UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CAROLINA VALÉRIO BARROS

Estudo de sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA (Transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade

(Versão corrigida)

SÃO PAULO

2016

CAROLINA VALÉRIO BARROS

Estudo de sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA (Transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientador:
Prof. Dr. Rogério Lerner

São Paulo

2016

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

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

Barros, Carolina Valério

Estudo de sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA (Transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade (Versão corrigida)

Carolina Valério Barros; orientador: Rogério Lerner -- São Paulo, 2016.

129 p

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

1. IRDI 2. TEA 3. Detecção de sinais iniciais 4. Pesquisa acadêmica 5. Clínica com crianças I. Título

BF 721

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Barros, Carolina Valério

Estudo de sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA (Transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

*Para minha querida avó, Marina (in memoriam),
a “vovó menina”.*

Para minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Lerner, por sua disponibilidade e pela precisão e objetividade com que orientou minha pesquisa. Agradeço o apoio e o respeito com meu trabalho.

À Profa. Dra. Helena Brentani, a quem muito admiro. Agradeço suas colocações precisas e criteriosas e também por me ensinar que fazer pesquisa é trabalhar com criatividade e com rigor.

À Profa. Dra. Audrey Souza, pelas discussões importantes acerca da pesquisa IRDI e pelas questões levantadas no exame de Qualificação.

À minha mãe, por toda uma vida... E por apreciar tanto o meu amor pela minha profissão, pelos estudos e pela escrita.

À minha querida amiga, Angela. Nossa amizade será compreendida por aqueles que conhecerem Carlos da Maia e João da Ega.

Aos meus amigos de Belém que, mesmo com a distância, se mantêm tão próximos. Agradeço especialmente à Rosi, à Pan e à Priscila, pela escuta amorosa e paciente e também à minha amada Julinha. À querida Ramaiana, por me ceder dois de seus pacientes para a pesquisa e pelos papos pós avaliações.

Ao Vinícius Frayze David, pelas sugestões valiosas no tratamento estatístico. Agradeço a disponibilidade e as boas ideias.

À Equipe do PROTEA, especialmente à Débora e à Andressa, por terem me auxiliado durante toda a coleta de dados; à Joana, à Elaine e à Paola, por trabalharem comigo os dados da Neuropsicologia, e à Érica e à Sheila, pelas conversas. Também agradeço à Edna, responsável pelas salas de avaliações, por organizar os horários e sempre manter um espaço para a realização das minhas entrevistas.

Às diretoras das EMEI, Ana Cláudia (EMEI Ana Rosa), Débora (EMEI Santos Dumont) e Renata (EMEI Heitor Villa-Lobos), assim como às equipes das escolas. Um agradecimento especial à Cristina, coordenadora do CAPSi Vila Prudente.

Ao Prof. Dr. Jacob Laros e à Renata Manuely, da UNB, que gentilmente me cederam o SON-R para realização de parte da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

Sou especialmente grata às mais oitenta crianças e a seus pais que participaram deste trabalho (nem todos puderam ser incluídos nesta pesquisa). Foi uma trajetória que me deixou marcas, uma convivência de três anos em que escutei, fui escutada, brinquei, me emocionei e, sobretudo, aprendi.

Aos meus queridos bichos, meus melhores companheiros, especialmente aos que já partiram.

E a Deus, por meu espírito curioso.

