	Instrumentos utilizados	45
3.4	Análise dos dados	46
4	RESULTADOS	48
4.1	Resultado do GT no M-CHAT	48
4.2	Resultado da associação IRDI e M-CHAT	49
4.3	Contribuições do IRDI para detecção de sinais iniciais de autismo	52
4.3.1	Resultados GT	52
4.3.2	Comparação entre resultados do GT com GC	55
4.4	Vinhetas clínicas	62
4.4.1	José	62
4.4.2	Paulo	65
4.4.3	Helena	67
4.4.4	Júlia	69
4.4.5	Cristiano	72
5	DISCUSSÃO	75
5.1	Discussão do resultado M-CHAT	75
5.2	IRDI e sinais iniciais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo: o instrumento tomado globalmente	77
5.3	Contribuições do IRDI para a avaliação de bebês em risco para autismo: tempo da detecção e eixos teóricos	79
5.3.1	Eixo Suposição de Sujeito: o que ele tem a dizer na avaliação das crianças?	81
5.3.2	Eixo Alternância Presença/Ausência: uma contribuição específica para a detecção de bebês em risco para autismo?	83
5.4	IRDI e cuidados ambientais: norteando a avaliação	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS

ANEXOS

ANEXO 1 – Protocolo IRDI – Folha de rosto

ANEXO 2– Protocolo IRDI – 1ª ficha de aplicação

ANEXO 3– Protocolo IRDI – 2ª ficha de aplicação

ANEXO 4– Protocolo IRDI – 3ª ficha de aplicação

ANEXO 5– Protocolo IRDI – 4ª ficha de aplicação

ANEXO 6– Versão do M-CHAT em português

ANEXO 7 – Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos

1 INTRODUÇÃO

A investigação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento a partir da psicanálise se constitui como área de interesse de diversos pesquisadores há algum tempo. Sinais de sofrimento psíquico não devem passar despercebidos pelos profissionais que se ocupam de bebês considerando que as intervenções clínicas realizadas durante a instalação de um sintoma são mais favoráveis ao desenvolvimento infantil. Dentre os transtornos da primeira infância, os quadros que podem levar a prejuízos mais severos para o desenvolvimento são aqueles pertencentes ao espectro de autismo. No contexto da saúde coletiva é vantajoso que os profissionais possam contar com instrumentos de fácil aplicação e que não sejam necessários diversos protocolos para detectar transtornos específicos.

Desta forma, o Protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), por ser inespecífico para diagnóstico, pode ser uma opção interessante para ser utilizado no contexto de atenção primária. Esta pesquisa é um estudo exploratório a respeito da associação entre resultados obtidos com a aplicação do IRDI e resultados de risco para autismo obtidos a partir da aplicação do *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) – instrumento desenvolvido com a finalidade de identificar crianças com sinais de autismo a partir dos 18 meses de vida. Este estudo pretende investigar se o IRDI seria capaz de detectar bebês em percurso autístico e discutir a possibilidade de esse instrumento ser utilizado como ferramenta de avaliação no contexto da saúde coletiva, sem restringir seu uso à triagem. Será enfatizado o fato de que no processo de avaliação de sinais iniciais de autismo, embora o diagnóstico psiquiátrico feito por questionário possa confirmar a presença e o grau de severidade do transtorno, pouco informa a respeito da experiência da criança e de sua família. Desta forma, a triagem de sinais que apontam para o autismo é apenas uma parte da avaliação. Além de instrumentos padronizados, o profissional que estiver conduzindo as avaliações deve fazer observações

qualitativas, influenciadas pela prática clínica e pela contratransferência, que ajudem a compreender a situação pesquisada.

Esta dissertação foi desenvolvida no contexto de um grupo de pesquisa denominado *Transtornos do espectro de autismo: detecção de sinais iniciais e intervenção* registrado no CNPq e coordenado pelo Prof. Dr. Rogério Lerner. Até 2013, o grupo foi composto por seis pesquisadoras que investigaram questões relacionadas à detecção de sofrimento em bebês e à formação de profissionais da saúde para detectar problemas de desenvolvimento em crianças de até 18 meses. Apesar de cada pesquisador ter a sua pergunta de pesquisa, a coleta de dados foi feita em grupo, formando assim um banco de dados comum. A pesquisa de campo ocorreu na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP, em 14 Unidades Básicas de Saúde do Embu, no Centro Cruz de Malta, em 7 Centros de Atenção Psicossocial Infantil do Estado de São Paulo (CAPSI), no Ambulatório de Autismo do Instituto de Psiquiatria da USP, na Unidade de Psiquiatria da Infância da Adolescência da Unifesp (UPIA) e no Centro Terapêutico Educacional LUMI.

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil foi realizada no Brasil por um grupo de especialistas¹ no período de 2000 a 2008, a pedido do Ministério da Saúde. Este estudo validou um instrumento (IRDI) composto por 31 indicadores clínicos de desenvolvimento, observados nos primeiros 18 meses de vida do bebê e cuja ausência, de dois ou mais indicadores, pode estar associada tanto a problemas de desenvolvimento, quanto a risco psíquico em crianças de 3 anos (KUPFER et al. 2008; KUPFER et al. 2009)². Os indicadores estão distribuídos em quatro faixas conforme o Quadro 1:

1 Grupo de experts reunido por Maria Cristina Machado Kupfer, do IPUSP, para construir o protocolo de indicadores e para conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo foi constituído por Leda M. Fischer Bernardino, da PUC de Curitiba, Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante, do CPPL de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e M. Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele Wanderley, de Salvador, Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Profa. Regina M. R. Stellan, da UNIFOR de Fortaleza, Flávia Dutra, de Brasília, Otavio Souza, do Rio de Janeiro, Sílvia Molina, de Porto Alegre, com coordenação técnica de M. Eugênia Pesaro, coordenação científica de Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional de M. Cristina M. Kupfer.

2 Os indicadores estão descritos nas fichas de aplicação e integram os ANEXOS 1 a 5 deste estudo.

Quadro 1 – Indicadores Clínicos de Risco 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.
8 a 12 incompletos	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 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 meses	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.

	<p>28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.</p> <p>29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</p> <p>30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</p> <p>31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.</p>
--	---

Fonte: Kupfer et al., 2008

O IRDI foi elaborado a partir da articulação da psicanálise com outros campos para ser utilizado por profissionais em dispositivos de atenção primária³, razão pela qual é inespecífico para diagnóstico. O instrumento foi construído a partir de quatro eixos fundamentais em torno dos quais se organiza a subjetividade (KUPFER et al., 2009; MARIOTTO, 2009; PESARO, 2010) e está fundamentado nos conceitos da psicanálise a respeito do desenvolvimento emocional do bebê e da relação estabelecida entre ele e seus pais. A originalidade do protocolo reside justamente em avaliar o desenvolvimento a partir da interação pais-bebê, dado que a maior parte das escalas investiga apenas aspectos da criança referentes ao grosso motor, psicomotor e adaptativo social, desconsiderando os operadores relacionados ao processo de subjetivação.

1. Eixo suposição do sujeito (SS): Refere-se aos movimentos de antecipação por parte do cuidador, ou seja, a possibilidade de os pais atribuírem sentido às ações do bebê, supondo um sujeito no qual a subjetividade ainda não está instalada. É a partir desta antecipação que o sujeito poderá advir. Segundo Bernardino (2006) o bebê possui reflexos que só passam a ter sentido quando encontram alguém para dar significado a eles. Este eixo destaca a participação e o valor dos pais como operadores das estruturas mentais do bebê. Em razão disso, os indicadores construídos a partir desse eixo são direcionados aos pais.

³ Alguns indicadores serviram de base para a construção dos itens “Desenvolvendo-se com afeto” da Caderneta de Saúde da Criança, adotada pela Área de Saúde da Criança (responsável pelo financiamento da pesquisa mencionada, em associação com a Fapesp) do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

2. Eixo estabelecimento da demanda (ED): Refere-se às primeiras reações involuntárias do bebê (choro, agitação motora) que serão reconhecidas e interpretadas pelos pais como um pedido dirigido a eles. É esse reconhecimento que permitirá ao bebê construir uma demanda a todos com quem vier a se relacionar. Bernardino (2006) afirma que antes de falar por si, o bebê é falado: dizem-lhe o que ele sente, o que vai fazer, o que deve pensar do mundo. Assim, o que fica em evidência neste eixo é a alienação necessária do bebê em um período inicial de vida. Os indicadores construídos a partir desse eixo são direcionados tanto aos cuidadores quanto ao bebê.

3. Eixo alternância presença/ausência (PA): Refere-se às ações do cuidador que o mantém alternadamente presente e ausente para o bebê. Neste contexto, a presença e a ausência são, sobretudo, da ordem do simbólico. Este eixo é fundamental para a constituição psíquica, pois é a alternância que possibilita a ação das funções materna e paterna. É importante que gradualmente a mãe passe a não satisfazer de imediato todas as necessidades do bebê, pois isso abrirá uma brecha para que ele desenvolva a sua capacidade de solicitar e pensar. Assim, ao mesmo tempo em que a mãe antecipa e sustenta as produções do filho, deve oferecer um espaço no qual ele poderá ser ativo e se implicar como sujeito de uma realização. A possibilidade dos pais se surpreenderem com o seu bebê demonstra a existência de um espaço para que a criança possa responder como sujeito. Os indicadores construídos a partir desse eixo também são direcionados tanto ao cuidador quanto ao bebê.

4. Eixo função paterna (FP): diz respeito à inscrição de um terceiro na relação mãe-bebê. A instalação desta função insere a criança na problemática edípica e, portanto, introduz o bebê no campo da interdição e da diferença. A entrada desse terceiro, usualmente o pai, permite que a criança se constitua como um sujeito separado do outro cuidador, o que possibilita a existência simbólica. Neste momento, o adulto começa a confrontar o infans com as leis da linguagem em que cada coisa tem seu representante na língua. É essa passagem que possibilita a criança se constituir como sujeito do desejo e da cultura.

A partir da breve apresentação dos quatro eixos mencionados, é possível perceber que eles não são funções separadas e não comparecem de forma isolada no processo subjetivo. Eles dizem respeito ao processo de constituição do sujeito, que só é possível na relação do bebê com o cuidador.

A pesquisa IRDI foi realizada em nove cidades brasileiras e utilizou um desenho de corte transversal, seguido por um estudo longitudinal em uma amostra de 726 crianças atendidas nas clínicas pediátricas de 11 centros de saúde. Após três anos de acompanhamento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psicológicos ou psiquiátricos e as associações com o IRDI.

Para o desfecho clínico, formou-se uma subamostra de 267 crianças que aos três anos foram submetidas a diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico por meio de dois protocolos criados para este fim: os roteiros para Avaliação Psicanalítica (AP3) e para Avaliação Psiquiátrica. Com base nos resultados da avaliação psicanalítica foi elaborada uma tabela de sintomas clínicos. Definiu-se, em seguida, 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 (risco psíquico).

As análises estatísticas apontaram que o IRDI possui uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento a capacidade de prever risco psíquico (LERNER e KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2008; KUPFER et al., 2009; KUPFER et al., 2010). Segundo os autores, para encontrarmos uma patologia como o autismo, que tem pequena incidência na população infantil, teria sido necessário uma amostra maior.

Mas quatro indicadores, isoladamente, e três grupos de indicadores, mostraram possuir sensibilidade para um provável risco de entaves no processo de constituição do sujeito. Assim, esse conjunto de 18 indicadores poderá também permitir a localização precoce de riscos de patologias mais graves, o que coloca a pesquisa a serviço de uma atualíssima tendência do cenário internacional: a de buscar instrumentos para a detecção e a pronta intervenção em um momento do desenvolvimento no qual pode ainda ser possível alguma reversão desses quadros (KUPFER et al., 2008, p.227).

Esse dado aponta para a necessidade de se realizar pesquisas que estudem a articulação do IRDI com o autismo, o que justifica a proposta desta dissertação.

Acerca dos resultados finais da pesquisa, Kupfer et al. (2008, p. 225) destacaram quatro indicadores capazes de predizer risco psíquico, medido pelo risco relativo, estatisticamente significativo: IRDI 7 (a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas necessidades), IRDI 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela), IRDI 22 (a criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada) e IRDI 30 (os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança).

Após a análise estatística fatorial, os seguintes conjuntos de indicadores tiveram correlação significativa para predizer risco psíquico: na primeira faixa, todos os cinco indicadores formaram um só fator; na segunda faixa, há um fator formado pelos indicadores 6,7,8,9; na terceira, o fator é composto pelos indicadores 16 e 22 e na quarta faixa há um fator formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30, que é significativo para predizer riscos psíquicos e de desenvolvimento.

Partindo da premissa de que o desenvolvimento humano é o resultado dos processos maturativos de ordem neurológica e genética em articulação com os processos de constituição do sujeito psíquico, o IRDI foi desenvolvido privilegiando a relação do sujeito psíquico com o desenvolvimento, articulando métodos estatístico e clínico, uma tendência que não é encontrada frequentemente na literatura científica. Kupfer e Bernardino (2009) afirmam que, por mais que os dados estatísticos sejam estranhos à psicanálise, podem ser empregados para realizar uma pesquisa que, não sendo psicanalítica em seu sentido restrito, pode ser nomeada pesquisa em psicanálise – tendência que tem sido encontrada em estudos acadêmicos. A este respeito, Pesaro (2010) afirma:

Os indicadores e a avaliação foram construídos a partir da experiência clínica dos pesquisadores em entrevistas e análises com crianças pequenas e a capacitação, ou transmissão da noção de sujeito, se sustenta na transferência. Em contraposição, o delineamento do estudo e a validação dos indicadores seguiram a metodologia experimental (2010, p.15).

Bernardino (2008, p.128) reconhece o receio que a noção de classificação diagnóstica desperta nos psicanalistas, pois o que se teme é o apagamento da singularidade do psiquismo, a rotulação e o reducionismo. Porém, a autora afirma 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.

Esta breve discussão metodológica do IRDI é útil aos objetivos desta pesquisa, pois é a partir dos conceitos psicanalíticos presentes no instrumento e traduzidos em forma de indicadores que será avaliada a interação pais-bebê ao longo das aplicações. Além disso, é possível percebermos que uma das grandes contribuições do IRDI é o seu potencial para avaliar tanto os dados quantitativos e parametrizáveis, relevantes para o campo da saúde coletiva, quanto os dados qualitativos que consideram a experiência vivida entre bebês e seus cuidadores na medida em que permite intervenções singulares.

Já é possível encontrar na literatura pesquisas recentes que utilizaram o IRDI como um instrumento de investigação para questões referentes ao desenvolvimento infantil. Todas apontam para a potencialidade do IRDI como instrumento de triagem e de detecção de situações que consideram o vínculo pais/cuidador-bebê.

Mariotto (2009) adaptou o IRDI para utilizá-lo em duas creches de Curitiba a fim de verificar a possibilidade de usá-lo na detecção de riscos psíquicos no ambiente da educação infantil. Neste contexto, porém, o instrumento foi utilizado como maneira de dar voz ao educador, implicando-o na função de subjetivar o bebê, e não aplicado como um protocolo para detectar o sofrimento emocional, finalidade para a qual foi formulado originalmente. Embora tenha sido um estudo preliminar, sugere a extensão que o IRDI poderá alcançar ao ser levado também para o campo da educação. Ainda no contexto da educação infantil, Bernardino, Vaz, Vaz e Quadros (2008) utilizaram o IRDI em dois

berçários de uma creche para analisar a relação entre educadoras e bebês, em uma discussão sobre a formação destes profissionais.

A tese de Pesaro (2010) ampliou as bases teóricas do IRDI fundamentando cada um dos 31 indicadores. Além disso, houve uma discussão metodológica que concluiu que a articulação do método experimental com o método clínico favoreceu a interação e o diálogo do psicanalista com os profissionais de outras disciplinas sem que para isso fosse necessário adaptar ou abrir mão da psicanálise, dado que os fundamentos da pesquisa eram psicanalíticos.

Di Paolo (2010) desenvolveu um estudo exploratório sobre a sensibilidade do IRDI e da AP3 na qualidade de vida e na condição sintomática de crianças aos seis anos. Os resultados apontaram para uma associação significativa entre os indicadores clínicos e o índice psicossocial do CHQ-PF50 – instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida. Concluiu-se que o IRDI é capaz de detectar tendências para problemas de desenvolvimento expressos nos primeiros 18 meses de vida do bebê, que podem se estender até o sexto ano e diminuir a qualidade de vida da criança a partir da perspectiva de seus pais.

Lerner (2011) pesquisou a capacidade discriminativa do IRDI para autismo, retardo mental e normalidade aplicando os indicadores em vídeos caseiros de bebês que se tornaram crianças autistas. Verificou-se ainda se itens de outros dois instrumentos, o Questionário do Desenvolvimento da Comunicação (QDC) e o conjunto de sinais do Programa de Estudos e Pesquisas em Autismo (PREAUT) poderiam ser incorporados ao IRDI para aumentar a capacidade discriminativa mencionada. Os seguintes indicadores mostraram capacidade discriminativa estatisticamente significativa: IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe), IRDI 10 (a criança reage quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela), IRDI 16 (a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa), IRDI 29 (a mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos) e IRDI 30 (os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança). Assim, o IRDI demonstra ter poder de discriminação entre autismo, retardo mental e normalidade, justificando que se

façam pesquisas sobre o seu uso na detecção de quadros de transtorno do espectro de autismo, mas desta vez aplicando o protocolo diretamente nas crianças e incorporando itens de outros instrumentos que também têm capacidade discriminativa.

Lerner et al. (2011) afirmam que, por se tratar de uma pesquisa com vídeos caseiros, muitos dos itens do IRDI não puderam ser avaliados, o que limitou o estudo proposto. Porém, a partir dos resultados obtidos, foi possível identificar paralelos com aqueles resultados encontrados na Pesquisa Multicêntrica que estabeleceu os indicadores.

Kupfer et al. (2013) sugerem que o IRDI tenha uma ação preventiva na primeira infância, o que deu origem a uma proposta de trabalho denominada *metodologia IRDI*. Neste contexto, o uso do instrumento não ficaria restrito a detecção de sinais de sofrimento precoce e ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico, mas passaria a ser utilizado como um operador de leitura que auxiliaria as intervenções. Os autores destacam ainda que a entrada do IRDI nas creches tem o objetivo de chamar a atenção dos educadores para a importância do desenvolvimento psíquico e enfatizar movimentos subjetivantes que podem estar sendo pouco considerados.

Tocchio (2013), partindo da consideração de que a formação de profissionais da saúde nem sempre aborda a subjetividade do bebê, investigou em que medida enfermeiros e auxiliares de enfermagem se apropriam dos fundamentos do IRDI no que se refere ao aspecto relacional pais-bebê e verificou como estes profissionais acompanham a população infantil com o uso deste instrumento. Para isso, foi oferecido um curso de formação dividido em quatro aulas durante um ano e uma monitoria sobre as aplicações do instrumento feitas pelos profissionais. Os resultados indicaram que, após um ano, houve uma especificação de menção a aspectos subjetivos da interação entre os pais e o bebê. Conclui-se, por fim, que para possibilitar que enfermeiros e auxiliares se apropriem do IRDI é necessário uma formação que não se restrinja a técnica e que inclua referências aos aspectos vivenciados no dia a dia dos profissionais, além do acompanhamento contínuo por meio de monitoria.

Ainda no campo da formação de profissionais de saúde, De Moraes (2013) realizou um estudo exploratório que avaliou uma experiência de formação com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o uso do IRDI. O objetivo foi verificar as possíveis influências da sua formação na prática destes profissionais. A autora concluiu que a entrada do IRDI no contexto da Atenção Primária deve considerar tanto um percurso em longo prazo quanto as particularidades de cada Unidade Básica de Saúde. Assim, para que o IRDI possa influenciar a prática do ACS, a ponto dele passar a considerar a subjetividade dos bebês e a relação estabelecida entre eles e seus cuidadores, sugere-se a realização de encontros formativos regulares, seguidos de acompanhamento particularizado em monitoria por um psicólogo nos serviços de saúde envolvidos.

Dentre os transtornos da infância, os quadros que podem levar a incapacitações das mais severas são aqueles pertencentes ao espectro de autismo, atualmente considerado uma síndrome neuropsicodesenvolvimental (GOLSE, 2005). Considera-se que a noção de autismo, assim como os seus critérios diagnósticos, têm sofrido uma série de modificações ao longo do tempo. A seguir, serão relatadas algumas pesquisas que investigaram os sinais iniciais de autismo recentemente.

É necessário distinguir que os estudos empregam o termo autismo para se referir a um espectro de síndromes com características comportamentais comuns: Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (DSM IV), Transtorno Global do Desenvolvimento (DSM IV-TR) e Transtorno do Espectro do Autismo (DSM-V, 2013) (LAMPREIA 2003; TEIXEIRA et al. 2010). Entre as principais características do espectro destacam-se as dificuldades na interação social, os déficits na comunicação e os padrões restritos e repetitivos de comportamentos, de interesses e de atividades dessas crianças. Porém, por se tratar de um quadro heterogêneo, algumas crianças apresentam sinais de autismo desde os primeiros meses de vida, enquanto outras só os manifestam de forma mais evidente após um ano de idade. Além disso, os sintomas mais comuns não se expressam do mesmo modo nas crianças, apesar deles apresentarem uma certa regularidade que nos permite a construção de um diagnóstico.

Nos últimos anos, as pesquisas apontaram para um aumento significativo de casos diagnosticados como autismo na população em geral. Wing e Potter (2002) afirmam que, no estudo original de Kanner publicado em 1943, o autismo era considerado raro, com uma prevalência em torno de duas a quatro por dez mil crianças. No entanto, trabalhos posteriores relataram aumentos anuais de incidência entre as crianças. Os índices recentes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2009) apontam a prevalência de um caso em cada 110 crianças. E em 2013 já é possível encontrar estudos norte-americanos que apontam para a prevalência de um caso para cada 88 (ROBINS, BARTON e FEIN, 2013).

As possíveis razões para esse aumento incluem novos critérios diagnósticos, o desenvolvimento do conceito de espectro ampliado de autismo, as metodologias diversas utilizadas nos estudos sobre o tema, maior percepção e conhecimento do problema pelos pais e profissionais, o desenvolvimento de serviços especializados e o aumento real no número de casos. Assim, cada vez mais os transtornos do espectro de autismo tem preocupado profissionais e pais de crianças pequenas e ampliado os debates nas mais diversas áreas do saber, como por exemplo na psicologia do desenvolvimento, na psicanálise, na medicina, na saúde pública, na enfermagem e na educação.

Teixeira et al. (2010) realizaram um estudo de revisão sistemática, com o objetivo de analisar a produção científica de autores brasileiros a respeito do Transtorno do Espectro Autista (TEA), entre os anos de 2002 e 2009. Os resultados indicaram que a maioria dos artigos eram baseados em amostras pequenas e se relacionavam a programas de intervenção para casos de TEA. Os autores concluíram que eram necessários novos estudos com amostras maiores para obterem maior impacto e visibilidade da produção científica brasileira relativa ao TEA.

Nos EUA e na UE há pesquisas que estudaram o autismo em grandes amostras e que contribuíram para detectar os sinais iniciais de TEA. Porém foi dada prioridade a uma metodologia que não considerou a singularidade de cada sujeito/família avaliada. Embora o número de amostras utilizadas não

permitissem uma análise individual dos entrevistados, chamou a atenção o fato de que nenhuma destas pesquisas associou análises quantitativas a dados qualitativos. Isso pode revelar uma tendência a detecção que não considera a subjetividade e que poderá levar ao risco de apenas alarmar os pais e aprisionar a criança em uma previsão diagnóstica.

As pesquisas de Baron-Cohen, Allen e Gillberg (1992) e Baron-Cohen et al. (1996) tiveram como objetivo principal investigar se a detecção de sinais iniciais de TEA é possível aos 18 meses de idade, visto que geralmente o diagnóstico se estabelece por volta dos três anos. Para isso, utilizaram uma amostra de 16 mil crianças na Inglaterra cujas avaliações foram realizadas durante consultas de rotina aos 18 meses, por meio do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT). Dificuldades para apontar protodeclarativamente, para demonstrar comportamento de atenção compartilhada e brincar de faz de conta representaram 83,3% de chance de expressão de autismo. Segundo os autores, estas dificuldades são específicas para TEA quando comparadas com outras formas de atraso relacionadas ao desenvolvimento.

Teitelbaum, Nye, Fryman e Maurer (1998) analisaram vídeos caseiros de 17 bebês que se tornaram crianças diagnosticadas como autistas utilizando a *Eshkol-Wachman Movement Analysis System*. Concluíram que distúrbios de movimentação na primeira infância têm um papel importante no fenômeno do autismo e servem como um indicador de risco para o quadro.

Sigman, Dijamco, Gratier e Rozga (2004), em revisão da literatura sobre os indicadores de risco para autismo, concluíram que os elementos centrais apresentados nas pesquisas dizem respeito aos aspectos do desenvolvimento relacionados às capacidades sociais ocorridas antes dos 18 meses: interação e imitação diádica, discriminação emocional e apego.

Sullivan et al. (2007) avaliaram respostas de atenção compartilhada em 51 crianças aos 14 e aos 24 meses de idade. Concluíram que a ausência de respostas para a atenção compartilhada é um item importante na avaliação de sinais iniciais de autismo.

Desenvolvido por Robins, Fein, Barton e Green (2001), nos Estados Unidos, o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT)(ANEXO 6) é uma versão modificada do CHAT e tem por finalidade identificar crianças com autismo a partir dos 18 meses de vida. O instrumento apresenta 23 questões para serem respondidas com “sim” ou “não”, nove delas derivadas do CHAT. As perguntas abordam temas referentes ao relacionamento social, à atenção conjunta, ao fato de se levar objetos para mostrar aos pais e a capacidade de resposta da criança ao ser convocada por uma outra pessoa. Cada questão vale um ponto numa escala de zero a 23 e o escore total é calculado a partir da soma dos pontos atingidos. Se a criança obtiver mais de três pontos oriundos de quaisquer dos itens, então será considerada em risco para autismo; se obtiver dois pontos derivados de itens críticos (questões 2, 7, 9, 13,14 e 15) também é considerada em risco, prescindindo dos demais pontos.

A tradução do M-CHAT para o idioma português utilizado no Brasil foi realizada por Losapio e Pondé (2008) considerando os aspectos de equivalência semântica, operacional e conceitual dos itens envolvidos. A tradução foi avaliada adequada por especialistas e compreendida pela população brasileira⁴. Os autores apontaram que o M-CHAT tinha sensibilidade de apenas 0,40, mas especificidade de 0,98, assim era previsto que os sinais iniciais de algumas crianças não fossem detectados pelo instrumento.

Eaves, Wingert e Ho (2006) aplicaram o M-CHAT em 84 famílias que tinham crianças entre os dois e três anos e a *Social Communication Questionnaire* (SCQ) aplicou o instrumento em 94 famílias que tinham crianças entre 4 e 6 anos, todas consideradas em risco para autismo. Os autores concluíram que o uso destas ferramentas deveria ser recomendado como parte de um programa para identificação de crianças que precisassem de assistência, mas não para a detecção específica de autismo, o que aponta para a necessidade de um aprofundamento maior nas pesquisas realizadas para este fim.

⁴ A tradução e outras informações relevantes para a utilização e a validação do M-CHAT estão no Official M-CHAT. Disponível em: <http://www2.gsu.edu/~psydlr/DianaLRobins/Official_M-CHAT_Website.html>. Acesso em: 10 jun. 2013.

Snow e Lecavalier (2008) investigaram as propriedades psicométricas do M-CHAT e do *Social Communication Questionnaire* (SCQ) em crianças pré-escolares. A amostra foi composta por 82 crianças, entre 18 e 70 meses. Do total, 54 apresentavam diagnóstico de TEA. Os autores concluíram que, em linhas gerais, o M-CHAT e o SCQ pareciam classificar mais precisamente as crianças com TEA que tinham menor grau de funcionamento intelectual e adaptativo.

Robins (2008) realizou um estudo longitudinal com 4.797 bebês utilizando o M-CHAT em ambientes de atendimento primário para detectar transtornos do espectro de autismo. Do universo amostral, 21 casos foram detectados com sinais iniciais de TEA; em apenas quatro deles o pediatra já havia referido preocupação. Os resultados deste estudo indicaram que o M-CHAT é eficaz na identificação de TEA em ambientes de atendimento primário. A autora sugeriu que novos estudos fossem realizados com esta amostra longitudinalmente.

Pinto-Martin et al. (2008) desenvolveram uma pesquisa abordando duas estratégias para detectar sinais iniciais de transtornos do espectro do autismo na atenção básica de pediatria: na primeira foi utilizado um instrumento de identificação de transtornos gerais – o *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS)– seguido por outro que identificava especificamente o autismo entre as crianças com respostas positivas ao primeiro; e na segunda estratégia foi usado um instrumento específico para identificar o autismo em todas as crianças (M-CHAT). A amostra foi composta por 152 crianças com idades entre 18 e 30 meses.

Como a primeira estratégia apresentou uma perda significativa de sujeitos que compunham o universo amostral, os autores reforçaram o uso de uma ferramenta específica para detectar o autismo em todas as crianças. Mas esta, por sua vez, deve ser aplicada em conjunto com um exame geral regular de desenvolvimento infantil.

Kleinman et al. (2008) utilizaram o M-CHAT para detectar o autismo em 3.793 bebês com idades entre 16 e 30 meses. Os casos que apresentaram risco de autismo com escore de até 8 pontos foram reavaliados através de

entrevista telefônica com os pais que tiveram a oportunidade de esclarecer alguns itens com o objetivo de evitar falsos positivos. Posteriormente, uma subamostra de 1.416 crianças entre 42-54 meses foi reavaliada. Uma certa concordância entre os resultados da primeira e da segunda aplicação reafirmaram a consistência interna do instrumento. Os resultados indicaram que o M-CHAT continuava sendo um instrumento promissor para detectar o autismo em atenção primária.

Scarpa et al. (2013) investigaram a confiabilidade do M-CHAT em pais de baixo nível socioeconômico e educacional ainda pouco estudados com base neste instrumento. Os autores justificaram a proposta afirmando que o M-CHAT ainda é a ferramenta mais bem estudada, validada e prática (é preenchida entre cinco a dez minutos) para ser utilizada no contexto de atenção primária.

Os resultados apontaram que o M-CHAT não demonstrou consistência interna aceitável quando aplicado na população com baixo nível de escolaridade, o que tornou sua validação questionável para a amostra estudada. Essa conclusão não está de acordo com pesquisas anteriores, que relataram a consistência interna do instrumento. Os autores sugeriram que para minimizar este problema os itens devem ser aplicados em entrevista com os pais.

A fim de atualizar o uso do M-CHAT como um instrumento específico para detectar sinais de autismo no contexto da atenção primária, Robins, Barton e Fein (2013) aplicaram o instrumento em 18.989 bebês. Destes, 1.737 apresentaram sinais iniciais de autismo e foram encaminhados para entrevistas de *follow-up* com os pais, por telefone, para evitar falsos positivos. Dos bebês considerados em risco para autismo pela aplicação inicial, 1.295 passaram pela entrevista e, destes, 1.023 foram considerados falsos positivos. Os 272 bebês que tiveram sinais de autismo confirmados pela entrevista foram encaminhados para avaliação, mas apenas 60% seguiram esta orientação. Ressalte-se ainda que o M-CHAT não detectou sinais de risco em 36 bebês que já haviam sido considerados em risco por pediatras ou por outros instrumentos de avaliação. Os autores concluíram que para simplificar o uso clínico do instrumento deveria ser adotado o critério de escore maior ou igual a três, eliminando a distinção dos itens críticos para detectar o risco. Além disso, observaram que bebês com escore maior ou

igual a sete deveriam ser imediatamente encaminhados para a avaliação e intervenção enquanto aqueles que tiveram escores de três a seis precisavam se submeter a entrevistas de *follow-up*.

Os estudos relatados até o momento desta pesquisa demonstraram uma tendência para a busca de sinais no comportamento do bebê que pudessem denunciar um autismo em curso, com o objetivo de oferecer uma avaliação e intervir o mais cedo possível. Esta também é uma tendência dos estudos psicanalíticos. No entanto, a psicanálise contribui especialmente com a noção de singularidade psíquica, dado que os estudos estatísticos lidam com a noção de grupo e de tendência geral.

Freud (1914) postula que, no início da vida, o bebê experimenta um estado de narcisismo inicial, caracterizado pela unidade bebê/cuidados maternos. Nesse período, a criança ainda não é capaz de distinguir excitações que se originam no próprio organismo (internas) daquelas provocadas pelo mundo externo. Assim, o bebê vem ao mundo totalmente dependente dos cuidados maternos, sem os quais não sobreviveria. Freud (1926) esclarece ainda que as primeiras experiências de separação da mãe podem representar um perigo para o bebê, desencadeando tensão e um forte sentimento de ansiedade. Laplanche e Pontalis (1987/2001) afirmam que Freud remete o estado de desamparo do bebê à prematuridade da condição do ser humano ao nascer. Como embasamento a essa ideia citam um trecho do texto *Inibição, Sintoma e angústia*:

[...] sua existência intra-uterina parece relativamente abreviada em comparação com a da maioria dos animais; ele está menos acabado do que estes quando é jogado no mundo. Por isso, a influência do mundo exterior é reforçada, a diferenciação precoce entre o ego e o id é necessária, a importância dos perigos do mundo exterior é exagerada e o objeto, que é o único que pode proteger contra esses perigos e substituir a vida intra-uterina, têm o seu valor enormemente aumentado. Esse fator biológico estabelece, pois, as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que nunca mais abandonará o homem. (p. 112)

Klein (1952) em seu texto *Sobre a observação do comportamento de bebês* argumenta que o excesso de ansiedades persecutórias e depressivas em bebês está diretamente relacionado à psicogênese das perturbações mentais e

conclui que uma percepção mais plena e geral das ansiedades e necessidades do bebê diminuirá o sofrimento na infância e facilitará a estabilidade na vida futura. No mesmo texto a autora faz referência à influência dos fatores constitucionais para o desenvolvimento do bebê, porém, afirma que eles não podem ser considerados separadamente dos fatores ambientais. Afinal, ambos contribuem para formar as fantasias, ansiedades e defesas que, embora possam seguir certos padrões típicos, são extremamente variáveis.

Spitz (1965) estudou a origem da relação objetal e os efeitos nocivos que a separação duradoura entre a mãe e o bebê podem causar no desenvolvimento da criança durante o primeiro ano de vida. Ele chamou de depressão anaclítica e hospitalismo os estados que o bebê apresenta em resposta à separação prolongada e os caracterizou por rigidez facial, lamúria, letargia e atraso do desenvolvimento. Além disso, Spitz estabeleceu que a possibilidade de verificar a ocorrência de diferenciação necessária entre a mãe e o bebê se dá através de três “pontos de organização” observáveis no comportamento da criança: o primeiro sorriso do bebê diante de um rosto humano que lhe fala, o estranhamento do oitavo mês ao se deparar com rostos pouco familiares e a capacidade da criança para dizer “não” e ao mesmo tempo aceitar frustrações e limites, ou seja, os “nãos” parentais.

Mahler (1965) denominou de *autismo normal* as primeiras semanas de vida do bebê. Esse período é caracterizado por uma indiferenciação, dado que a criança ainda não é capaz de distinguir a realidade interna da externa. A partir daí é que se dará o processo de separação-individuação descrito por Mahler em quatro subfases: a primeira, ocorrida por volta dos 5 meses e chamada de *diferenciação* (o bebê já não é tão dependente do corpo materno). A segunda, que acontece por volta dos 12 meses e é chamada de *exploração* (a criança investe narcisicamente o seu próprio corpo e os objetos que estão a sua volta). A terceira, por sua vez, é a *reaproximação* (o bebê já é capaz de se locomover e percebe que pode se separar fisicamente e por iniciativa própria de sua mãe). Este movimento gera tanto o prazer do domínio quanto a ansiedade da separação, o que em pequena quantidade favorece o processo de individuação.

Agora que percebe sua desvinculação, observamos como a criança tenta dominá-la, experimentando ativamente ir e vir, afastando-se e voltando para perto da mãe. A quantidade e a qualidade desta experiência constituem um dos melhores meios para determinar normalidade ou desvio no processo de separação e individuação. (p.38)

A quarta fase ocorre por volta dos dois anos e engloba o desenvolvimento de complexas funções cognitivas, da comunicação verbal e da fantasia. As considerações de Mahler contribuem para a compreensão do desenvolvimento emocional do bebê e dos processos envolvidos na constituição da subjetividade, com ênfase nos aspectos relacionados à aproximação e à separação entre a mãe e o bebê.

Lebovici (1983), com o objetivo de discutir a possibilidade de associação entre os dados oriundos da clínica e os resultados obtidos em avaliações quantitativas, realizou um estudo revisando o assunto e cujos autores citados afirmam que os instrumentos podem representar uma etapa útil na sistematização das impressões clínicas. Lebovici destaca que na prática, os instrumentos de avaliação podem ser utilizados nos domínios da pesquisa e da clínica. Sob a ótica da pesquisa, na ocasião, não existiam instrumentos que avaliassem a relação inicial pais-bebê; ressaltou, portanto, a possível utilidade dos instrumentos para caracterizar precocemente um dos parceiros da díade interativa: o bebê. Isto, porque, suas características determinam fortemente a interação que estabelecem com os pais. Do ponto de vista clínico, as observações feitas a partir do uso do instrumento podem representar um meio de comunicação entre os pais e o clínico.

No que se refere ao tempo necessário para a avaliação do desenvolvimento psíquico do bebê, Lebovici afirma que uma observação única é como um instante fotográfico que não considera a dimensão dinâmica, tão importante no primeiro ano de vida da criança. Para Lebovici, além de serem necessárias repetidas avaliações para determinar um prognóstico referente ao desenvolvimento do bebê, deve-se considerar os pais e o ambiente da criança no sentido mais geral do termo. O autor cita também Brazelton para afirmar que o

prognóstico poderia vir de um estudo baseado na abordagem interacional, concepção na qual o desenvolvimento infantil se opera no meio de influências recíprocas contínuas dos diferentes parceiros da interação.

Tustin (1990) baseada na observação clínica de pacientes autistas afirma que um fator significativo para o surgimento do autismo é a vivência de um “nascimento mental prematuro”, ou seja, a criança experimenta a perda em um estado ainda tão imaturo de organização psíquica que não é capaz de superar satisfatoriamente a tristeza e o luto provocados. Tustin descreve a criança autista como hipersensível à vida, alguém que utiliza objetos autistas duros, empregados de forma exclusivamente sensorial e para impedir que a criança passe pela experiência de sentir a separação física em relação ao cuidador. Assim, os objetos autistas diferem de objetos transicionais tanto em seus objetivos como na técnica de uso.

O uso de formas autistas e objetos autistas, que foram desenvolvidos para lidar com uma situação de separação mental e emocional da mãe, resulta na intensificação desta separação. O “buraco” da separação torna-se um “buraco negro” na medida em que a criança “nega” a mãe, porque ela não está sempre tão disponível quanto suas invenções autísticas. Além disso, suas necessidades de dependência são negadas e surge uma auto-suficiência patológica (TUSTIN, 1990, p.57).

A partir dos estudos de Winnicott, Tustin afirma que o bebê que se desenvolve normalmente aprende a lidar com as “falhas” maternas, já que estas são uma oportunidade para a criança pensar e criar ideias que substituirão provisoriamente a figura materna. Assim, no caso de crianças autistas, a capacidade de pensar e imaginar estariam prejudicadas justamente porque elas não entram em contato com a falta nem com a separação.