RESUMO

BARROS, C. V. *Estudo de sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA (Transtorno do espectro de autismo): possibilidades de utilização para detecção de sinais iniciais e para rastreamento e considerações sobre a problemática da intersubjetividade*. 2016, 129 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Este estudo originou-se do interesse em investigar a sensibilidade do IRDI-Questionário, adaptação do instrumento IRDI, para detecção de sinais iniciais de TEA (Transtorno de espectro de autismo). O autismo ou TEA caracteriza-se por severos déficits na interação social recíproca, na comunicação e na atividade imaginativa, assim como por padrões repetitivos e limitados de interesses e de comportamentos. Nesse sentido, deve-se ressaltar a indefinição de sua etiologia, pois, se trata de um distúrbio complexo e heterogêneo com graus variados de severidade, resultado provável de uma combinação de fatores ambientais e genéticos. Soma-se à ausência de um marcador biológico a acentuada heterogeneidade das manifestações clínicas do transtorno, daí o conceito de espectro que lhe foi atribuído. Tais condições terão como consequências dificuldades no próprio processo diagnóstico. Isso significa que o diagnóstico do autismo e as condições associadas ainda estão baseados em observações de confluência de anormalidades comportamentais nos campos social, de comunicação, do jogo e da imaginação. É importante pensar que a heterogeneidade do quadro implica que os sintomas podem não se expressar do mesmo modo em todas as crianças, apesar de apresentarem certa regularidade que permite a construção de um diagnóstico. Além disso, algumas crianças vão apresentar sinais de risco desde os primeiros meses de vida e, outras, apresentarão sintomas mais tardios. Nesse contexto, os instrumentos de avaliação são importantes ferramentas de auxílio na avaliação clínica da criança com TEA, sendo que vários pesquisadores ressaltam a importância de se realizarem triagens de crianças de até três anos de idade a fim de propiciar o diagnóstico e a intervenção ainda nos primeiros meses de vida. Com o intuito de instrumentalizar a detecção de sinais iniciais de TEA, diversos pesquisadores têm formulado protocolos com foco em diferentes formas de expressão de tais sinais e os instrumentos especializados para fins de rastreamento/triagem têm se mostrado eficientes na detecção de sinais iniciais de TEA, além disso, são de fácil e rápida aplicação. Esta pesquisa, portanto, se propôs a investigar a sensibilidade de um instrumento para sinais iniciais de TEA, sendo que, para a investigação, participaram 72 pais de crianças/crianças divididos em 2 (dois) grupos: grupo pesquisa-TEA (32 pais) e grupo controle-típico (40 pais). Para ambos os grupos, foram utilizados o IRDI-Questionário e a CARS-BR, os quais tiveram seus resultados comparados. Utilizou-se o teste de inteligência não verbal SON-R 2½-7 no grupo pesquisa-TEA para controlar a variável DI (deficiência intelectual). Os dados foram submetidos a tratamento estatístico e as análises estatísticas demonstraram que as médias descritas pelo IRDI-Questionário foram diferentes, sendo que os IRDI do grupo TEA (85,09) são, em média, menores que os IRDI do grupo típico (129,32). Os grupos juntos mostraram alta correlação negativa entre os valores do IRDI-Questionário e da CARS-BR. Para o estudo de sensibilidade foi realizada uma análise através da curva ROC, que definiu um ponto de corte do escore gerado pelo instrumento IRDI-Questionário. A sensibilidade do IRDI-Questionário para sinais iniciais de TEA foi de 96,9%, resultado este que também indicou que o instrumento pode ser interessante para um instrumento para o rastreamento da condição estudada. Além do estudo de sensibilidade, apresentou-se, ainda, um breve estudo sobre o conceito de Intersubjetividade e suas rupturas, assim como algumas pesquisas atuais a ele referentes, relacionando-o aos indicadores IRDI e ao TEA. O conceito de intersubjetividade tem sido investigado por vários campos de conhecimento. A Psicologia do desenvolvimento é um desses campos, sendo que diversos autores nos apresentam diferentes interpretações sobre o conceito. Neste trabalho, destacou-se a importância de apresentar o conceito, pois, este guarda uma estreita relação com o autismo.

Palavras-chave: 1. IRDI; 2. TEA; 3. Detecção de sinais iniciais; 4. Pesquisa acadêmica; 5. Clínica com crianças.

ABSTRACT

BARROS, C. V. *Study of sensibility of IRDI-Questionário for TEA (Autism Spectrum Disorders): possibilities to use for early signs detection and for rating e and considerations on the issue of intersubjectivity*. 2016, 129 p. Thesis (Doctorate) – Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2016.

This study originated from the interest in investigating the sensitivity of the IRDI - Questionnaire, adaptation of the IRDI instrument to detect early signs of ASD (autism spectrum disorder). Autism or ASD is characterized by severe deficits in reciprocal social interaction, communication and imaginative activity, as well as repetitive and restricted patterns of interest and behavior. His early appearance, profile and chronicity of symptoms are strong arguments for a biological causality, however, not defined a biological indicator present in all cases. In this sense, it should be noted the vagueness of its etiology, because it is a complex and heterogeneous disorder with varying degrees of severity, likely the result of a combination of environmental and genetic factors. Added to the absence of a biomarker a marked heterogeneity of clinical manifestations of the disorder, hence the concept of spectrum allocated to it. Such conditions will have as consequences difficulties in itself diagnostic process. This means that the diagnosis of autism and associated conditions are still based on observations of confluence of behavioral abnormalities in the social, communication, play and imagination. It is important to think that the heterogeneity of the picture implies that the symptoms can not express themselves in the same way in all children, despite having certain regularity that allows the construction of a diagnosis. In addition, some children will show signs of risk in the first months of life, and others, will present the later symptoms. In this context, the assessment tools are important aid tools in the clinical evaluation of children with ASD, and several researchers emphasize the importance of conducting trials of children under three years of age in order to provide diagnosis and intervention still in first months of life. In order to manipulate the detection of initial signs of TEA, many researchers have made agreements with focus on different ways of expressing such signals and specialized tools for tracking / sorting have been shown to be effective in detecting early signs of TEA, moreover, they are quick and easy application. This research therefore aims to investigate the sensitivity of an instrument for early signs of ASD, and for research, participated 72 parents of children / children divided into two (2) groups: research - TEA group (32 parents) and control group - typical (40 parents). For both groups, we used the IRDI - Questionnaire and the CARS-BR, which have their results compared. We used the non-verbal intelligence test SON- R 2½ -7 in the search -TEA group to control the variable DI (intellectual disability). The data were subjected to statistical analysis and statistical analyzes showed that the average described by IRDI - Questionnaire were different, and the IRDI TEA group (85.09) are on average smaller than the typical group IRDI (129, 32). Groups together showed high negative correlation between the values of the IRDI - Questionnaire and the CARS- BR. For the sensitivity study was carried out through an analysis of the ROC curve, it defined a cutoff score generated by IRDI - Questionnaire tool. The sensitivity of the IRDI - Questionnaire for early signs of ASD was 96.9 %, a result which also indicated that the instrument may be interesting to a tool for tracking the condition studied. In addition to the sensitivity analysis presented is also a brief study on the concept of Intersubjectivity and their breaks, as well as some current research relating thereto, relating it to IRDI indicators and TEA. The concept of intersubjectivity has been investigated by several fields of knowledge. Developmental Psychology is one of those fields, and several authors present us with different interpretations of the concept. In this work, we stressed the importance of presenting the concept, because this is closely related to autism.