Alvarez (1992-1994), a partir da teoria de relações objetais proposta por Klein, e do trabalho com crianças que apresentam problemas de desenvolvimento, diz que o autismo pode começar como uma resposta de fuga defensiva do colapso e da dor mental. Observa também que alguns bebês parecem buscar contato de forma muito mais ativa do que outros, porém aponta

para o fato de que todas as crianças têm, desde o início, mesmo que de forma muito sutil, essa capacidade. Por fundamentar seus estudos na teoria de relação de objeto, destaca que não se trata de estudar apenas uma pessoa mas, pelo menos, duas que se relacionam. A autora propõe que dentre as funções parentais seja incluída a do *objeto reclamador*, ou seja, a função de chamar, invocar o bebê para o contato. Por fim, Alvarez contribui para a clínica dos transtornos autísticos ao atribuir também ao analista a função de reclamar a criança e ao discutir que o profissional deve estar atento às emoções contratransferenciais que lhe são despertadas ao longo de um atendimento, pois estas podem não apenas produzir mudanças no processo terapêutico, mas também se transformarem em um instrumento para uma acurada e detalhada observação da sintomatologia autística.

Segundo Sarradet (2007), a associação PREAUT realizou um estudo cujos objetivos foram indicar uma ferramenta para detectar sinais de autismo nos primeiros anos de vida e formar pediatras. Para isso, o grupo composto por psiquiatras e psicanalistas, se apoiou na teoria das pulsões desenvolvida por Freud e Lacan. A pesquisa PREAUT destacou dois sinais que deveriam estar presentes durante o primeiro ano de vida do bebê: a capacidade dele de trocar olhares espontaneamente com o seu cuidador e a instalação do terceiro tempo da pulsão, ou seja, o fato de o bebê ser ativo em se fazer objeto da satisfação do outro.

A importância da troca de olhar para o desenvolvimento psíquico da criança já é consenso na literatura. Nos textos de Lacan e Winnicott a respeito do estágio do espelho os autores destacam que a instalação da função especular ocorre permeada por trocas afetivas entre os pais e o bebê.

Winnicott (1967/1975) influenciado pelo artigo de Lacan *O estágio do espelho*, de 1949, afirma que ao olhar para o rosto da mãe, o bebê vê a ele mesmo. Assim, o rosto materno seria precursor do espelho no desenvolvimento emocional infantil. Essa noção implica que o bebê só será capaz de desenvolver uma noção de si mesmo na medida em que for visto e reconhecido pelo olhar materno.

Naturalmente, nada se pode dizer sobre as ocasiões isoladas em que a mãe poderia não reagir. Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não vêem a si mesmos. Há conseqüências. Primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se e, de uma ou de outra maneira, procuram outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente. (1967/1975, p.154)

Klautau (2008) discute que sob a ótica winnicottiana cabe à função especular materna instalar gradativamente a dimensão intersubjetiva baseada na separação eu/objeto, o que permite o desenvolvimento da percepção objetiva da realidade compartilhada.

Crespin (2004) ao descrever a função especular como uma das três fundamentais do desenvolvimento durante o primeiro ano do bebê adverte que olhar não é visão, mas uma função psíquica, que implica representação. A autora retoma Lacan para discutir que nos primeiros meses de vida é fundamental que a criança receba a confirmação de suas ações pelo adulto cuidador, o que possibilitará a emergência de um sujeito. Assim, segundo Crespin, quando o olhar está instalado, o risco de um comprometimento do bebê numa organização de tipo autística parece descartado. Entretanto, Muratori et al. (2011) afirmaram que bebês autistas trocam olhares, mas dão preferência a olhar objetos diferentemente dos bebês de desenvolvimento típico. Lerner (2011) demonstrou que bebês autistas, em comparação com aqueles de desenvolvimento normal, têm o dobro de chance de não trocar olhares no primeiro semestre e mais de três vezes no segundo.

Ainda neste campo, Crespin (2004) chama a atenção para um tipo especial de manifestação que é a *evitação seletiva do olhar*. Neste caso, o bebê é ativo em recusar o olhar, o que não corresponde a uma ausência de troca de olhar. A autora descreve que no início a recusa pode se dirigir ao rosto da mãe, o que pode ser uma resposta do bebê quando confrontado com algo difícil no olhar que ela lhe dirige. Porém, nos casos em que o estado de sofrimento se prolonga, a recusa pode se generalizar até que todo rosto humano passe a ser evitado. Evitação seletiva de olhar não resulta necessariamente em autismo. Nestes casos,

é mais comum que esteja ocorrendo um desencontro pontual entre a mãe e o bebê, um sintoma que pode desaparecer após algumas intervenções.

Laznik (2011) alerta para o fato de que no caso de bebês que se tornaram crianças autistas, desde muito cedo algo não funcionou, não se desenvolveu bem, pois foi o bebê quem não respondeu ao investimento dos pais. A ausência, ou pouca frequência, de respostas da criança pode destruir, em poucos meses, as competências dos cuidadores, ou pelo menos a confiança que têm em si mesmos. Ainda segundo a autora, para evitar o silêncio e a recusa de seus filhos, os pais passam a convocá-los pouco, até desistirem e começarem a demonstrar um leve traço de amargura.

Certos psicanalistas daí deduziram que o pai do bebê autista não levanta a hipótese de um sujeito nele. É fácil confundir consequências com causas tanto as consequências sobre o psiquismo dos pais são rápidas e invasivas, mas, faço questão de sublinhar, não irreversíveis. Nos primeiros meses, tão logo um bebê se manifeste de outro modo, os filmes atestam a rapidez de resposta dos pais e o espanto e alegria que sentem. (2011, p.13)

Laznik (2004) privilegia os sinais PREAUT para a detecção precoce de autismo, mas afirma que a ausência de trocas de olhar por si só não basta para afirmar que o bebê possa estar em risco, pois é só em associação com a ausência da instalação do terceiro tempo do circuito pulsional (Laznik, 2004) que é possível ter maior segurança sobre a necessidade de uma intervenção. A partir da leitura do texto *Pulsões e Destinos da Pulsão*, escrito por Freud em 1915, Laznik definiu que a pulsão se comporta em três tempos. O primeiro é centrado na satisfação e o bebê é ativo na busca pelo objeto oral que irá satisfazê-lo; o segundo tempo é definido como autoerótico, autocalmante, em que o bebê toma o próprio corpo como objeto de satisfação; por fim, o terceiro tempo, que é chamado de satisfação pulsional.

Laznik (2004) entende esse terceiro tempo quando, por exemplo, o bebê oferece o pezinho para a mãe morder. Ainda segundo a autora, a passividade do bebê neste terceiro tempo é apenas aparente, pois é de maneira

ativa que a criança vai se assujeitar ao outro na tentativa de despertar-lhe o prazer.

A pulsão se satisfaz pelo fato de que este circuito gira e de que cada um dos tempos tornará a passar um infinito número de vezes. Nós só podemos estar certos do caráter verdadeiramente pulsional dos dois primeiros tempos, na medida em que tivermos constatado o terceiro. O segundo tempo, em particular, pode ser completamente enganador. Frente a um bebê que, num procedimento auto-calmante, suga o dedo ou a chupeta, só podemos afirmar a dimensão auto-erótica se soubermos que o terceiro tempo do circuito pulsional está presente em outros momentos. Senão, podemos muito bem estar diante de um procedimento no qual a ligação erótica ao Outro está ausente. Se nós retirarmos o termo eros de auto-erotismo, nos encontramos face ao autismo! (2004, p. 29)

Em um trabalho anterior, Laznik (2000) afirmou que era necessário separar o conceito de pulsão daquilo que seria o instinto de sobrevivência e que o cuidador deveria ser capaz de entender os sinais expressos pelo bebê, ou seja, entender o que ele ainda não disse e ver o que ele ainda não é, pois “o corpo de um bebê não se reduz ao seu organismo, mas é uma construção feita da união deste organismo com algo que não vem do bebê, mas sim do Outro” (p.67). Essa ideia reforça a importância do ambiente para o desenvolvimento das crianças.

Por mais que o campo da detecção de sinais iniciais tenha se consolidado entre os pesquisadores de diversas áreas, estudos apontam para os riscos e para o impacto que uma suspeita sobre algo que não esteja ocorrendo bem com a criança poderá gerar nos pais, o que terá consequências na interação pais-bebê.

Rabello (2012) em um grupo de pesquisa intitulado Detecção Precoce de Psicopatologias Graves segue algumas das direções da associação PREAUT para a detecção precoce de autismo. A autora aborda o assunto afirmando, primeiramente, que a busca de sinais iniciais pode resultar na retirada de condições ideais para a subjetivação do bebê, aumentar o sofrimento familiar e diminuir o investimento no futuro da criança. Estabelece-se assim uma diferenciação do que se pode chamar de “identificação precoce preventiva” de uma “identificação precoce preditiva”.

No contexto das detecções precoces, Cohen et al. (2011) realizaram um estudo a respeito do impacto que a suspeita de má-formação fetal tem sob as

representações maternas. Os autores partiram da observação clínica de que ao longo das terapias que abordam os transtornos da interação pais-bebê é frequente as mães fazerem referências ao fato de que, na época da gestação, os exames de pré-natal sugeriram a possibilidade de uma má-formação do filho. Os autores concluíram que, ao longo da gestação, uma suspeita sobre a integridade física e mental do bebê poderá gerar um transtorno na interação pais-bebê e mesmo que esta suspeita não se confirme, a situação terá consequências para o desenvolvimento da futura criança.

Campanário (2008) discute que o atendimento de bebês com sinais iniciais de autismo não está situado no campo da prevenção, pois, nestes casos, já existem indícios de que algo no desenvolvimento da criança não vai bem. No entanto, um sintoma trabalhado no período de seu aparecimento pode ter consequências psíquicas menos graves no futuro. Apesar de ser reconhecida a importância da intervenção inicial nos casos de bebês em percurso autístico, é importante que o trabalho clínico não obedeça a um processo disciplinar, exercido a partir de normas para cumprir a função de manutenção da ordem moral e social.

Jerusalinsky (2002) afirma que nas consultas pediátricas comparecem todos os elementos necessários para que uma leitura a respeito da constituição subjetiva do bebê possa ocorrer. A autora discute que na detecção precoce é preciso ler tanto as primeiras marcas simbólicas quanto a forma pela qual o discurso parental se põe em ato nos cuidados dirigidos ao bebê. Destaca ainda que instrumentos inespecíficos para diagnóstico na primeira infância introduzem um não saber a respeito do sintoma da criança que pode minimizar efeitos de profecias autorrealizáveis. A autora alerta ainda para o fato de que um indicador clínico está sujeito a modificações e que, desta forma, um único sinal é insuficiente para estabelecer uma correlação fechada com uma determinada patologia.

Portanto, não cabe a discussão sobre se é necessário ou não detectar sinais iniciais de sofrimento, mas o fato desta prática ser pensada em um contexto que considere a subjetividade de cada família, além das suspeitas só serem apontadas quando a avaliação tiver elementos suficientes (e ao longo do

tempo) para justificar a preocupação com o desenvolvimento da criança. Para além dos sinais iniciais, os profissionais devem estar preparados, articulados a uma rede de cuidados, para oferecer aos pais um espaço terapêutico no qual poderão buscar alternativas para lidar com as dificuldades que lhes forem apresentadas.

Conforme apresentado inicialmente, o objetivo desta pesquisa é investigar se existe uma associação entre os resultados do IRDI e os resultados de risco para autismo do M-CHAT. Essa proposta se justifica na medida em que a Pesquisa Multicêntrica que estabeleceu os indicadores não investigou – e nem tinha a pretensão de fazê-lo – o potencial do protocolo para detectar bebês que estivessem se desenvolvendo em percurso autístico. Além disso, embora já existam instrumentos validados para essa discriminação, estes são protocolos específicos para detectar sinais iniciais de autismo, o que no contexto da saúde coletiva não parece ser a melhor estratégia. Assim, se houver uma associação entre os resultados dos dois instrumentos, este estudo poderá contribuir para que a subjetividade compareça neste âmbito e eventualmente amplie a compreensão sobre o autismo a partir de conceitos da psicanálise presentes nos quatro eixos que deram origem aos Indicadores.

Para tecer esta trama foi necessário reunir muitos fios e enfrentar diversos desafios. Realizar esse trabalho de enlaçamento implicou coletar dados em grupo para aumentar o número da amostra. A proposta foi concluída em aproximadamente 18 meses e a metodologia partiu da interlocução entre os métodos experimental e clínico; por fim, as análises consideraram aspectos quantitativos e qualitativos.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo geral

- Verificar se um bebê que está se desenvolvendo em percurso autístico de acordo com o M-CHAT será considerado caso para sofrimento psíquico ou problemas de desenvolvimento pelo IRDI.

Objetivos específicos

- Contribuir para que a detecção de sinais iniciais de autismo em bebê no contexto da saúde coletiva seja feita levando em consideração a subjetividade das crianças.
- Discutir a possibilidade de o IRDI aumentar a compreensão do autismo a partir de conceitos da psicanálise presentes nos quatro eixos que fundamentaram a construção dos Indicadores.

3 MÉTODO

Neste capítulo serão apresentadas as instituições e os sujeitos que participaram do estudo, os instrumentos utilizados e o percurso para a análise dos resultados.

3.1 Campo de pesquisa: as instituições

O campo de pesquisa foi constituído por diversas instituições na tentativa de compor um universo amostral robusto. O primeiro critério adotado para definir os locais nos quais a pesquisa deveria ocorrer foi o de receber bebês em consultas profiláticas no contexto da saúde coletiva. Essa conduta se justifica pois, além de priorizar os locais que recebem bebês diariamente, é necessário que as crianças retornem com frequência a esses locais, dado que o IRDI é aplicado ao longo de um ano e meio. Além disso, ficaria garantida a aplicação do instrumento no contexto da saúde coletiva. A partir desta escolha, a pesquisa teve início na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP (HU), em 14 Unidades Básicas de Saúde do município de Embu e no Centro Cruz de Malta.

Na Clínica Pediátrica do HU o IRDI foi aplicado por pesquisadoras do grupo ao longo das consultas pediátricas de rotina. Foram observados a interação pais-bebê durante as consultas, os comportamentos do bebê diante do médico e das pesquisadoras e o relato dos pais ao pediatra a respeito da experiência que estavam construindo com o filho. A entrada neste campo confirmou a afirmação de Jerusalinsky (2002) a respeito das consultas pediátricas oferecerem os elementos necessários para permitir uma leitura a respeito da constituição subjetiva do bebê. O retorno dos bebês costumava ocorrer a cada três meses, o que favorecia as aplicações do IRDI com frequência. No entanto, o bebê/família não era avaliado obrigatoriamente sempre pela mesma pesquisadora. Aos 18 meses da criança o M-CHAT era preenchido pelos pais.

As Unidades Básicas do Embu e o Centro Cruz de Malta foram o campo de pesquisa para a realização dos trabalhos do grupo relacionados à

formação de profissionais. Neste contexto, o IRDI foi aplicado pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que participaram do curso de formação oferecido pelo grupo de pesquisa. As informações relativas a essas aplicações compuseram o banco de dados e as três crianças que apresentaram risco a partir da terceira faixa do instrumento foram encaminhadas ao Projeto Desenvolver⁵. Os profissionais começaram aplicando o IRDI em 220 crianças, mas não completaram as quatro faixas do instrumento. Por esta razão, as crianças de Embu não compuseram o universo amostral desta pesquisa. Por outro lado, as crianças em risco encaminhadas ao Projeto Desenvolver entraram neste estudo, pois a psicóloga do Projeto não só concluiu a aplicação do IRDI como aos 18 meses de idade dos bebês aplicou o M-CHAT.

Após seis meses de coleta, restringir o campo a essas instituições não demonstrou ser uma estratégia favorável para responder à pergunta de pesquisa, pois as aplicações haviam começado em 270 bebês e, mesmo considerando os dados de epidemiologia que referem um caso de autismo para cada 88, com esse universo amostral provavelmente o número de crianças que apresentariam sinais iniciais de autismo não passariam de três.

Com o objetivo de solucionar este problema, o grupo de pesquisa ampliou seu campo de atuação para as instituições que oferecem tratamento para crianças diagnosticadas como autistas e propôs uma parceria a sete Centros de Atenção Psicossocial Infantil do Estado de São Paulo (CAPSI), ao Ambulatório de Autismo do Instituto de Psiquiatria da USP (IPQ), a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Unifesp (UPIA) e ao Centro Terapêutico Educacional LUMI a fim de avaliar bebês irmãos de crianças diagnosticadas como autistas. Esta medida se justifica uma vez que esses bebês são considerados de risco para autismo, segundo a literatura especializada (MECCA,2011; DE ARAÚJO,2010; OSBORNE McHUGH, SAUNDERS e REED,2008; BENSON e KARLOF,2008;

⁵ Ligado ao Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e coordenado pela Dra. Rosa Resegue, o Projeto Desenvolver oferece tratamento transdisciplinar para crianças que residem no Embu e que apresentam pelo menos uma das seguintes características: peso ao nascer menos que 1.500 gramas; anorexia neonatal grave e/ou tempo de permanência no Berçário maior do que 5 dias; mãe alcoólatra ou usuária de drogas; pacientes com microcefalia ou malformações congênitas e pacientes com suspeita de risco para o desenvolvimento. O Projeto funciona também como centro de treinamento e reciclagem dos pediatras e demais profissionais envolvidos na assistência a criança no município de Embu.

YIRMIYA 2006; GORWOOD e RAMOZ, 2005). Porém, era preciso atenção para que essas crianças não fossem aprisionadas em uma predição autística.

Antes dos dados serem coletados nos locais que atendem crianças autistas foi feita uma pesquisa no prontuário dos pacientes para verificar quais delas tinham irmãos de até 18 meses. Após essa etapa, os profissionais de referência nas instituições apresentaram a proposta de pesquisa para os pais das crianças com o objetivo de verificar se eles tinham interesse em participar do estudo. Esse processo demorou mais de três meses para ser concluído. Na tabela 1 apresentamos as instituições que participaram da pesquisa, o número de pacientes autistas atendidos entre 2011 e 2012, quantos deles tinham irmãos bebês e a quantidade de crianças avaliadas com o IRDI e o M-CHAT.

Tabela 1: Coleta de dados nas instituições que oferecem tratamento para crianças autistas

Local	Número de pacientes	Número de irmãos até 18 meses	Bebês avaliados com IRDI e M-CHAT
CAPSi-Santo Amaro	22	3	1
CAPSi-Vila Prudente	33	2	1
CAPSi-Ipiranga	14 ⁶	1	4
CAPSi-Mooça	49	2	0
CAPSi-Guarulhos	92	4	0
CAPSi-Lapa	25	0	0
CAPSi-Jabaquara	42	0	0
CAPSi-Brasilândia	40	3	2
Upiá-UNIFESP	26	0	0
IPq-USP	496	5	5
Centro LUMI	30	1	1
TOTAL	869	17	14

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana e Angela Flexa Di Paolo

⁶ Desses 14 pacientes do CAPSi-Ipiranga, 2 ainda não tinham completado 18 meses de idade e, por isso, também foram incluídos na amostra. Uma criança já tinha 2 anos, mas em discussão com a equipe do CAPSi foi considerado relevante avaliá-la com o instrumento. A discussão deste caso será feita durante a pesquisa.

Na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário, nas Unidades Básicas de Saúde e no Centro LUMI os bebês foram avaliados dos 0 aos 18 meses, mas nos outros locais, nem sempre foi possível aplicar o protocolo desde os primeiros meses de vida. Isto acontecia porque quando a pesquisa era proposta os bebês já tinham cerca de um ano. Nestas situações, as faixas anteriores do IRDI foram aplicadas em retrospectiva através de perguntas dirigidas aos pais. Além disso, como não existia a possibilidade de acompanhar as consultas pediátricas dos bebês irmãos de autistas, os pais foram convidados para participar junto dos seus bebês de algumas conversas com a pesquisadora. Cada família foi ouvida individualmente para a aplicação do IRDI e, ainda que os indicadores orientassem as perguntas dirigidas aos pais e as observações que seriam feitas, os encontros não obedeceram a um *setting* rígido, ou seja, o instrumento não foi aplicado como um questionário, de forma automática, porque assim as famílias puderam se sentir acolhidas e deixar as informações surgirem espontaneamente. Cada encontro durava aproximadamente quarenta minutos.

3.2 Sujeitos

A coleta de dados foi concluída em 43 pais-bebê; destes, 26 vinham das consultas pediátricas do HU; 14, das instituições que atendem crianças já diagnosticadas como autistas e 3, da coleta feita no município de Embu. O critério para os sujeitos integrarem o universo amostral era a aplicação das quatro faixas do IRDI e o M-CHAT. Assim, ainda que aproximadamente 300 pais-bebê tivessem iniciado o estudo, apenas 43 terminaram.

Do total de crianças, havia 22 meninos e 21 meninas, todas nascidas a termo. O grau de instrução dos pais e o nível socioeconômico variavam muito. Quatro bebês eram filhos de estrangeiros que moravam no Brasil.

Considerando que a coleta foi realizada tanto em locais que oferecem consultas de puericultura quanto naqueles que já tratam de crianças autistas, as 43 crianças variavam em relação à possibilidade de apresentarem risco. Na literatura (KLEINMAN et al. 2008; ROBINS, BARTON e FEIN, 2013) os

bebês acompanhados em consulta pediátrica, sem intercorrências gestacionais ao nascerem e sem queixa dos pais, são consideradas crianças de baixo risco, enquanto os bebês irmãos de autistas e os que já têm sinais iniciais de desconexão são considerados de alto risco.

No gráfico 1 está representado o grupo com sinais iniciais de TEA (GT) (amostra de 7 bebês) e o grupo controle (GC) (amostra de 36 crianças). O que determinou a divisão dos grupos foi o resultado obtido no M-CHAT. Assim, as crianças que obtiveram resultado igual ou superior a três pontos ou dois pontos oriundos de um dos seis itens críticos do instrumento foram consideradas em risco para autismo; as que obtiveram menos pontos foram consideradas sem risco.

Gráfico 1– Configuração do grupo com sinais de TEA e sem sinais de TEA (total de bebês 43 = 100%)

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Dos sete bebês que compõem o GT, dois são pacientes das UBSs de Embu, três já eram pacientes em processo de avaliação no CAPSi-Ipiranga e dois são irmãos de crianças diagnosticadas como autistas.

3.3 Instrumentos utilizados

– Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI): aplicado durante os primeiros 18 meses dos bebês.

– *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT): preenchido pelos pais aos 18 meses do bebê em formato de check-list.

Apesar de os dois instrumentos já terem sido apresentados detalhadamente na introdução deste estudo para justificar os objetivos pretendidos, para investigar se os eixos que estabeleceram o IRDI poderiam contribuir para aumentar a compreensão sobre o autismo verificou-se como cada um deles comparecia no Protocolo. Observa-se que em um indicador pode estar fundamentado por mais de um eixo; além disso, a quantidade de indicadores que avalia cada eixo não é a mesma, portanto, existe uma sobreposição e um desbalanceamento. O gráfico 2 mostra a frequência com que cada eixo aparece nos 31 indicadores (em preto estão os números absolutos de indicadores).

Gráfico 2 – Frequência de cada Eixo no IRDI

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

No gráfico 3 está representada a frequência com a qual cada eixo é avaliado ao longo das 4 faixas do instrumento (a discriminação dos eixos por indicador está no ANEXO 7).

Gráfico3 – Frequência com que os 4 Eixos são avaliados nas 4 faixas do IRDI

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

3.4 Análise dos dados

Após a aplicação dos instrumentos, as crianças foram divididas em dois grupos: no grupo controle (GC) ficaram os bebês que não foram considerados em risco pelo M-CHAT e, no grupo com sinais de TEA (GT), aqueles considerados em risco pelo mesmo instrumento.

Configurados os dois grupos, os dados foram analisados por meio de um estudo estatístico descritivo que comparou tanto os resultados do GC e do GT (no IRDI e no M-CHAT), quanto os resultados individuais que as crianças do GT obtiveram no IRDI para a verificação de uma possível contribuição do instrumento na detecção de sinais iniciais de autismo. Em seguida, discute-se vinhetas clínicas

que demonstraram como o IRDI contribuiu para a compreensão das dinâmicas envolvendo os pais e o bebê que participaram do estudo.

Para investigar se os eixos do IRDI poderiam contribuir para aumentar a compreensão a respeito do autismo, foram analisados os dados a partir de dois testes estatísticos não paramétricos: Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Devido ao desbalanceamento do número de indivíduos entre os grupos (GC = 36 e GT = 7), dividiu-se o GC aleatoriamente em 5 grupos (G2, G3, G4, G5 e G6) que, por sua vez, foram comparados entre si. Para todas as análises foi adotado o nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Este capítulo será dedicado à apresentação e descrição do desempenho das crianças do GT no M-CHAT, o resultado da associação IRDI e M-CHAT no universo amostral da pesquisa, as contribuições do IRDI para a detecção de sinais iniciais de autismo e algumas vinhetas clínicas.

4.1 Resultado do GT no M-CHAT

No gráfico 4 está representado o desempenho das crianças do GT por cada um dos 23 itens do M-CHAT. As barras azuis representam a quantidade de crianças que apresentaram uma resposta associada a TEA em cada item; as barras vermelhas ilustram quantas delas não o fizeram.

Gráfico 4 – Resultado das crianças do GT por item do M-CHAT com resposta associada a TEA (total = 7 bebês)

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Os itens não foram pontuados da mesma maneira pelas sete crianças, mas uma certa concordância nas respostas em mais da metade dos itens atribuía validade ao M-CHAT. O item 12 (o seu filho sorri em resposta ao seu sorriso?) foi o único que obteve 100% de concordância de resposta no GT e, por isso, não se mostrou um item significativo para detectar TEA neste grupo. Da mesma forma, os itens 3 (seu filho gosta de subir em coisas como escada ou móveis?), 4 (seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?), 10 (seu filho olha para você por mais de um segundo ou dois?) e 16 (seu filho já sabe andar?) também não foram significativos para a detecção de sinais de TEA no GT. Por outro lado, três itens do M-CHAT tiveram respostas associadas ao autismo de forma significativa: 6 (seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?), 7 (seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse por algo?) e 8 (seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos, sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?). Essa discriminação entre os itens é importante, não para criar uma ordem de prioridade entre eles no que se refere à detecção de sinais iniciais de autismo, mas para descrever as dificuldades que os pais do GT reconheceram no comportamento de seus filhos para que estes fossem considerados em risco para autismo no M-CHAT. Destaca-se que no GC nenhuma criança pontuou essas questões.

4.2 Resultado da associação IRDI e M-CHAT

Para estabelecer a associação de resultados obtidos com o IRDI aos resultados de risco de autismo obtidos com M-CHAT, foram somados o total de indicadores ausentes que cada uma das 43 crianças avaliadas obteve no IRDI. No gráfico 5 estão representadas as frequências de IRDIs ausentes nos bebês do GC e do GT.

Gráfico 5– Frequência de Indicadores ausentes em bebês com e sem sinais de TEA (total = 43 bebês)

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Os bebês considerados em risco para o autismo no M-CHAT se concentraram à direita do gráfico 5, com maior número de ausentes no IRDI. Das crianças do GC, 39% tiveram dois ou mais itens do IRDI ausentes, critério de consideração de risco para o desenvolvimento, segundo este instrumento. Como parâmetro comparativo, observa-se que todas as crianças do GT tiveram pelo menos 3 itens do IRDI ausentes. O cálculo da mediana de indicadores ausentes no GC é 1, enquanto que no GT a mediana é 9. Esse resultado indica que as crianças consideradas em risco para autismo no M-CHAT também apresentaram sinais iniciais para problemas de desenvolvimento ou risco psíquico no IRDI.

Ainda no campo da investigação a respeito da associação entre os resultados do IRDI com o M-CHAT, foram comparados o total de indicadores ausentes nos bebês do GT com o escore obtido no M-CHAT (gráfico 6).

Gráfico 6– Comparação da soma de IRDIs ausentes entre bebês do GT com escore M-CHAT (total = 7 bebês)

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Apesar do número da amostra não ser suficiente para afirmar a possibilidade de correlação linear entre os instrumentos, é possível observar no gráfico 6 que quanto maior o escore do M-CHAT maior o número de indicadores ausentes no IRDI.

Assim, a análise exploratória destes resultados demonstra que, no contexto desta pesquisa, os bebês considerados em risco para autismo no M-CHAT também apresentaram sinais de sofrimento psíquico no IRDI. Além disso, verifica-se que na maior parte das crianças do GT, quanto maior o escore do M-CHAT, maior o número de ausentes no IRDI. Esse dado sugere que a avaliação dos aspectos psíquicos feita pelo IRDI parece ser sensível ao grau de sofrimento apresentado pela criança.

Porém, isso não significa que o IRDI deva ser tomado como um instrumento específico para detectar sinais iniciais de autismo em bebês. Isso seria reduzir o valor do instrumento no que tange a sua utilidade no contexto da saúde coletiva, justamente por este ser inespecífico para diagnóstico. O que se

pretende é sugerir que dentre os riscos detectados pelo IRDI sem especificidade com qualquer diagnóstico determinado, também o autismo seja detectado pelos indicadores, o que irá enriquecer o valor do instrumento.

4.3 Contribuições do IRDI para detecção de sinais iniciais de autismo

Para investigar as possíveis contribuições do IRDI na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo serão apresentados os resultados que cada criança do GT obteve no IRDI; em seguida, comparados os resultados do GT com os do GC através do método estatístico descritivo.

4.3.1 Resultados GT

Os resultados apresentados sugerem a capacidade do IRDI como um todo para detectar crianças que estejam apresentando sinais iniciais de autismo. Porém, considerando que esse instrumento é dividido em quatro faixas ao longo dos primeiros 18 meses de vida do bebê, e que a literatura (SPITZ, 1965; MAHLER, 1965; LAZNIK, 2004; LERNER, 2011) menciona comportamentos ou sinais que surgem em momentos específicos do desenvolvimento, a análise deve verificar se as crianças do GT começaram a apresentar risco no IRDI em alguma faixa específica (gráfico 7). Além disso, posto que o IRDI foi construído a partir de quatro eixos teóricos que dizem respeito ao processo de constituição do sujeito na relação com seus cuidadores, é relevante investigar se eles podem contribuir para aumentar a compreensão a respeito do autismo (gráficos 8 e 9).

Gráfico 7– Frequência de IRDIs ausentes por faixa do instrumento

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

No gráfico 7 está representada a frequência de indicadores ausentes, em cada uma das crianças do GT, por faixa do IRDI (para isso, considera-se o total de indicadores, por cada faixa, como 100%). Observa-se que em algumas crianças os sinais de sofrimento surgiram já nos primeiros quatro meses de vida; em outras, no segundo quadrimestre e, em uma delas, os sinais só apareceram após um ano de idade. Outro dado interessante a ser observado é que em alguns bebês o risco foi se intensificando com o transcorrer do tempo enquanto em outros permaneceu estável ou até diminuiu (José e Paulo). Nos dois casos em que a frequência de indicadores ausentes diminuiu com o tempo, as crianças haviam sido encaminhadas para tratamento com um ano de idade; ambos os casos serão relatados ainda na seção de resultados desta pesquisa.

Assim, a análise exploratória deste resultado não permite discriminar um momento mais favorável para detectar sinais iniciais de sofrimento psíquico, dado que cada bebê apresentou um desempenho singular diante do instrumento. Da mesma forma, não é possível formular hipóteses a respeito dos sinais

tenderem a se agravar ao longo do tempo pois nesta amostra três crianças já estavam em processo terapêutico no CAPSi-Ipiranga, situação que pode ter contribuído para diminuir os sinais de risco na quarta faixa do IRDI.

Gráfico 8 – Porcentagem de ausentes por Eixo em bebês do GT

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Da mesma forma, os dados do gráfico 8 demonstraram que nenhum dos 4 eixos foi predominante entre as crianças do GT, ou seja, não é possível afirmar que os sinais iniciais apresentados pelas crianças dizem respeito a uma questão específica (para a construção deste gráfico foi contada a quantidade de indicadores que representava cada um dos 4 eixos – ANEXO 7).

Mais uma vez, os desempenhos foram singulares. Três bebês (João, Mariana e Matias) não apresentaram nenhum sinal de risco referente ao eixo suposição de sujeito, porém, em uma criança (Helena) foram justamente os indicadores relacionados a esse eixo que se revelaram mais problemáticos; dois bebês (José e Paulo) apresentaram mais IRDIs ausentes no eixo alternância presença/ausência enquanto outros dois (Matias e Joana) tiveram predomínio de ausentes no eixo função paterna.

4.3.2 Comparação entre os resultados do GT e do GC

A comparação de frequência de indicadores ausentes por eixo entre o GT e o GC sugere que os quatro eixos sejam significativos para indicar risco psíquico nas crianças do GT (gráfico 9).

Gráfico 9– Distribuição da Frequência de ausentes nos 4 eixos do IRDI (total TEA = 7 total s/TEA=36 bebês)

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

O gráfico 9 demonstra que 4 crianças do GT apresentaram pelo menos 1 indicador ausente referente ao eixo suposição de sujeito, o que corresponde a 57% da amostra desse grupo. Enquanto isso, no GC, 5 das 36 crianças apresentaram pelo menos um IRDI ausente neste eixo, o que corresponde a 13% da amostra do GC. Comparados os resultados percentuais, é possível estabelecer uma diferença de 44% entre os grupos quanto ao eixo suposição de sujeito. A mesma comparação entre os grupos para os demais eixos

obtem uma diferença de 38% no eixo estabelecimento da demanda, de 66% para o eixo alternância presença/ausência e de 59% para o eixo função paterna.

Seguindo este raciocínio, para comparar os resultados do GC e do GT em relação aos 4 eixos do IRDI, dado ao desbalanceamento da amostra, dividiu-se o GC aleatoriamente em outros cinco grupos. As tabelas abaixo demonstram os dados descritivos destes grupos em relação aos quatro eixos:

Tabela 2 – Análise descritiva dos subgrupos no eixo Suposição de Sujeito

	N	MEDIANA	MÍNIMO AUSENTES	MÁXIMO AUSENTES
GT	7	1	0	5
GC1	8	0	0	2
GC2	7	0	0	0
GC3	7	0	0	1
GC4	7	0	0	2
GC5	7	0	0	0
TOTAL	43	0	0	5

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Tabela 3 – Análise descritiva dos subgrupos no eixo Estabelecimento da Demanda

	N	MEDIANA	MÍNIMO AUSENTES	MÁXIMO AUSENTES
GT	7	6	0	12
GC1	8	0	0	5
GC2	7	0	0	1
GC3	7	1	0	3
GC4	7	2	0	5
GC5	7	0	0	2
TOTAL	43	1	0	12

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Tabela 4 – Análise descritiva dos subgrupos no eixo Alternância Presença/Ausência

	N	MEDIANA	MÍNIMO AUSENTES	MÁXIMO AUSENTES
GT	7	3	0	5
GC1	8	0	0	1
GC2	7	0	0	0
GC3	7	0	0	1
GC4	7	0	0	1
GC5	7	0	0	1
TOTAL	43	0	0	5

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Tabela 5 – Análise descritiva dos subgrupos no eixo Função Paterna

	N	MEDIANA	MÍNIMO AUSENTES	MÁXIMO AUSENTES
GT	7	3	1	9
GC1	8	0	0	3
GC2	7	0	0	1
GC3	7	0	0	2
GC4	7	1	0	3
GC5	7	0	0	1
TOTAL	43	1	0	9

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Os totais apresentados nas tabelas 2 a 5 incluem os resultados da amostra inteira (43 bebês). Como parâmetro comparativo ressalta-se que o máximo do total sempre corresponderá ao máximo do GT, e o mínimo será sempre de um dos outros grupos.

Em seguida, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis para verificar se estes subgrupos eram homogêneos entre si. O resultado desta comparação está demonstrado no quadro 2.

Rank			
	Grupo	N	Rank Médio
s/s	2,00	8	20,56
	3,00	7	16,00
	4,00	7	18,43
	5,00	7	21,21
	6,00	7	16,00
	Total	36	
e/d	2,00	8	20,00
	3,00	7	11,86
	4,00	7	20,50
	5,00	7	25,36
	6,00	7	14,57
	Total	36	
p/a	2,00	8	17,25
	3,00	7	15,00
	4,00	7	17,57
	5,00	7	22,71
	6,00	7	20,14
	Total	36	
f/p	2,00	8	18,38
	3,00	7	15,14
	4,00	7	18,93
	5,00	7	24,93
	6,00	7	15,14
	Total	36	

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Quadro 2– teste estatístico de Kruskal Wallis entre os subgrupos do GC (Test Statistics^{a,b})

	s/s	e/d	p/a	f/p
Qui quadrado	4,321	8,462	4,741	5,120
gl	4	4	4	4
Valor p.	,364	,076	,315	,275

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupo

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Assim, o resultado do teste não sugere diferenças entre os grupos em nenhum dos 4 eixos a 5%. O fato indica que os grupos criados são homogêneos, o que era esperado, uma vez que todas as crianças dos grupos aqui comparados não apresentaram sinais iniciais de autismo segundo o M-CHAT. Este teste foi replicado, mas desta vez, incluiu o GT (1) para investigar se existia alguma diferença entre eles nos 4 eixos:

Ranks

	Grupo	N	Rank Médio
s/s	1,00	7	30,57
	2,00	8	22,69
	3,00	7	17,50
	4,00	7	20,21
	5,00	7	23,43
	6,00	7	17,50
	Total	43	
e/d	1,00	7	35,50
	2,00	8	21,00
	3,00	7	12,43
	4,00	7	21,36
	5,00	7	26,64
	6,00	7	15,21

	Total	43	
	1,00	7	36,43
	2,00	8	17,88
	3,00	7	15,50
p/a	4,00	7	18,21
	5,00	7	23,64
	6,00	7	20,93
	Total	43	
	1,00	7	35,93
	2,00	8	19,25
	3,00	7	15,43
f/p	4,00	7	19,79
	5,00	7	26,57
	6,00	7	15,43
	Total	43	

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Quadro 3—Teste estatístico de Kruskal Wallis entre os subgrupos do GC e GT (Test Statistics^{a,b})

	s/s	e/d	p/a	f/p
Qui quadrado	10,532	17,050	19,550	16,086
Gl	5	5	5	5
Valor p	,061	,004	,002	,007

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupo

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Observa-se no quadro 3 que o resultado do teste permitiu identificar diferenças de 5% nos eixos e/d, p/a e f/p entre os 6 grupos. Porém, o eixo s/s não mostrou diferenças significativas. Os cinco grupos criados a partir do GC não apontavam diferenças entre si, mas quando o grupo GT foi inserido houve distinção entre os grupos. Isso parece mostrar que o GT foi o responsável pela

diferença observada durante a realização do teste. Para confirmar o resultado, foram comparados o GT e os demais grupos, um a um, utilizando o teste de Mann-Whitney. Os resultados podem ser vistos na tabela 6, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 6 – Comparação do GT (G1) com o GC (G2-G6) por cada Eixo do IRDI

Grupos	Eixos							
	s/s		e/d		p/a		f/p	
	Z	valor p	Z	valor p	Z	valor p	Z	valor p
1 e 2	-2,241	0,073	-2,797	0,007	-2,976	0,004	-2,978	0,002
1 e 3	-2,241	0,073	-2,660	0,007	-2,542	0,011	-2,978	0,002
1 e 4	-1,439	0,232	-2,361	0,021	-2,893	0,006	-2,491	0,014
1 e 5	-1,790	0,128	-2,396	0,017	-2,736	0,007	-2,415	0,017
1 e 6	-1,277	0,259	-1,994	0,053	-2,383	0,017	-1,693	0,097

Fonte: Nathalia Teixeira Caldas Campana

Observa-se que o eixo s/s não apresentou diferenças visíveis do grupo 1 com nenhum dos demais, confirmando o primeiro teste realizado. O eixo e/d apresentou diferenças a 5% em 4 das comparações (p valor entre 0,007 e 0,017) e uma diferença marginal (p valor = 0,053) em uma delas. O eixo p/a apresentou diferenças a 5% em todas as comparações (p valor entre 0,004 e 0,017). Já no eixo f/p foram observadas diferenças em 4 comparações (p valor entre 0,002 e 0,017) e uma delas não mostrou diferenças (p valor = 0,097).