Keywords: 1. IRDI; 2. TEA; 3. Early signs detection; 4. Academic research; 5. Clinical with children.

SUMÁRIO

Introdução	12
1.2. Os indicadores IRDI	22
2. A Intersubjetividade, suas rupturas e os indicadores IRDI: algumas questões para pensar o transtorno do espectro de autismo	34
2.1. Intersubjetividade: um conceito apropriado para pensar o autismo?	34
2.2. Rupturas intersubjetivas precoces: algumas questões para pensar os sinais iniciais de TEA	40
2.3. Intersubjetividade e relações possíveis com os eixos teóricos que fundamentam os indicadores IRDI	48
3. Objetivos	57
3.1. Objetivo geral	57
3.2. Objetivo específico	57
4. Método	58
4.1. Metodologia proposta	58
4.2. Instrumentos utilizados	61
4.3. Metodologia e análise de dados	71
4.4. Instituições participantes	72
5. Resultados estatísticos	74
5.1. Descritiva da amostra	76
5.2. Descritiva dos instrumentos	78
5.3. Análise estatística	80
5.4. Análise da curva ROC	85
5.5. Correlação entre IRDI-Questionário e SON-R e entre CARS-BR e SON-R para verificação da variável retardo mental / deficiência intelectual através de avaliação de QI no grupo TEA	87
5.6. Frequência de respostas aos IRDIs nos grupos típico e TEA	89
6. Discussão	91
7. Considerações finais	103
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	110

LISTA DE SIGLAS

IRDI (Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil)

CARS-BR (Childhood Autism Rating Scale)

TEA (Transtorno do espectro de autismo)

GP (Grupo pesquisa)

GC (Grupo controle)

AP3 (Avaliação psicanalítica aos 3 anos)

RM (Retardo mental)

DI (Deficiência intelectual)

SS (Suposição do sujeito)

ED (Estabelecimento de demanda)

PA (Alternância presença ausência)

FP (Função Paterna)

ANEXOS

Anexo 1 - IRDI (Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil)

Anexo 2 - IRDI-Q (IRDI - Questionário)

Anexo 3 - CARS-BR

Anexo 4 - Formulário SON-R

Anexo 5 - TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido)

INTRODUÇÃO

Este estudo originou-se do interesse em investigar a sensibilidade do IRDI-Questionário (Machado, 2013), adaptação do instrumento IRDI (**ANEXO 1**), para detecção de sinais iniciais de TEA (Transtorno de espectro de autismo).

Construído pelo grupo nacional de pesquisa (GNP)¹ para a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e validado para uso pediátrico, o IRDI, à época da conclusão da referida pesquisa, mostrou-se inespecífico para diagnóstico, porém, teve demonstrada sua capacidade de prever problemas de desenvolvimento e psíquicos aos três anos.

A pesquisa IRDI buscou verificar a capacidade de predição de determinados indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento – os IRDI – que, observados na clínica psicanalítica com bebês e com crianças pequenas, teriam potencialmente o valor de apontar para aspectos significativos da constituição subjetiva.