Considerando o resultado do primeiro teste e o pequeno número de participantes, parece razoável considerar que existem diferenças observáveis entre crianças com e sem sinais iniciais de autismo nos eixos estabelecimento da demanda (e/d), alternância presença/ausência (p/a) e função paterna (f/p) e que não há evidências sobre diferenças entre elas no eixo suposição de sujeito (s/s). Verifica-se ainda que o eixo p/a foi o que apresentou maior robustez nas diferenças tanto pela análise descritiva quanto pelo teste estatístico o que pode

gerar uma suspeita a respeito deste eixo ser aquele que mais distinguiu as crianças com ou sem sinais iniciais de autismo.

Os resultados apresentados indicaram que o IRDI como um todo, e mantendo sua inespecificidade diagnóstica, é capaz de detectar bebês que apresentam sinais iniciais de autismo. Porém, tanto esses sinais quanto o momento em que surgiram durante o desenvolvimento ocorreram de maneiras diferentes entre as crianças do GT. A seguir, serão apresentadas vinhetas clínicas que esclarecem como o IRDI auxiliou para a compreensão das dinâmicas familiares.

4.4 Vinhetas clínicas

Nesta seção serão apresentadas as cinco famílias que participaram do estudo proposto. Os três primeiros casos dizem respeito à avaliação de crianças que já eram pacientes em CAPSi e, portanto, tinham problemas relacionados ao desenvolvimento. O quarto caso foi avaliado ao longo de consultas pediátricas no HU e embora a criança não tivesse apresentado risco no M-CHAT, o IRDI detectou uma situação de sofrimento envolvendo a dupla mãe-bebê. O quinto caso consistiu na avaliação de uma criança que inicialmente apresentou sinais de sofrimento no IRDI, mas que desapareceram ao longo do tempo.

4.4.1 José

José foi encaminhado aos 16 meses de idade para a avaliação no CAPSi a pedido da creche que frequentava porque não se relacionava com as outras crianças e tinha dificuldade para se vincular à educadora. A ocasião do seu encaminhamento coincidiu com o início da pesquisa no CAPSi, então a aplicação do Protocolo IRDI pode compor a sua avaliação. A equipe multidisciplinar formada por um pediatra, um neurologista e um psicólogo responsável pela avaliação suspeitava que pudesse se tratar de um caso de risco para autismo. A aplicação do IRDI neste caso durou três meses e foi feita no CAPSi, ao longo de quatro

encontros. Os pais foram convidados a participar das entrevistas, mas apenas a mãe compareceu; o pai justificou sua ausência por motivos relacionados a trabalho.

No primeiro dia de avaliação, enquanto José manipulava alguns brinquedos ao seu alcance, a mãe contou que estranhava os comportamentos do filho, que para ela, aparentemente, não tinham sentido algum. No entanto, disse que esse desencontro já existia entre eles desde a gestação, pois em suas palavras:

[...] eu estava em luto na gravidez dele, pois além de estar gorda, de não reconhecer meu corpo, ainda estava desempregada e passando por dificuldades financeiras. Meu marido trabalha muito e minha mãe mora em outro Estado, eu não tinha com quem conversar durante o dia [...].

A respeito dos primeiros quatro meses de vida de José, disse não se lembrar de muitas coisas, pois nesse período não estava bem para se ocupar dele. Contou que essa época só não foi mais difícil porque seu filho era *bonzinho e tranquilo*, aceitava tudo e dormia bem. A respeito das trocas de olhar (IRDI 5) relatou: “[...] agente não se olhava não, desde os três meses ele já mamava sozinho e se acalmava com a televisão [...]”.

No segundo encontro, não foram só as informações da mãe que se mostraram relevantes para a aplicação do IRDI, pois as situações ocorridas no local da entrevista, conforme descritas em vinheta clínica, foram fundamentais para o processo de avaliação.

Enquanto a pesquisadora conversava com a mãe a respeito do IRDI 24 (a criança suportava bem as breves ausências da mãe e reagia às ausências prolongadas) José estava no grupo terapêutico. A mãe afirmava que o filho não reagia a sua ausência, mas neste momento o bebê foi trazido até ela, pois estava chorando, inconsolável, no grupo. José olhou para sua mãe, fez uma pausa em seu choro e lhe estendeu-lhe os braços. A mãe acolheu o filho e ele parou de chorar. A pesquisadora perguntou o que a mãe achava que tinha acabado de acontecer, e ela respondeu: “ah, sei lá [...] acho que ele estava incomodado com

alguma coisa e quando me viu ficou calmo, mas não acho que ele estava chorando porque estava sentindo minha falta[...]”.

Rapidamente José foi para o chão e começou a andar pela sala. Apontou para o armário e tentou abri-lo, mas não conseguiu porque estava trancado. Imediatamente, começou a chorar olhando para o armário, sem pedir ajuda a ninguém. Neste momento, a mãe colocou uma mamadeira em sua boca. A pesquisadora perguntou: por que será que José estava chorando? A mãe sorriu e disse: “[...] ele queria abrir o armário, porque sabe que lá tem brinquedo [...]”.

Diante disso, a pesquisadora perguntou por que ela havia dado a mamadeira ao filho, ao que sorriu sem graça e constatou: “[...] é mesmo, é que é tão difícil para mim ouvi-lo chorar que preferi calá-lo, mas assim ele não vai falar, né? [...]” Ainda neste encontro, a mãe relatou que o filho fala “ma” e “pa”, mas que ela não sabe se isso quer dizer mamãe e papai por isso não assume que quando ele diz “ma” está chamando por ela. A psicóloga disse que mesmo não sendo essa a intenção inicial de José, esse “ma” poderia virar “mamãe” se ela assim o tomasse.

Na semana seguinte, a mãe pediu para conversar com a pesquisadora e contou que depois da conversa sobre o desenvolvimento de José ela falou com o marido e os dois mudaram de atitude em relação ao filho: “[...] à noite estamos contando historinhas para ele e agora ele já sabe contar até cinco! [...]”. A aplicação do IRDI possibilitou uma conversa com a mãe a respeito da relação que estabelecia com o filho e sobre o desenvolvimento emocional da criança.

As conquistas de José relatadas pela mãe, pela equipe do CAPSi e constatadas pela própria pesquisadora, indicaram que apesar do desencontro entre José e seus cuidadores (pais e educadores) existe a possibilidade de haver melhora no seu desenvolvimento. José continua sendo avaliado pelo neurologista, mas independentemente do diagnóstico médico, os cuidadores estão mais fortalecidos sobre a importância do seu papel no desenvolvimento do bebê, o que já gerou efeitos positivos neste aspecto.

4.4.2 Paulo

Paulo foi encaminhado aos 17 meses para avaliação no CAPSi a pedido da creche porque não respondia quando convocado e não demonstrava interesse em se relacionar com as educadoras nem com as outras crianças da classe. Nesta época, a pesquisa já estava ocorrendo no CAPSi e a avó (cuidadora do menino desde os seus 3 meses de idade) e a mãe da criança aceitaram participar da pesquisa. A aplicação do IRDI foi feita em três encontros, durante um mês. Os pais foram convidados para as entrevistas de aplicação, mas só a mãe compareceu a uma delas; nas demais, apenas a avó materna participou justificando a ausência dos pais. Segundo ela, eles passavam por uma crise conjugal e, além disso, não reconheciam as dificuldades do filho.

O relato da mãe de Paulo sugere um distanciamento entre eles, como se ela de fato houvesse dado o filho para sua mãe: “[...] cuidei dele só até os 3 meses, mas nunca fomos próximos, ele mamava dormindo. Eu não falava com ele, seria estranho, como se eu estivesse falando sozinha [...]”.Atualmente, a mãe está em tratamento psiquiátrico em razão de depressão.

A avó, por sua vez, tudo sabe a respeito do neto: “[...] até hoje eu preciso adivinhar o que ele quer, pois Paulo não solicita nada; mas isso não é problema para mim [...] (IRDÍ 8).”Durante a avaliação, Paulo pediu colo diversas vezes para a avó: ele estendeu os braços, deu gritinho e escalou o corpo dela. Quando conseguiu que ela o pegasse, escondeu o rosto entre os seios dela. A avó reclamou do peso de Paulo, mas não pareceu incomodada com o fato dele esfregar o nariz em seu seio e puxar sua blusa. Nas palavras dela: “ele se sente dono de tudo!”

Apesar dos entraves já consolidados no desenvolvimento de Paulo e verificados com o uso do IRDI, por exemplo, ele ainda não usa diferentes sinais para expressar necessidades diversas (IRDÍ 7), não faz um intervalo para aguardar a resposta do cuidador (IRDÍ 8) e não busca jogos amorosos durante os cuidados corporais (IRDÍ 15). É possível verificar momentos de conexão, ou seja, ele reage quando alguém se dirige a ele (IRDÍ 10), pede a ajuda de outras

peessoas sem ficar passivo (IRDI 13) e demonstra quando gosta ou não de alguma coisa (IRDI 16).

Além disso, no dia da última aplicação do IRDI, enquanto a avó falava sobre os problemas de relacionamento com a mãe de Paulo, o menino jogava uma garrafa no chão e batia palmas cada vez que o objeto atingia o chão. Esse gesto se repetiu diversas vezes, mas apesar da estereotipia, pareceu ser o esboço de uma brincadeira na tentativa de simbolizar a separação. Essa observação foi transmitida à equipe do CAPSi para orientar as intervenções.

Durante as aplicações, o que mais chamou a atenção foi a dificuldade dos cuidadores para falar a respeito do desenvolvimento de Paulo e da relação estabelecida entre eles. A mãe pouco se autoriza em sua função materna e a avó, ao mesmo tempo em que toma os cuidados de Paulo para si, faz poucas referências a ele. Quando a pesquisadora fazia alguma pergunta a respeito de Paulo, a avó respondia como a mãe dele se comportava quando era bebê; quando questionada a respeito de sua maior preocupação em relação ao neto, respondeu: “A mãe dele. Minha família tem muita gente com problema, é uma família que tem problemas mentais [...]”.

O discurso dos cuidadores de Paulo oferece poucas brechas para intervenções pontuais, mas a aplicação do instrumento levou a mãe e a avó a falarem do desenvolvimento dele, pois inicialmente ambas pareciam apenas repetir, sem apropriação, uma lista de sinais iniciais de risco para autismo. A dificuldade dos cuidadores para estabelecer um vínculo significativo com Paulo, assim como a mistura entre o menino e sua mãe somados aos cuidados que a avó lhe dedica, puderam ser reconhecidos e nomeados com o auxílio do IRDI.

Paulo demonstrou momentos de conexão e ensaiou brincadeiras simbólicas que indicavam a possibilidade de um bom prognóstico mediante intervenções clínicas. Este caso foi encaminhado para atendimento no contexto de terapia familiar, tendo em vista que os cuidadores oferecem pouco suporte para Paulo sustentar o processo de individuação. Isto significa que os membros desta família parecem não suportar existirem separados e discriminados. A família, porém, optou por seguir a avaliação de Paulo em um serviço médico dedicado

exclusivamente ao atendimento de crianças autistas, mas após a avaliação do bebê realizada naquele local, Paulo foi reencaminhado para o CAPSi.

4.4.3 Helena

Helena era paciente de um CAPSi há três meses e sua avaliação com o Protocolo IRDI não estava prevista dado que ela já tinha 2 anos e 6 meses. Porém, após os desfechos dos casos relatados acima, a equipe do CAPSi insistiu que ela fosse avaliada com o IRDI para fornecer elementos que pudessem ampliar a discussão do caso e orientassem as intervenções clínicas. Mas, o que de fato parece ter mobilizado o pedido de avaliação era o mal-estar que a história da menina provocava, marcada por solidão e abandono.

Foi o pai quem compareceu no primeiro dia de avaliação, porque, segundo ele, sua esposa não aceitava participar do tratamento da filha. Neste primeiro contato, o pai disse que não sabia dizer nada a respeito dos primeiros meses de vida de Helena, pois trabalhava muito e achava normal deixá-la sozinha, quieta, no berço. Disse que só percebeu algo diferente com a menina quando a creche levantou a hipótese dela ser surda. Enquanto o pai falava, Helena balbuciava uma música e fazia isso na ponta dos pés e olhando para a luz. Ela não respondeu a nenhuma tentativa da pesquisadora para se comunicar com ela. O pai insistiu que a mãe era a pessoa mais indicada para conversar a respeito do desenvolvimento de Helena, então a pesquisadora lhe entregou as duas primeiras faixas do IRDI pedindo-lhe que preenchesse com a esposa em casa e as trouxesse no próximo encontro. Esse manejo foi feito pensando que os indicadores poderiam mobilizar questões que facilitariam a vinda da mãe.

No segundo encontro o casal compareceu acompanhado de Helena e da filha mais velha (5 anos), que não apresenta problemas de desenvolvimento. Segue a apresentação de uma vinheta do segundo dia de avaliação.

A mãe se sentia culpada pelas dificuldades de Helena e relatou um cansaço extremo:

[...] a gente (pais) só não se separa agora por conta das meninas, mas já dormimos em camas separadas: eu com minha filha mais velha e ele com Helena. Eu fiquei com muito medo quando soube que estava grávida pela segunda vez, tinha medo de morrer, pois além de ter tido pré-eclampsia no meu primeiro parto, eu havia começado a tomar medicação para emagrecer e fiquei com medo que isso pudesse prejudicar minha filha [...] Será que isso interferiu? [...]

Em seguida explicou que escolheu o nome da filha inspirada em um personagem de novela que tinha dislexia e cujo significado era superação. Segundo ela, as razões da escolha já eram um sinal de que teriam dificuldades a vista. Enquanto a mãe falava, o pai oferecia brinquedos para as filhas e, vez ou outra, interrompia a mulher para reclamar da ausência dela como mãe e esposa.

A fragilidade parental e a inexistência de um casal estavam postas, assim como o histórico de abandono de Helena durante o seu primeiro ano de vida. Diante dos indicadores das duas primeiras faixas do IRDI, inicialmente a mãe disse que nada sabia a respeito pois a filha passava o dia solitária no berço e tinha a TV como única companhia; relatou que, nesse período, a menina caiu e bateu a cabeça umas cinco vezes. Porém, ao explorar cada um dos indicadores, os pais, juntos, começaram a lembrar de mais elementos da história deles com Helena, como se os IRDIs os autorizassem a se apresentar e a apresentar a filha para além da solidão e da negligência de cuidados.

No terceiro encontro a mãe estava mobilizada pelas questões despertadas na conversa da semana anterior. Relatou que havia lido muitas coisas a respeito do autismo e ficara ansiosa para saber como sua filha iria se desenvolver e quais conquistas conseguiria ter na vida: “[...] vai namorar? Vai para a faculdade? [...]”. O pai deu suporte às questões da mãe e se mostrou igualmente interessado. Apesar da tristeza que demonstravam por terem entrado em contato com a gravidade do quadro de Helena, pareciam mais fortalecidos em sua função parental, reconhecendo a importância que teriam daquele momento em diante na vida da filha, já que o passado não poderia ser mudado. Falar sobre a culpa que sentiam e não terem confirmado que a responsabilidade das dificuldades de desenvolvimento da menina era toda deles foi fundamental para que pudessem se aproximar dela. Nas palavras da mãe: “[...] foi muito difícil, mas ter lido e buscado

informações a respeito do autismo foi a melhor decisão, antes eu só chorava, sentia palpitações e ligava para a minha mãe o dia inteiro, não conseguia olhar para a minha filha [...]”. Destaca-se que buscar informações a respeito do autismo foi uma iniciativa da mãe, pois em momento algum a pesquisadora havia dito que Helena era autista ou que ela deveria ler sobre o assunto.

No último encontro, os pais trouxeram alguns exemplos das competências de Helena e o discurso deles já não estava mais preso à impotência nem à culpa. Apesar dos longos momentos de desconexão e das estereotípias, é possível perceber as tentativas de Helena para se expressar, especialmente, com seus pais. Quando quer carinho da mãe, por exemplo, vai até ela e estica os braços; quando o pai propõe a brincadeira *cadê-achou*, Helena chega a olhar para ele e esboçar um sorriso quando ele aparece.

A aplicação do IRDI favoreceu para que os pais pudessem relatar os primeiros anos de vida de Helena, o que foi fundamental não só para auxiliar o CAPSi nas intervenções com a família, mas também para ajudar aos pais a narrarem o inenarrável, ou seja, a culpa que sentiam pelas dificuldades da filha que, até aquele momento, acabava por afastá-los mais ainda dela.

4.4.4 Júlia

A avaliação de Júlia com o Protocolo IRDI foi feita ao longo de um ano e meio durante as consultas pediátricas de rotina. Assim, os indicadores foram aplicados através daquilo que a mãe relatava ao médico e por meio das observações feitas durante a consulta sobre como a bebê e sua mãe interagiam nesse contexto.

Os IRDIs das duas primeiras faixas não indicaram motivo para preocupação como desenvolvimento de Júlia, mas ela apresentava baixo peso e a mãe demonstrava vulnerabilidade e preocupação com o fato de o marido ter perdido o emprego na ocasião do nascimento da filha.

Quando a bebê estava com 11 meses, a aplicação da terceira faixa revelou três indicadores ausentes. Na consulta pediátrica, foi possível observar

que Júlia não buscou entrar em contato com sua mãe e mesmo quando foi convocada por ela, permaneceu brincando com o próprio sapato, sem nem sequer dirigir-lhe o olhar. Além disso, Júlia andou pela sala, mexeu em tudo o que viu sem nenhuma hesitação e não demonstrou medo ou estranhamento quando a mãe saiu do consultório médico para buscar um documento na recepção deixando-a com o pediatra e com a pesquisadora. O excesso de independência de Júlia, se é possível chamá-la assim, e a aparente indiferença à figura materna sugerem uma dificuldade na interação mãe-bebê. Em discussão com o pediatra e no grupo de pesquisa percebeu-se a necessidade de acompanhar Júlia e sua mãe mais de perto. No entanto, elas não compareceram às consultas pediátricas por 8 meses e a pesquisadora não conseguiu mais entrar em contato, pois o número de telefone havia mudado.

Júlia estava com 20 meses quando foi avaliada novamente. Foram aplicadas as duas últimas faixas do IRDI e o MCHAT. Apesar de a terceira faixa já ter sido aplicada, optou-se por fazê-lo novamente, mesmo de forma pregressa, para avaliar a evolução do desenvolvimento da menina. A seguir, a vinheta desta avaliação.

Enquanto a pesquisadora conversava com a mãe a respeito do desenvolvimento de Júlia, a bebê ficou parada quietinha num canto da sala, parecia passiva e indiferente ao que estava acontecendo. A pesquisadora lhe ofereceu um brinquedo, mas Júlia não pegou. A mãe, parecendo desconfortável com a falta de resposta da menina, ofereceu um palito para a filha, mas Júlia não esboçou reação; a mãe insistiu e, na quarta tentativa, introduziu o palito na boca da bebê. Júlia permaneceu parada, imóvel, com o palito entre os dentes. Neste dia, uma série de desencontros fez a situação beirar o insuportável: a mãe claramente estava fragilizada diante das dificuldades da filha, mas não as verbalizava. Pelo contrário, dizia a todo o momento que Júlia estava ótima e, com isso, não oferecia brecha para que as angústias e dificuldades fossem nomeadas. E a bebê ficou a deriva, sem conseguir estabelecer um contato significativo na situação.

O M-CHAT preenchido pela mãe não indicou risco para autismo, mas o IRDI sinalizou uma situação de sofrimento que merecia ser escutada. Porém, naquele momento não havia possibilidade de conversar com a mãe a respeito da necessidade de um encaminhamento para intervenção na relação pais-bebê, pois ela não havia formulado uma demanda. Assim, a pesquisadora propôs uma “conversa de devolutiva” com o objetivo de o pai participar também e para que a mãe tivesse um tempo para entrar em contato com as emoções despertadas durante a última conversa de aplicação.

A mãe compareceu com Júlia para a devolutiva, mas o pai não pode ir. A pesquisadora iniciou o diálogo perguntando à mãe como foi para ela participar da pesquisa e como percebia sua filha, mas a mãe não aceitou nenhum destes convites para falar livremente; dizia que tudo estava ótimo, tinha sido maravilhoso, etc. Diante da reação, a pesquisadora utilizou os instrumentos como facilitadores para transmitir à mãe as observações feitas por mais de um ano de acompanhamento. Após reconhecer as potencialidades e os recursos que ela e sua bebê apresentavam, as dificuldades e os desencontros puderam começar a ser nomeados.

Ao percorrer os indicadores, a mãe pode falar da dificuldade que sentiu nos primeiros meses de vida de Júlia. Relatou que além de não suportar o choro da filha, ainda precisava lidar com as preocupações e angústias do marido em relação a bebê, dado que ela sempre teve baixo peso e o avô paterno havia morrido na ocasião do seu nascimento. Mas, mesmo nomeando as angústias e os desencontros, a mãe insistia em dizer que as dificuldades tinham ficado no passado e que agora tudo estava bem. Diante disso, a pesquisadora explicou que embora as dificuldades iniciais tivessem se apaziguado, existia a possibilidade de ela ser acompanhada junto da filha em um serviço que oferece atendimento para pais e bebês. A mãe, com o rosto mais sereno, respondeu: “[...] eu quero! Eu vou! Ir não vai arrancar pedaço, né? E, sabe, eu já cheguei a pensar que minha filha podia ser autista [...]”.

4.4.5 Cristiano

A avaliação de Cristiano com o Protocolo IRDI começou quando ele tinha 3 meses. Nesta ocasião, os pais do bebê estavam inseguros em relação a como deveriam cuidar do filho e disseram ao pediatra que se sentiam sozinhos e desamparados, pois a mãe é estrangeira e não tem família no Brasil e o pai, apesar de ser brasileiro, veio de outro estado e também não tem família em São Paulo. Eles estavam sedentos de informação sobre como deveriam cuidar do filho, mas, mais do que isso, pareciam precisar de acolhimento. No entanto, a mãe e o pediatra começaram a se desentender e a consulta foi se tornando tensa, conforme o relato apresentado a seguir.

Cristiano, talvez sensível ao que estava ocorrendo, não olhou para sua mãe nenhuma vez durante a consulta e quando ela o convocava, ele virava o rosto recusando-se a olhar para ela. Logo ele começou a chorar e seu corpo que já estava rígido e esticado desde o início, agora parecia um bloco, uma rocha. A mãe tentou acalmar o filho ninando-o em seus braços, falando com ele, mas ele permaneceu inconsolável. Furiosa, a mãe falou que estava nervosa com os comentários do médico e, por esta razão, seu filho estava chorando. Em seguida, saiu da sala com o bebê no colo. O pai se desculpou pelo comportamento da esposa e sugeriu vir sozinho com Cristiano às próximas consultas.

Dois meses depois, o pai retornou com o filho e pediu para conversar com a pesquisadora antes da consulta. Cristiano estava de “canguru” no pai e, apesar de olhar fixamente para a pesquisadora, em diversos momentos seu olhar parecia vazio. Além disso, ele não reagia quando alguém se dirigia a ele e permanecia inexpressivo frente a qualquer convocação que lhe era dirigida. O pai caracterizou esse comportamento do filho como “seriedade”. A seguir uma vinheta deste momento da avaliação: “[...] O Cris é sério, muito esperto, já fala pequenas frases, significa o que quer, por exemplo, se ele está com fome suga o meu dedo. Ele também já sabe reclamar e eu acho isso ótimo, minha esposa também fica muito feliz com isso [...]” – diz o pai.

Em seguida, olha para o filho que parece incomodado e diz: “[...] ele está agitado, nervoso, deve ser fome [...]”. Então, aproveitando que Cristiano estava observando sua mão, o pai aproximou o dedo da boca do filho e Cristiano mordeu imediatamente. Mas, esse movimento do bebê pareceu ocorrer de forma automática, sem que ele mudasse sua expressão facial rígida. O pai explicou que o filho morde seu dedo por conta dos dentes que estão nascendo, mas depois mudou de ideia e voltou a dizer que era fome.

Neste dia, a pesquisadora ainda acompanhou o pai e o bebê durante a consulta pediátrica. Tanto as observações a respeito do desenvolvimento do bebê quanto o discurso do pai, que priorizava explicar e justificar o comportamento do filho, somado à ausência da mãe, sugeriam um desencontro que merecia atenção.

Os pais conseguiram um convênio médico e optaram mudar de pediatra; por esta razão, deixaram de frequentar o Hospital Universitário. Seis meses depois, a mãe de Cristiano enviou um *e-mail* para a pesquisadora divulgando o lançamento de um livro. Diante disso, a pesquisadora aproveitou para propor o seguimento da avaliação de Cristiano, mesmo que ele não estivesse mais vinculado ao Hospital Universitário. A mãe aceitou e, então, foram marcados mais quatro encontros: três na casa da família e um na creche.

Cristiano estava às vésperas de completar 1 ano quando foi visto novamente pela pesquisadora. Além dele, estavam presentes a mãe e a avó materna que havia acabado de chegar do exterior e conhecido o neto naquela manhã. Cristiano parecia mais expressivo e demandante, porém, sua mãe falou dele de forma genérica, sem referência a situações do cotidiano ou particularidades da relação deles.

Enquanto a mãe dizia que o filho se encontrava na “fase de construção do ego” e que “as crianças são muito investigadoras nesta fase”, Cristiano começou a choramingar. Ela disse que o bebê devia estar com sede e pediu que a avó lhe desse suco, mas Cristiano recusou virando o rosto e fechando a boca com força, até que a mãe resolveu tentar e ele aceitou. Cristiano sugou a mamadeira rapidamente e parecia satisfeito. Então, se dirigindo ao bebê a

pesquisadora disse: “[...] olha só, parece que você queria que a mamãe lhe desse o suco [...]”. Então, mãe sorriu aparentemente surpresa e comentou: “[...] nossa, nunca tinha prestado atenção nisso [...]”.

A entrada na escola parece ter contribuído para o desenvolvimento de Cristiano. As educadoras relataram uma série de exemplos a respeito da capacidade dele para construir e manter vínculos significativos com os adultos da escola e com as crianças da sua classe. A pesquisadora observou que na sala de aula, além de construir vínculos, Cristiano pareceu sedento de contato, ávido para estabelecer relações que pusessem em jogo certa excitação como cócegas e o “minhauuuu” animado quando terminava de cantar “atirei o pau no gato”.

No dia de encerrar a avaliação, Cristiano estava com a mãe e os dois pareciam bem: ele propunha brincadeiras para ela e ela correspondia brincando com ele. A mãe relatou uma série de situações cotidianas como, por exemplo, fazer biscoitos, na qual ela estava em contato com o filho e ambos se divertiam juntos. A rigidez e a inexpressividade de Cristiano haviam sumido, assim como o seu comportamento de não responder ou evitar o contato. A busca por momentos de excitação extrema também não persistia. Nas palavras da mãe, “ele adora folia, bagunça”.

O acompanhamento desta família com o IRDI parece ter contribuído para a mãe reconhecer as particularidades do próprio filho, ou seja, mais do que dar informações a respeito de como são os bebês, os indicadores serviram como um guia para que a mãe olhasse as particularidades do seu bebê. Da mesma forma, contar com o acompanhamento da pesquisadora pareceu ser confortante para a mãe, mesmo que os encontros fossem espaçados por mais de um mês. Ela sentiu-se acolhida e viu fortalecer a sua função materna. O pai não participou mais da avaliação por razões de trabalho, mas Cristiano e sua mãe sempre faziam referência a ele, tornando-o presente de alguma forma.

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo exploratório permitem discutir a possibilidade de o IRDI ser utilizado como um instrumento que detecta sinais iniciais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo em bebês. Além disso, abordada as contribuições e as especificidades que o uso desse instrumento pode trazer para a avaliação da interação pais-bebês no contexto da saúde coletiva. Para realizar essa tarefa, é inevitável que a discussão oscile entre o singular e o coletivo, ou seja, ora serão tratados aspectos observados caso a caso, ora abordados os resultados relacionados a tendências obtidas em grupo.

5.1 Discussão do resultado M-CHAT

A divisão dos grupos GC e GT se deu pelo resultado obtido pelas crianças no M-CHAT. Em geral, os bebês que apresentaram risco para este instrumento não manifestaram problemas referentes a trocas de olhar e distúrbios de movimento–segundo a observação de seus pais. Este resultado, porém, não está de acordo com a literatura, pois são inúmeras as referências que associam o autismo com uma dificuldade da criança para estabelecer trocas de olhar desde o primeiro ano de vida (CRESPIN, 2004; LAZNIK, 2004; LAZNIK, 2004; KUPFER et al., 2008; LERNER, 2011). Além disso, também existem estudos que relacionam o distúrbio de movimento com sinais iniciais de autismo (ALVAREZ, 1998; TEITELBAUM, NYE, FRYMAN e MAURE, 1998; LERNER, 2011).

Isso pode ter ocorrido por ao menos duas razões. Em primeiro lugar, os sintomas não se manifestam da mesma forma nas diferentes crianças, então existe a possibilidade de os sete bebês do GT realmente olharem para seus pais e não apresentarem dificuldades para se movimentar. Além disso, podemos considerar que a dificuldade da criança seja expressa de forma tão sutil que os pais acabam por não reconhecê-la – pelo menos em um primeiro momento. Para justificar essa segunda hipótese recorreremos à constatação feita por Alvarez (1992/1994) de que todas as crianças têm capacidade para entrar em contato com

os seus pais mesmo sutilmente, e as pesquisas de Muratori et al. (2011), ao afirmarem que bebês em risco para autismo são capazes de trocar olhar, apesar de darem preferência para objetos. Assim, mesmo que essas crianças possam ter dificuldades para trocar olhar, acabam realizando este comportamento e, embora apresentem uma movimentação diferente das crianças típicas, sabem andar. Isso pode ser um complicador para que os pais reconheçam a dificuldade da criança, principalmente se eles não tiveram experiências com bebês de desenvolvimento típico. Como desdobramento desta hipótese, o que parece ser uma contribuição para detectar sinais iniciais de autismo é que a investigação não deve ser limitada em termos de presença ou ausência de determinado comportamento, mas incluir as noções de frequência e intensidade durante as avaliações.

Ainda no que se refere ao resultado das crianças do GT no M-CHAT, verificou-se que no geral os pais reconheceram as dificuldades dos filhos em itens que avaliaram a capacidade do bebê apontar para pedir ou demonstrar interesse por alguma coisa e naqueles que avaliaram se ele brincava de faz de conta. Esse resultado está de acordo com os achados das pesquisas de Baron-Cohen, Allen e Gillberg (1992) e Baron-Cohen et al. (1996).

Stern (1992) denominou de atenção compartilhada a ação do bebê de olhar para algo que alguém apontou, ou seja, quando a criança demonstra que reconhece e se interessa pelo que chama a atenção dos outros. Muratori e Maestro (2007) traçam uma correlação entre o comportamento de atenção compartilhada e o autismo ao considerarem que no desenvolvimento de bebês típicos, a atenção compartilhada (olhar fixo, olhar para o que apontam, mostrar e apontar) deve surgir durante o segundo semestre de vida do bebê e que o deficit deste comportamento aos 18 meses é um sinal inicial de risco para autismo. Ao avançar os estudos na importância que o comportamento de atenção compartilhada tem para o desenvolvimento psíquico, Cabrejo-Parra (2010) surge afirmando que a ação de apontar, por parte do bebê, implica condensar os atos do pensamento e, portanto, é uma demonstração de que a linguagem já está instalada. Além disso, nas palavras do autor:

O ato de mostrar é absolutamente necessário á aparição das primeiras palavras: é nesse movimento que a criança vai poder captar a designação sonora que o adulto diz em resposta ao que ela lhe mostrou (CABREJO-PARRA, 2010, p.13).

Da mesma forma, o reconhecimento dos pais das crianças do GT de que elas não brincam de faz de conta está em ressonância com as observações de Tustin (1990) a respeito dos *objetos autistas*, pois, segundo a autora, estes objetos não são acompanhados de fantasia, o que restringe seu uso ao campo das sensações. Nesta perspectiva, os objetos autistas são empregados pelas crianças para lidar com uma frustração insuportável, mas como consequência ficam impedidas de desenvolver pensamentos, memórias e imaginações que em algum grau compensam a impossibilidade de satisfação completa.

Assim, o resultado geral apresentado pelas crianças do GT no M-CHAT revelou a ausência de comportamentos de apontar e brincar simbólico, o que pode indicar dificuldade para a instalação da linguagem, assim como para aprender a lidar com frustrações fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de pensar. Além disso, a discussão desse resultado permite reforçar o alerta de que a presença ou a ausência de um sinal não é suficiente para confirmar ou descartar a possibilidade de sofrimento psíquico em bebês (JERUSALINSKY, 2002; LAZNIK, 2004), dado que a maioria das crianças do GT apresentou trocas de olhar com os pais mas, mesmo assim, foram consideradas em risco para autismo.

5.2 IRDI e sinais iniciais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo: o instrumento tomado globalmente

A partir do resultado que cada uma das 43 crianças obteve no IRDI, verificou-se que todos os bebês considerados em risco para autismo no M-CHAT também o foram detectados pelo IRDI. Assim, 72% das crianças do GT obtiveram de 8 a 20 indicadores ausentes – as maiores quantidades do universo amostral. Ademais, a comparação dos resultados obtidos no IRDI e no M-CHAT sugere uma tendência para quanto maior a pontuação no M-CHAT, maior também a

quantidade de indicadores ausentes no IRDI. O que esses resultados demonstraram é que mesmo o IRDI sendo um instrumento inespecífico para o diagnóstico e que a Pesquisa Multicêntrica não tenha verificado o potencial do Protocolo para detectar sinais iniciais de autismo, ele é capaz de detectar bebês que estejam se desenvolvendo em um percurso autístico. Além disso, o instrumento pareceu ser sensível ao grau de sofrimento da criança. Porém, apesar de a Pesquisa Multicêntrica e a pesquisa de Lerner (2011) destacarem indicadores ou fatores (indicadores associados) que possuem correlação significativa para prever risco, o presente estudo destaca a capacidade de o IRDI como um todo para detectar sinais iniciais de autismo. Essa distinção é importante porque valoriza o conjunto dos 31 indicadores para uma leitura a respeito do desenvolvimento do bebê e da interação estabelecida entre ele e seus cuidadores.

Kupfer e Voltolini (2005) esclarecem que o IRDI foi construído a partir da teoria psicanalítica na medida em que os 4 eixos teóricos que definem um modo de conceber a constituição do sujeito foram “traduzidos” em indicadores fenomênicos. Porém, alertam para o fato de que os indicadores só têm valor quando relacionados entre si, pois somente articulados podem apontar a lógica do eixo. Os autores justificam o uso de indicadores clínicos no sentido de levar a experiência acumulada da psicanálise para os serviços de saúde coletiva, pois mesmo que psicanalistas não precisem de um formulário com indicadores, os pediatras precisam dele. Neste sentido, a vinheta clínica de Júlia demonstrou como o IRDI foi fundamental não apenas para a pesquisadora detectar um sofrimento no vínculo pais-bebê, mas para facilitar a conversa com o pediatra e a mãe da criança. Lebovici (1983) também já havia alertado para o fato de que instrumentos sistematizam impressões clínicas e podem se constituir como um meio de comunicação entre o responsável pela avaliação e os pais das crianças.

O estudo exploratório da comparação dos resultados do IRDI com M-CHAT replicou dados da literatura que afirmam que o M-CHAT é mais eficaz na detecção de bebês de alto risco (SNOW e LECAVALIER, 2008; ROBINS, BARTON e FEIN, 2013; SCARPA et al., 2013). O caso de Júlia demonstra que ela não foi considerada em risco para autismo pelo M-CHAT apesar de apresentar

entraves significativos no seu desenvolvimento detectados pelo IRDI e que justificaram o encaminhamento para a intervenção na relação pais-bebê. Além disso, dado que o IRDI é um instrumento de avaliação contínua, ele permite que sinais de sofrimento psíquico sejam detectados antes dos 18 meses, como ocorreu nos casos de Matias e de Joana (cujos perfis aparecem no gráfico de resultados), o que contribui para que a oferta de intervenção possa ocorrer em momentos ainda mais precoces.

5.3 Contribuições do IRDI para a avaliação de bebês em risco para autismo: tempo de detecção e eixos teóricos

A partir da constatação de que neste estudo o IRDI em sua integralidade foi capaz de detectar crianças em percurso autístico, segue-se discutindo os resultados referentes ao momento da detecção dos sinais e a maneira pela qual os eixos compareceram na avaliação das crianças participantes deste estudo.

Na seção anterior afirmou-se que o IRDI poderia detectar sinais iniciais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo antes dos primeiros 18 meses de vida. A literatura (SPITZ, 1965; MAHLER, 1965; LAZNIK, 2004; MURATORI e MAESTRO, 2007; LERNER, 2011), por sua vez, destacou comportamentos ou aquisições surgidas em momentos específicos do desenvolvimento. Esse quadro retoma a afirmação de que no início da vida, o desenvolvimento humano obedece a um tempo cronológico (SANSON, 2006). Essas observações justificaram o estudo a respeito da possibilidade de uma das quatro faixas do IRDI ser mais favorável para detectar o surgimento dos sinais. Porém, a análise dos resultados mostrou que, para cada criança, os sinais se tornaram mais evidentes em faixas diferentes do instrumento.

Estes resultados introduziram a discussão a respeito da tendência geral demonstrada por um grupo e a lógica do singular expressa caso a caso. Ou seja, por mais que a experiência clínica e as pesquisas possam apontar para tendências que se revelam ao escutar cada caso, diante de um sujeito é a sua versão particular que entra em jogo. Em outras palavras, por mais que as crianças

típicas apresentem certa regularidade em seu desenvolvimento, cada uma o faz a sua moda. Da mesma forma, por mais que existam critérios que permitam a construção diagnóstica do autismo, os sintomas não se expressarão do mesmo modo nas diferentes crianças. Assim, é nessa fronteira entre tendências gerais e manifestações singulares que se localiza uma das grandes contribuições do IRDI para a saúde coletiva, pois como ele é inespecífico para o diagnóstico, acaba permitindo diversas manifestações sintomáticas, e ao ser aplicado ao longo do tempo, admite diversos momentos para o surgimento e a evolução dos sinais de risco.

a incerteza e o equívoco não são próprios dos protocolos, que exigem respostas certas e inequívocas do aplicador. Os fenômenos subjetivos precisam de uma sucessão de observações ao longo do tempo, exigem uma reflexão contínua, e podem ser desmentidos depois de algum tempo, pois têm valor relativo, retroativo e combinado. (KUPFER et al. 2012, p.140).

A análise estatística a respeito da quantidade de IRDIs ausentes que cada criança do GT apresentou por eixo do instrumento também não permite sugerir que bebês com suspeita de risco para autismo tendam a apresentar mais problemas em um determinado eixo. Esse resultado reforça o argumento de que a inespecificidade do Protocolo possibilita a avaliação de fenômenos subjetivos e que os quatro eixos sejam importantes no processo de avaliação.

Porém, como tendência geral, considera-se, pelos resultados desta pesquisa, que de fato existam diferenças observáveis entre as crianças do GT e do GC nos seguintes eixos: estabelecimento da demanda (e/d), alternância presença/ausência (p/a) e função paterna (f/p). E que não há evidências a respeito de diferenças entre elas no eixo suposição de sujeito (s/s). Destaca-se ainda que o eixo p/a foi o que apresentou maior diferença entre os grupos tanto pela análise descritiva, quanto pelo teste estatístico. Isso pode gerar uma suspeita a respeito deste ser o eixo que mais diferenciou as crianças com ou sem sinais iniciais de autismo. Apesar de a amostra do GT não ser suficiente para a obtenção de conclusões decisivas, houve ressonância desse resultado com a literatura.

5.3.1 Eixo suposição de sujeito: o que ele tem a dizer na avaliação das crianças?

No que se refere ao eixo suposição de sujeito não ter se mostrado significativo para discriminar crianças do GT e do GC, pesquisas apontam para o fato de que os pais de crianças que se tornaram autistas investiram libidinalmente em seus bebês nos primeiros meses de vida; porém, após um longo período sem resposta da criança, os pais diminuíram as convocações. Lerner (2011) constatou que a tendência à desconexão expressa por bebês que se tornaram crianças autistas parece não causar uma reação de afastamento nos pais ao longo dos primeiros seis meses e que, somente após o primeiro ano do filho, os pais começam a sofrer os efeitos mais notáveis da condição expressa pela criança. Da mesma forma, Cassel (2011) ao estudar vídeos caseiros de bebês que se tornaram crianças autistas, observou que desde os primeiros meses estes bebês já demonstravam dificuldade para interagir, mas é somente no segundo ano de vida que passaram a recusar o contato de forma ativa. A partir desta observação, a autora avaliou a interação mãe-bebê e concluiu que ao longo dos primeiros seis meses as mães convocavam seus bebês. Porém, no segundo semestre, verificou uma alteração em relação à frequência de convocações em razão da falta de resposta do bebê.

Cohen et al. (2013) incluem um dado que enriquece essa discussão, pois igualmente interessados nas convocações que os pais dirigem aos seus bebês (paiês), os autores, por meio de vídeos caseiros oriundos do banco de dados de Pisa, compararam os resultados da interação de 30 bebês com os seus pais. A aplicação foi feita às cegas, mas do total da amostra, 15 bebês haviam recebido o diagnóstico de autismo e outros 15 apresentavam desenvolvimento típico. Os resultados demonstraram que o paiês é um facilitador para iniciar uma interação, mas nos casos de crianças típicas, os cuidadores diminuíram as falas em paiês após o sexto mês de vida do bebê. Enquanto isso, no caso de crianças diagnosticadas como autistas, os pais tenderam a aumentar a frequência do uso do paiês para se dirigir aos filhos. Os autores afirmam que esse resultado pode refletir o fato de que crianças de desenvolvimento típico são tão interativas que os

pais não precisam utilizar o paiês com frequência para tornar as interações bem sucedidas, mas, por outro lado, no caso de bebês que apresentam sinais de desconexão, os pais aumentam a quantidade de paiês para tentar resgatar seus filhos do isolamento.

Assim, tanto o resultado dos testes estatísticos deste estudo exploratório, quanto os das pesquisas na literatura apontam para o fato de que os pais de crianças diagnosticadas como autistas investiram em seus bebês e que, portanto, nestes casos, o autismo não se justificaria pela ausência de suposição de sujeito. Neste sentido, Tustin (1990) afirma:

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 a predispõe ao autismo. Portanto pareceu-me mais proveitoso investigar a contribuição da criança para esta perturbação do que concentrar-me na contribuição da mãe (TUSTIN, 1990, p.55).

Isso não quer dizer que se os pais não investirem libidinalmente em seus bebês não haverá consequências para o desenvolvimento da criança. O caso de Helena, apresentado neste estudo, e as pesquisas de Spitz (1965) que discutem o *hospitalismo* resgataram a importância fundamental de os cuidadores suporem um sujeito no pequeno bebê. Quando isso não ocorre, a interação tem alta chance de ser prejudicada e, por consequência, o desenvolvimento infantil também. Assim, em um diálogo entre tendências gerais e particulares, o que se pretende discutir é a impossibilidade de generalizar o fato de que as crianças que se tornaram autistas o fizeram porque seus pais não a tomaram como sujeito. Mas, também não é possível afirmar que se comportamentos referentes ao eixo Suposição de Sujeito estiverem ausentes não haverá consequências para o desenvolvimento da criança.

5.3.2 Eixo alternância presença/ausência: uma contribuição específica para detecção de bebês em risco de autismo?

A discussão em torno da suspeita de o eixo alternância presença/ausência ser o que mais diferenciou as crianças do GT das do GC permanece no campo das hipóteses segundo os dados observados neste estudo. Porém, a articulação deste eixo com informações oferecidas pela literatura sugere que aprofundar a investigação em torno da espera, da separação e da perda, pode ser útil para a avaliação de bebês que estejam se desenvolvendo em um percurso autístico.

Nos estudos de Tustin (1990) destaca-se como fator crucial para a precipitação do autismo a percepção do bebê de uma experiência de separação precoce, ou seja, ele entra em contato com a discriminação eu-outro em um momento no qual ainda não é capaz de significar essa experiência. Tustin encontrou ressonância desta observação com escritos de Mahler e Winnicott que consideraram o sentimento de perda precoce como um ponto de partida para o autismo infantil. Assim, segundo Tustin, “a criança autista não foi capaz de lamentar, porque o mamilo que ela sentia que havia perdido mal alcançara a condição de objeto; isto foi principalmente experimentado como um conjunto de sensações” (p. 53).

Nesta perspectiva, os objetos autísticos surgem para evitar a espera, pois trazem satisfações quase instantâneas que evitam a demora entre expectativa e percepção. Porém, é justamente o suspense que possibilita a atividade simbólica e quando a criança não suporta a espera e a perda, acaba por ter uma vida simbólica/mental restrita – razão pela qual esse diagnóstico pode se confundir com o de deficiência mental. Tustin recorre às ideias de Bick para afirmar que o ponto de partida para um retraimento autístico é uma experiência de separação física sentida pela mãe e pelo bebê como algo violento e arrasador e que os objetos autísticos parecem unir a brecha para evitar a separação.

Apesar de ter sido encontrado esse entrave psíquico no desenvolvimento de bebês que se tornaram crianças autistas, a dificuldade para

experimentar a separação e a perda também é um desafio durante o desenvolvimento de crianças típicas. Marin (2002) define este momento como violência fundamental:

É a esse momento paradoxal de encontro/desencontro que chamo de violência fundamental: o contato com uma ruptura, com uma impossibilidade de plenitude, mas que paradoxalmente permite a criação de um novo – é a possibilidade da expressão subjetiva – do surgimento do EU e do outro. Mãe/filho, educador/educando, analista/analizando, numa relação que não é aprisionada na rede imaginária da perfeição e sim na possibilidade de construção e criação social, à medida que existem outros e mais outros (2002, p.83).

De Aragão (2011) afirma que no início da vida o bebê se apresenta como um estrangeiro para a mãe, um enigma que ela não conhece nem decifra. Porém, quando tudo vai bem, as mães vivem um estado denominado por Winnicott de *Preocupação Materna Primária* que aos poucos permite a elas se identificarem com seus bebês e atenderem às necessidades deles. Bion (1963/2004) desenvolveu o conceito de *rêverie* materno para descrever a capacidade do psiquismo das mães de conter e transformar os pensamentos de seu filho pequeno. Desta forma, identificada com o bebê, a mãe empresta o seu aparelho psíquico para tornar os pensamentos pensáveis para a criança – pensamentos inicialmente impensáveis pela criança sozinha. A aposta é que com o tempo, o bebê passará a metabolizar os elementos não pensáveis de seu psiquismo e, ao internalizar essa capacidade materna de conter e transformar as emoções, o aparelho de pensar da criança estará constituído. É justamente nessa passagem que parece estar a problemática inicial de bebês que estejam se desenvolvendo rumo ao autismo.

Korbivcher (2009) retoma o conceito de identificação projetiva definido por Klein como mecanismo de defesa e a posterior leitura de Bion, que afirma ser este o primeiro modo de comunicação entre a mãe e o bebê, para dizer que é a partir da identificação projetiva que nasce o pensar da criança, ou seja, a possibilidade dela pensar seus pensamentos. Porém, no caso das crianças autistas predominam os elementos beta (elementos sensoriais), nos quais o físico e o mental não se discriminam.

O desenvolvimento de um aparelho para pensar os pensamentos estaria ligado à ausência, à capacidade de tolerar a separação, à separação corporal, como salienta Tustin, e à condição de experimentar a falta do objeto. É predominantemente neste espaço, na ausência do objeto, que toda a vida mental, a vida de fantasia e sonhos vão se desenvolver (p. 13).

Para explorar essa questão, recordemos o texto de Freud *Além do Princípio de Prazer* (1920) no qual ele postula que o aparelho psíquico tem uma tendência primária para manter baixa, ou pelo menos constante, a quantidade de excitação presente; esse movimento determinaria o princípio de prazer da vida psíquica. Porém, ao longo do desenvolvimento, esse princípio é substituído pelo princípio de realidade no qual o propósito de obter prazer não é abandonado, mas impõe à psique um adiamento da satisfação e a tolerância provisória ao desprazer.

Freud, no mesmo texto, propôs que o estudo do aparelho psíquico no início da vida pudesse ser feito através da observação de brincadeiras infantis. Ao olhar um garotinho que estava longe da mãe, percebeu que ele brincava de jogar e recuperar um carretel e que o momento de maior prazer da criança surgia quando ela recuperava o objeto. Após uma série de repetições desta brincadeira, Freud interpretou que se tratava de um ensaio da situação de desaparecimento e retorno, ou seja, a criança permitia a partida da mãe, o que não lhe era indiferente do ponto de vista emocional, mas colocava em cena a situação com o uso de objetos. Nas palavras de Freud: “[...] mesmo sob o domínio do princípio de prazer, existem meios e caminhos suficientes para transformar o que é em si desprazeroso em objeto de recordação e de processamento psíquico” (p.143).

Porém, é justamente a diferenciação eu-outro e a percepção de que é possível se separar e representar essa situação por meio de brincadeiras, como a descrita por Freud, que parece falhar nas crianças que estão se desenvolvendo de forma autística. Essa hipótese está de acordo com o desempenho das crianças do GT no M-CHAT, dado que nenhuma delas mostrou o brincar simbólico, além disso, a maioria apresentou problemas no IRDI 24 (a criança suporta bem as

breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas) que é avaliado na quarta faixa do instrumento.

Ao explorar o indicador 24 com o intuito de discutir como uma operação psíquica pode ser avaliada por meio de uma expressão fenomênica, verificou-se que ele representa a possibilidade de a personalidade da criança estar integrada, o que lhe permite reconhecer os objetos parciais como pertencentes a uma pessoa inteira. Para Winnicott (1965-2005) esse aspecto do desenvolvimento acarreta ansiedades específicas, pois com o reconhecimento do cuidador como um objeto inteiro surge o sentido de dependência e, por consequência, a necessidade da independência. É somente com a construção do *self* que o indivíduo se torna capaz de incorporar e remeter lembranças dos cuidados ambientais; assim, a integração implica em um estado cada vez mais confiável no qual a dependência pode aos poucos ir diminuindo. A mãe começa então a existir simbolicamente para o bebê. Neste processo, Winnicott (1988) afirma também que existe uma tendência biológica que conduz o indivíduo à integração, porém, diz que os estudos a respeito da natureza humana não serão satisfatórios se permanecerem baseados excessivamente nos aspectos biológicos do crescimento.

Em 1958, Winnicott estudou a capacidade de o indivíduo estar só, partindo do pressuposto de que esta capacidade é um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional, pois no início da vida é a base sobre a qual a solidão sofisticada se constrói.

Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe. À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio freqüente da mãe ou de um símbolo da mãe (1958-1983, p.34).

Assim, a ausência do IRDI 24 na avaliação de um bebê pode ocorrer tanto porquê o bebê não suporta as breves ausências da mãe quanto porque ele é indiferente ao cuidador. Este indicador pode fazer referência a um estado ainda não integrado de vida do bebê, que pode estar associado a uma insegurança da

criança ou a casos mais preocupantes do processo de construção da mente do bebê, como por exemplo, os momentos de indiferença à existência do cuidador por impossibilidade de sensibilizar-se a ele ou de defender-se das dificuldades de fazê-lo. É nesse segundo caso que relacionamos esse indicador como um sinal inicial de risco para autismo. Nem sempre essa indiferença do bebê é reconhecida como preocupante e, em algumas ocasiões, chega até ser considerada uma característica positiva, que indicaria tranquilidade da criança. Porém, ao final do primeiro ano, os pais já são capazes de identificar a indiferença do filho e o relato a respeito deste comportamento é tomado por um grande sentimento de angústia. Desta forma, para fazer uma leitura a respeito do que a ausência desse indicador pode significar para o desenvolvimento infantil, recorre-se aos demais indicadores para construir uma hipótese de leitura que poderá orientar a intervenção clínica, caso isso seja necessário.

5.4 IRDI e cuidados ambientais: norteando a avaliação

As vinhetas apresentadas durante esta pesquisa demonstraram que o IRDI pode ser utilizado como um operador de leitura que auxilia na compreensão das dinâmicas familiares e pode orientar intervenções pontuais no momento da avaliação. No caso de bebês com suspeita de risco para autismo, por mais que se afirme a natureza neuropsicodesenvolvimental da patologia (GOLSE, 2005), o ambiente e a interação que o bebê estabelece com os seus cuidadores têm um papel fundamental nesse processo, conforme apontado em diversos estudos psicanalíticos (FREUD, 1926; KLEIN, 1952; SPITZ, 1965; MAHLER, 1965; WINNICOTT, 1967; LEBOVIC, 1983; ALVAREZ, 1992). E é justamente nesse contexto que o IRDI pode contribuir.

Nesta perspectiva, Gonon (2011) discute que os avanços do conhecimento no campo da genética demonstram a importância dos aspectos ambientais para a instalação e a manutenção de transtornos psiquiátricos e que, mesmo nos casos de autismo, nos quais encontramos a maior quantidade de problemas explicados por anomalias genéticas, estes não ultrapassam 5% dos casos. O autor recorre aos estudos da epigenética para salientar um fenômeno

que afirma ser conhecido pelos clínicos há tempos: o de que as experiências precoces têm papel central na saúde mental do adulto. Gonon alerta para o risco da priorização de causas biológicas na origem das patologias em detrimento de determinantes ambientais, pois isso corrobora para que medidas preventivas sejam ignoradas, como por exemplo, a oferta de intervenção precoce para bebês que apresentam sinais iniciais de autismo. Assim, por mais que as causas das perturbações mentais possam ser compreendidas a partir de diversos pontos de vista, que não são mutuamente excludentes, não devemos perder de vista que qualquer doença afeta o paciente de forma singular e única.

Neste sentido, Jimenez (2007) discute que os resultados das pesquisas podem indicar formas de intervenção que possibilitem mudança terapêutica e, para isso, os estudos devem oferecer tanto as características do paciente quanto da relação estabelecida entre ele e o analista (pesquisador). Em relação ao processo de avaliação de crianças com suspeita de autismo, Reid (1998) afirma que embora o diagnóstico psiquiátrico feito por meio de questionário possa confirmar a presença e o grau de severidade do autismo, este pouco informa a respeito da experiência da criança e de sua família. Desta forma, segundo a autora, o diagnóstico é apenas uma parte da avaliação.

Dentre os determinantes que influenciam significativamente no desenvolvimento infantil estão os cuidados que a criança recebe. Figueiredo (2012), em um ensaio de psicanálise contemporânea a respeito do cuidar, afirma que o agente de cuidados (pais, médico, enfermeiro, professor, amigos etc.) deve exercer sua função como presença implicada, o que significa ser comprometido e atuante. O autor descreve três modalidades de presença implicada que o cuidador pode adotar em diferentes momentos: sustentar e conter (contém a função de *holding*, proposta por Winnicott em 1960, e a função de *containing*, proposta por Bion em 1970, que garantem as experiências de continuidade e transformação), reconhecer (ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, levando de volta ao sujeito sua própria imagem) interpelar e reclamar (trata-se do outro diferenciado, marcado pela diferença e pela incompletude). Aqui, o outro que interpela e reclama funciona como agente

do confronto e do limite fazendo o sujeito entrar em contato com os fatos da existência: morte, finitude, alteridade e a lei.

Essas funções destacadas por Figueiredo podem ser estendidas ao profissional que propuser as avaliações com o Protocolo IRDI. Isto, porque, pelas vinhetas clínicas, observamos o potencial que o momento da aplicação pode ter para ajudar os pais a se sentirem acolhidos e, assim, falarem a partir dos indicadores a respeito do desenvolvimento de seus filhos. Como consequência, verificamos a possibilidade de atribuição de sentido, ou de novos sentidos, para as ações do bebê e para os padrões de interação estabelecidos. Além disso, especialmente nos casos em que há problemas na relação pais-criança, o IRDI acabou funcionando como reclamador (ALVAREZ, 1992; FIGUEIREDO, 2012) dos cuidadores, pois ao mesmo tempo em que os convocou a olhar para seus bebês, também ofereceu-lhes limite nos sentidos de contorno, de alteridade e de finitude. Assim, se o pesquisador (ou quem estiver à frente das avaliações) adotar a postura de agente de cuidado quando estiver aplicando o IRDI é possível que se estabeleça um espaço potencial (WINNICOTT, 1975) que facilitará nomeações e transformações importantes para a interação pais-bebê e, portanto, para o desenvolvimento infantil.

No contexto da saúde coletiva, Kupfer et al. (2012) constataram que para alguns pediatras os indicadores foram úteis para nomear aspectos do desenvolvimento psíquico do bebê que eram capazes de pressentir, mas sobre os quais não podiam intervir. A partir desta observação, os autores propuseram que o IRDI fosse utilizado como um instrumento de intervenção, sem restringir seu uso à avaliação. A essa possibilidade chamaram de *metodologia IRDI* (KUPFER et al., 2013). O IRDI começa então a ser pensado como um auxiliar na promoção de saúde mental, e não apenas um instrumento de avaliação e acompanhamento psíquico. Soma-se a isto o fato de as vinhetas clínicas apresentadas nesta pesquisa terem ido ao encontro desta proposta de trabalho.

Porém, para além de instrumentos padronizados, o profissional que estiver à frente das avaliações deve contar com os próprios recursos para identificar sentimentos que lhes são despertados ao longo das entrevistas e utilizá-

los como ferramenta para compreender a situação pesquisada. Esta ideia está em ressonância com a proposta de Salomonsson (2007) a respeito do atendimento pais-bebê quando destaca que a contratransferência é fundamental para o processo de entendimento do analista (pesquisador). O autor afirma ainda que quando o assunto é bebê deve-se ir além e recorrer aos conhecimentos produzidos pela psicologia do desenvolvimento e pela semiótica para a formulação de uma compreensão clínica. As vinhetas apresentaram dados que extrapolaram os preceitos inicialmente previstos para a aplicação do IRDI; elas permitiram observações fundamentais para compor o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e da relação estabelecida entre elas e seus cuidadores. Lampreia (2003) afirma que, se por um lado, os instrumentos diagnósticos são mais confiáveis quando o profissional passou por um treinamento especializado intensivo, por outro, nada substitui a experiência clínica. Assim, a experiência do profissional terá influência na leitura feita por ele no momento da avaliação.

Cabrejo-Parra (2010) discute que o ato da leitura está na origem da atividade do pensamento e que a intersubjetividade é inerente a esta ação. O autor recorre aos contos e aos livros de literatura para afirmar que estes são encenações do que se passa na psique e que o sujeito que os lê encena modalidades de interpretação. Em outras palavras, o mesmo livro suporta leituras inesgotáveis apesar de possuir o que se chama ‘fantasmas psíquicos’, comuns a espécie humana. Nas palavras do autor:

Podemos passar a vida tentando compreender o que se passa dentro de nós mesmos e teremos sempre a possibilidade de ler as coisas de outra forma. A leitura de seu livro psíquico (composto pelo livro interno, pelo livro intersubjetivo e pelo livro do mundo) introduz cada vez à dúvida, um “talvez” permanente”. (p.16).

Assim, tomando as considerações de Cabrejo-Parra para pensar o IRDI como operador de leitura, é possível entender que, assim como nos contos, o IRDI oferece o roteiro de uma história e é a sua aplicação que revela as modalidades de interpretação construídas pelos bebês, pelos cuidadores, mas também pelo pesquisador. Além disso, a cada aplicação, a cada leitura, novos significados poderão surgir.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo exploratório indicaram que o Protocolo IRDI detecta sinais iniciais de problemas de desenvolvimento em crianças que estejam trilhando um percurso autístico. Porém, isso não significa que ele deve ser tomado como um instrumento específico para a triagem de autismo em bebês de até 18 meses. O que se afirma é que dentre os riscos detectados pelo Protocolo está o autismo, o que enriquece o valor do instrumento. Marcar essa distinção é importante, pois é justamente por ser inespecífico para o diagnóstico que o IRDI pode contribuir para a saúde coletiva ao considerar a subjetividade de cada bebê/família que se submete a esta avaliação.

Conforme apontado na discussão, é justamente o fato de o protocolo não ser específico que permite a detecção de diversas manifestações sintomáticas, o que em se tratando de autismo é fundamental visto que esta patologia não se manifesta da mesma forma nas diferentes crianças. Além disso, por ser um instrumento de avaliação contínua, aplicado ao longo de um ano e meio, admite diversos momentos para a observação do surgimento e a evolução dos sinais iniciais de risco. Isso contribui para que a oferta de intervenção clínica possa ocorrer em momentos cada vez mais precoces, sem a necessidade de aguardar até os 18 meses de vida do bebê.

A noção de espectro foi introduzida ao diagnóstico de autismo justamente para marcar a diversidade de expressões sintomáticas que indicam a presença da patologia. Neste sentido, os resultados deste estudo sugerem que o IRDI parece ser sensível ao grau de sofrimento manifestado pelo bebê. E que, assim, a investigação em torno de sinais iniciais de autismo não deve se restringir à lógica de presença ou ausência de determinado comportamento, mas incluir as noções de frequência e intensidade durante as avaliações. Trata-se de um desafio deste estudo, pois o IRDI foi feito para avaliar apenas presença ou ausência dos indicadores de desenvolvimento. Porém, apesar de ser uma limitação, não impediu que as crianças em risco no contexto desta pesquisa fossem detectadas pelo IRDI. Ao contrário, além de o Protocolo ter sinalizado todas as crianças

consideradas em risco para autismo pelo M-CHAT, ainda detectou um bebê que apresentava entraves significativos em seu desenvolvimento e dificuldades de interação com a mãe, mas que não havia sido triada no M-CHAT.

Por mais que se afirme a importância de detectar sinais iniciais de patologias como o autismo para oferecer a intervenção o mais cedo possível, isso não significa que os pais devam ser alarmados diante da primeira preocupação do profissional. Isto, porque, uma suspeita desta ordem, mesmo não confirmada ao longo do tempo, pode trazer prejuízos para a interação nascente entre os pais e os bebês. Ressalta-se a importância deste cuidado, pois, desde 2012, verifica-se um aumento considerável de diagnósticos de autismo e pais cada vez mais temerosos de que seu bebê seja acometido por esse transtorno. Em alguns casos, mesmo o bebê não apresentando manifestação clínica, os cuidadores justificam o seu temor afirmando que a precocidade da detecção determinará o prognóstico e, portanto, querem oferecer tratamento aos seus filhos o quanto antes.

No Brasil, fora dos consultórios e das instituições que se ocupam de saúde mental também ouve-se falar mais do autismo, tanto sob um aspecto político quanto social. O Movimento Autismo, Psicanálise e Saúde Pública (MAPSP) surgiu em resposta a uma tentativa de restringir o atendimento de crianças autistas à abordagem comportamental. Os que defendem essa restrição justificam que apenas o resultado de terapias comportamentais têm comprovação científica e que as demais, incluindo a psicanálise, não passam de especulação. Além disso, mesmo para aqueles que não procuram saber a respeito do autismo, os jornais e a televisão têm se encarregado de trazê-lo para a população, incluindo o assunto nas matérias, nas novelas e nos programas jornalísticos de grande audiência. É possível supor que, em resposta a essas iniciativas, a procura por serviços que atendam crianças autistas tenha aumentado consideravelmente no último ano.

Não se trata de minimizar a importância da detecção de sinais iniciais para evitar a possibilidade de uma falsa epidemia do transtorno ou as preocupações parentais que podem emergir quando são informados a respeito da importância do diagnóstico precoce – fato que pode ser estudado em pesquisas

futuras. O que se afirma é o cuidado que os profissionais devem adotar para construir a avaliação de cada criança e para só informarem suas suspeitas aos pais quando existirem elementos suficientes para justificá-las além da possibilidade de encaminhá-los para uma terapia pais-bebê.

Assim, trabalhar com o IRDI no contexto desta pesquisa se justifica porque além deste instrumento ser inespecífico para diagnóstico, foi construído e fundamentado a partir de conceitos da psicanálise a respeito do desenvolvimento emocional do bebê e da relação que ele estabelece com os seus pais. Aprofundar ou atualizar os conhecimentos a respeito deste instrumento pode contribuir para que o seu uso e a interpretação dos seus resultados se dê de maneira mais precisa no sentido de promover a saúde e não de aprisionar sujeitos em predições diagnósticas ou alarmar os pais a respeito de possíveis dificuldades relacionadas aos seus filhos pequenos.

Este estudo exploratório permite afirmar que o IRDI tem potencial para auxiliar a compreensão das dinâmicas familiares, pois é uma sistematização de impressões clínicas que podem facilitar as conversas com os pais das crianças ou com os profissionais da rede de cuidados. Além disso, tomado em sua integralidade, o Protocolo permite ao psicólogo fazer uma leitura a respeito do significado que a ausência de um determinado indicador clínico pode ter no contexto de cada família. Desta forma, tal como a bússola indica aproximadamente o norte geográfico e serve como um instrumento para o navegador chegar ao seu destino, o IRDI proporciona dados avaliativos relevantes a respeito do desenvolvimento inicial dos bebês. A partir destas afirmações, sugere-se que novas pesquisas se debrucem na tarefa de verificar a possibilidade deste instrumento ser utilizado como um método interventivo, que poderá auxiliar na promoção da saúde mental, com enfoque na importância da formação e da experiência clínica do profissional para esta realização.

A amostra de bebês que apresentaram risco nesta pesquisa não é suficiente para oferecer conclusões definitivas a respeito de contribuições específicas que o IRDI possa trazer para ampliar a compreensão sobre o autismo. Porém, é possível sugerir, a partir dos resultados deste estudo exploratório, em

associação com os dados da literatura, que o eixo suposição de sujeito parece não oferecer elementos que distingam bebês típicos daqueles que apresentam sinais iniciais de autismo. Por outro lado, o eixo alternância presença/ausência parece contribuir para esta diferenciação, o que indica a importância da realização de novas pesquisas que aprofundem a investigação sobre estes aspectos em uma amostra maior.

E esta foi a trama possível de ser tecida. Ela permanece inacabada, mas amarrações e enlaçamentos foram realizados. Alguns pontos estão firmes e bem tramados; o IRDI de fato pode ser utilizado para detectar bebês com sinais iniciais de autismo no contexto da saúde coletiva preservando a singularidade das pessoas envolvidas. Outros aspectos, no entanto, permanecem com a necessidade de novas amarrações. Porém, conforme manifestou Clarice Lispector, “que ninguém se engane, só se consegue a simplicidade através de muito trabalho”.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. (1992) **Companhia Viva psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. A forma na fantasia inconsciente no pensar e no andar. In: Junqueira Filho (Org.). **Silêncios e luzes: sobre a experiência psíquica do vazio e da forma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.295-306, 1998.
- BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. **British Journal of Psychiatry**, p.839-843, 1992, v.161.
- BARON-COHEN, S. et al. Psychological markers in the detection of 95 autism in infancy in a large population. **The British Journal of Psychiatry**, p.158-163, 1996, v. 168.
- BENSON, P. R.; KARLOF, K. L. Child, parent, and family predictors of latter adjustment in siblings of children with autism. **Research in Autism Spectrum Disorders**, p.583-600, 2008, v.2.
- BERNARDINO, L. M. F. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, p.19-41, 2006.
- BERNARDINO, L.M.F. A avaliação psicanalítica das crianças da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para o desenvolvimento infantil: impasses teóricos e clínicos. In: ATEM, L.M. (Org.). **Cuidados no início da vida: Clínica, instituição, pesquisa e metodologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.123-128, 2008.
- BION, W.R. (1963) **Elementos de Psicanálise**. São Paulo: Imago, 2004.
- CABREJO-PARRA, C. A leitura dos textos antes dos textos escritos. **Percursos**. ano XXII, nº 44, p.9-16, jun.2010.
- CAMPANÁRIO, I.S. **Espelho, espelho meu**. A psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves. Salvador: Álgama, 2008.
- CASSEL, R. **Dynamique, synchronie, réciprocité et mamans dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux**. Tese (Doutorado) – Université Pierre et Marie Curie. Paris, 2011. Disponível em : http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/64/66/08/PDF/thA_se_CSG_avec_plos_one_.pdf. Acesso em: 10 set.2013.

CDC. Prevalence of autism spectrum disorders - autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. In: **Surveillance Summaries**, December 18, 2009 - 58(SS10); 1-20.

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

COHEN, D. et al. Acompanhamento ecográfico pré-natal de gravidez com suspeitas de má-formações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: Laznik, M.C.; Cohen, D. (orgs) **O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa**. São Paulo: Instituto Langage, p.35-44, 2011.

_____. **Do Parentese Prosody and Fathers' Involvement in Interacting Facilitate Social Interaction in Infants Who Later Develop Autism?**

Disponível em:

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0061402>. Acesso em: 10 set.2013.

DE ARAGÃO, R. O. **Tornar-se mãe de seu próprio filho**. Curitiba: Honoris Causa, 2011.

DE ARAUJO, G.X. Quando não há mais espaço – um estudo sobre a fratria das crianças autistas. **Estilos da Clínica**, 15(1), p.126-143, 2010.

DE MORAIS, A.S. **Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por agentes comunitários de saúde: uma experiência de formação**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

DI PAOLO, A. F. **Estudo exploratório dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

EAVES, L. C.; WINGERT, H.; HO, H. H. Screening for autism – Agreement with diagnosis. **Autism**. nº 3, p. 229-242, May 2006, v.10.

FREUD, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: Hanns L.A. (Trad.). **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, p.97-119, 2004, v.1.

_____. (1920). Além do Princípio de Prazer. In: Hanns L.A. (Trad.). **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.135-182, v.2.

_____. (1926) **Inibições, sintomas e ansiedades**. Edição Standart Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, p. 81-171, 1996, v.20.

FIGUEIREDO, L.C. **As diversas faces do cuidar** novos ensaios de psicanálise contemporânea. 2.ed.São Paulo: Escuta, 2012.

GOLSE, B. Autismo infantil: despiste e prevenção. **Latin American of Fundamental Psychopathology**, Online, nº 3, p.428-442, set.2005, v.VIII.

GONON, F. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative ? In: **Esprit**. nov. 2011. Disponível em: <http://www.esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=36379> . Acesso em: 20 ago.2013.

GORWOOD, P.; RAMOZ, N. Facteurs génétiques dans l'autisme. In: B. GPSE & P. DELION. **Autisme: état des lieux et horizons**. Paris:Érès, p.71-88, 2005.

JERUSALINSKY, J. É possível prevenir ou só resta remediar? Precocidade e prevenção na intervenção com bebês. In: **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágama, p.224-257, 2002.

JIMENEZ, J. P. Can research influence clinical practice? **International Journal of Psychoanalysis**, p.661-679, 2007, v.88.

KLATAU, P. O nascimento da subjetividade: uma incursão pelas teorias de Winnicott e Lacan através do espelho. In: LAZNIK, D.B. (Org.). **O Cravo e a Rosa**. Bahia: Ágalma, p.124-135, 2008.

KLEIN, M. (1952) Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, p.85-118, 1991.

KLEINMAN, J. M. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, nº 5, p.827-839, May 2008, v.38.

KORBIVCHER, C.K. Mente primitiva e pensamento. In: HAUDENSCHILD (Org.) **Constituição da Vida Psíquica**. São Paulo: Hironde, p.7-28, 2009.

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

_____. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online** nº1, p.48-68, 2009, v.6.

_____. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, nº1, p.16-30, mar.2010, v.13.

_____. Metodologia IRDI: uma ação de prevenção na primeira infância. In: KUPFER, Bernardino; Mariotto (Orgs.). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, p.131-145, 2012.

KUPFER, M. C.M; VOLTOLINI, R. Uso de Indicadores em Pesquisas de Orientação Psicanalítica: Um Debate Conceitual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, nº3, p.359-364, 2005, v.21.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, nº1, p.45-58, mar. 2009, v.12.

LAMPREIA, C. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, nº1, p.57-65, 2003, v.8.

LAPLANCHE, J; PONTALIS (1987). **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

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

_____. Psicanalistas que trabalham em saúde pública. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 13(132), p. 62-78, 2000.

_____. **Rumo à fala**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011.

LEBOVICI, S. (1983) **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

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

LERNER, R. ; CASSEL, R. ; COHEN, D. ; MURATORI, F.; APICELLA, F. Aplicação de indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil - IRDI a vídeos caseiros de crianças diagnosticadas como autistas. In: Laznik, M.C.; Cohen, D.. (Org.). **O bebê e seus intérpretes**: clínica e pesquisa. 1.ed. São Paulo: Instituto Langage, p.179-186, 2011.

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, nº3, p.221-229, 2008, v.30.

MAHLER, M. (1965) A interação mãe-filho durante a separação-individuação. In: **O processo de separação-individuação**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 35-45, 1982.

MARIN, I.S K. **Violências**. São Paulo: Escuta, 2002.

MARIOTTO, R.M.M. **Cuidar, educar e prevenir**: as funções da creche na subjetivação de bebês. São Paulo: Escuta, 2009.

MECCA et al. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS**. nº 2, p.116-120, 2011, v.33.

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, p. 46-61, 2007.

MURATORI, F.; APICELLA, F.; MURATORI, P.; MAESTRO, S. Intersubjective disruptions and caregiver–infant interaction in early Autistic Disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 5(1), p.408-417, 2011.

OSBORNE, L. A.; MC HUGH, L.; SAUNDER, J.; REED, P. The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in autistic spectrum conditions. Research. **Autism Spectrum Disorders**, 2, p.249-263, 2008.

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

PINTO-MARTIN, J. A. Screening Strategies for Autism Spectrum Disorders in Pediatric Primary Care. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**. nº5, p.345-350, Oct. 2008, v.29.

RABELLO, S. A serviço de quê pode estar a detecção precoce do autismo? In: Kupfer, Bernardino e Mariotto (orgs) **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, p.165-174, 2012.

REID, S. The assessment of the child with autism. In: ALVAREZ; A. & REID, S. (orgs.). **Autism and Personality**: findings from the Tavistock autism workshop. Inglaterra: Routledge, p.13-31, 1998.

ROBINS, D. L. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. **Autism**. nº5, p.537-556, Sep. 2008, v.12.

ROBINS, D. L.; FEIN, D.; BARTON, M. L.; GREEN, J. A. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorder**. nº2, p.131-44, 2001, v.31.

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.2012-1525, mar.2013.

SALOMONSSON, B. Talk to me baby, tell me what's the matter now. Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. **International Journal of Psychoanalysis**, p.127-146, 2007, v.88.

SANSON, J. C.; Mais uma vez as inscrições primordiais. In: BERNARDINO (Org). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, p.57-66, 2006.

SARRADET, J.L; Editorial. In: CRESPI (direção) **Clínica e prática da prevenção do autismo**. São Paulo: Instituto da Família, p.13-15, 2007.

SCARPA, A. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: Reliability in a Diverse Rural American Sample. **J. Autism Dev. Disord.** Online, doi: 10.1007/510803-013-1779-X, fev.2013.

SIGMAN, M., DIJAMCO, A., GRATIER, M., & ROZGA, A. (2004). Early detection of core deficits in autism. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, 10 (4), p.221-233.

SNOW, A. V.; LECAVALIER, L. Sensitivity and specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers and the Social Communication Questionnaire in preschoolers suspected of having pervasive developmental disorders. **Autism**. nº6, p.627-644, nov. 2008, v.12.

SPITZ, R. (1965) **O primeiro ano de vida**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

STERN, D. N. **O mundo interpessoal do bebê**: uma visão a partir da psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SULLIVAN, M., FINELLI, J., MARVIN, A., GARRETT-MAYER, E., BAUMAN, M., & Landa, R. Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorder: A prospective study. **Journal of autism and developmental disorders**, 37(1), p.37-48, 2007.

TEITELBAUM, P., TEITELBAUM, O., NYE, J., FRYMAN, J., & MAURER, R.G. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. **Proc Natl Acad Sci USA**, 10.1073; nº 23, 13982–13987, nov. 1998, v. 95.

TEIXEIRA, M.C.T.V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Rev. Assoc. Med. Bras**, 56(5), p. 607-614, 2010.

TOCCHIO, A.B. **Educação Permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o**

desenvolvimento infantil. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. São Paulo, 2013.

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

WING, L.; POTTER, D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Ment Retard Dev Disabil Res Rev.** nº8, p.151-61, 2002, v.3.

WINNICOTT, D.W. (1958) A capacidade para estar só. In: Winnicott, D.W. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artmed, 1983.

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

_____. (1967) O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: Winnicott, D.W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, p. 153-162, 1975.

_____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1988.

YIRMIYA, N. et al. The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: social engagement, communication, and cognition. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 47(5), p.511-523, 2006.

ANEXO 2

PROTOCOLO IRDI – 1ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____ Data de nasc.: ____/____/____
 Nº na pesquisa: _____
 UBS: _____ Nº do Prontuário: _____
 Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____
 Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____
 Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 0 a 3 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
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 (mamanhês).		
3. A criança reage ao mamanhês.		
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		

ANEXO 3

PROTOCOLO IRDI – 2ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ N° na pesquisa: _____
 UBS: _____ N° do prontuário: _____
 Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____
 Nome do cuidador que acompanhou a criança: Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 4 a 7 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
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 ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		
9. A mãe ou cuidador fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.		
10. A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.		
12. A mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.		
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		

ANEXO 4

PROTOCOLO IRDI – 3ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança:

Data de nasc.: ____/____/____ N° na pesquisa: _____

UBS: _____° do prontuário: _____

Profissional que aplicou: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____ Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 8 a 11 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
14. A mãe (ou cuidador) percebe quando a criança está querendo chamar a sua atenção.		
15. Durante a troca de fraldas, a alimentação, banho e outros cuidados com o corpo, a criança brinca com a mãe (ou cuidador) e demonstra carinho por ela.		
16. A criança demonstra quando gosta ou não gosta de alguma coisa.		
17. Mãe e criança possuem uma linguagem que faz parte da rotina e da intimidade delas.		
18. A criança estranha pessoas que ela não conhece.		
19. A criança possui objetos preferidos (paninho, ursinho).		
20. A criança faz gracinhas (caretas, biquinho, pisca, bate palminhas) para chamar atenção.		
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.		
22. A criança aceita os alimentos picados ou inteiros (frutas, pedacinhos de carne, batata e outros) e não apenas os líquidos e papinhas.		

ANEXO 5

PROTOCOLO IRDI – 4ª FICHA DE APLICAÇÃO

Nome da criança _____

Data de nasc.: ____/____/____ N° na pesquisa: _____

UBS: _____ N° do prontuário: _____

Profissional que aplicou _____ Data da aplicação: ____/____/____

Nome do cuidador que acompanhou a criança: ____Pai () Mãe () Outro ()

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Não verificado

Indicadores de 12 a 17 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
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 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.		

ANEXO 6

VERSÃO FINAL DO M-CHAT EM PORTUGUÊS

Tradução para o português da escala M-CHAT – LOSAPIO & PONDÉ

Anexo 1

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

ANEXO 7

INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E RESPECTIVOS EIXOS TEÓRICOS

LATIN AMERICAN JOURNAL
OF FUNDAMENTAL
PSYCHOPATHOLOGY ONLINE

Tabela 1: Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 meses 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.	SS/ED SS ED PA SS/PA
4 a 8 meses 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.	ED/PA ED ED/PA SS/PA ED ED/PA SS/ED/PA ED/FP
8 a 12 meses incompletos:	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 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 semi-sólida, sólida e variada.	ED/SS ED ED SS/PA FP ED ED ED
De 12 a 18 meses	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 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	ED/FP ED/FP ED/FP FP SS/FP FP FP FP FP