Os IRDI derivaram de uma perspectiva psicanalítica não reducionista, que considerou as contribuições de outros campos de conhecimento, tais como a Psicologia do Desenvolvimento e a Medicina, para os estudos referentes ao desenvolvimento humano. Uma das contribuições psicanalíticas fundamentais, no entanto, foi a proposição de que as condições de instalação do sujeito psíquico desejante são organizadoras do próprio desenvolvimento (LERNER, 2011).

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

É importante ressaltar que, desde que foi validado, o IRDI se prestou para inúmeras aplicações (LERNER, 2011). Várias outras pesquisas foram desenvolvidas tendo o IRDI como instrumento de investigação, sendo que uma temática recorrente em tais pesquisas versa sobre o desenvolvimento psíquico (típico e atípico) da criança. Pesaro (2010), em sua tese de Doutorado, ressalta que os indicadores se constituem como um precioso instrumento de investigação das problemáticas envolvendo a constituição subjetiva e seus entraves. A autora assinala que o IRDI pode “[...] ser utilizado por pesquisadores interessados em explorar esse campo nascente e contribuir para o estudo das psicopatologias da primeira infância.” (p 12) É assim, portanto, que vários desses estudos, mesmo considerando a inespecificidade diagnóstica do IRDI, investigam as possibilidades do instrumento quanto à detecção de sinais iniciais de psicopatologias precoces, especialmente, o autismo.

Os problemas de saúde mental são responsáveis por uma grande quantidade de mortalidade e de incapacidade. Os principais problemas de saúde mental incluem depressão, psicose, suicídio, demência, problemas devido ao uso de álcool e de drogas e merecem especial destaque os problemas de saúde mental em crianças (OMS, 2011).

Em relação aos problemas de saúde mental em crianças, Lerner (2011) refere estudos que apontam números preocupantes na incidência e na prevalência dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais em crianças nos países em desenvolvimento. O autor também se utiliza de dados da OMS para justificar suas afirmações: “[...] entre 10 e 20% desta população específica (crianças) parece sofrer de um ou mais problemas mentais, entretanto, a atenção dada a esta população é insuficiente tanto no que se refere ao diagnóstico quanto no que se refere ao tratamento.” (LERNER, 2011, p. 11)

Ainda segundo dados da OMS, dentre os transtornos psiquiátricos que mais podem resultar em severas incapacitações destacam-se os transtornos do espectro de autismo (TEA), objeto de investigação do presente estudo.

O autismo ou transtorno de espectro de autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, e vem sendo extensivamente investigado pelas mais diversas áreas de saber, desde sua primeira definição por Kanner, em 1943, sendo que ao longo de 70 anos desde sua descoberta, sua definição vem sofrendo modificações.

Assumpção (2015) assinala a descrição de Kanner tal como um quadro caracterizado por “[...] autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia, visualizando este conjunto de sinais como uma doença específica, relacionada a fenômenos da linha esquizofrênica.” (ASSUMPÇÃO, 2015, p. 413) Assumpção ainda ressalta os estudos de Ritvo que, em 1976, passa a considerar o autismo não mais uma doença específica, mas, uma síndrome relacionada a déficits cognitivos com curso de um transtorno do desenvolvimento.

A proposição de Ritvo se configurou como uma das primeiras mudanças no modo de pensar o autismo e trouxe, segundo Assumpção, consideráveis conseqüências no ponto de vista diagnóstico, epidemiológico e terapêutico. As concepções do próprio Kanner sobre o transtorno também sofreram modificações ao longo do tempo.

Mota (2015) também destaca que a definição de autismo, assim como seu diagnóstico, tem sofrido uma série de transformações ao longo do tempo e ainda afirma que “Vários instrumentos de avaliação têm sido construídos e validados em diversos países no intuito de proporcionar um diagnóstico mais refinado dos prejuízos e das competências da criança sob investigação.” (p. 21)

Na época da primeira definição, de Kanner, o autismo era considerado raro, com uma prevalência em torno de duas a quatro por dez mil crianças. No entanto, estudos

realizados a partir da década de 1990 relataram aumentos anuais na incidência de autismo em crianças. Mota (2015) assinala algumas possíveis razões para esse aumento, tais como novos critérios diagnósticos, desenvolvimento do conceito de espectro ampliado de autismo, metodologias diferentes utilizadas nos estudos, maior percepção e conhecimento do problema pelos pais e profissionais e desenvolvimento de serviços especializados.

O autismo ou TEA caracteriza-se por severos déficits na interação social recíproca, na comunicação e na atividade imaginativa, assim como por padrões repetitivos e limitados de interesses e de comportamentos (VOLKMAR e PAULS, 2003). Seu aparecimento precoce, o perfil e a cronicidade dos sintomas são fortes argumentos para justificar uma causalidade biológica, no entanto, não se definiu um indicador biológico presente em todos os casos. Nesse sentido, deve-se ressaltar a complexidade e, até mesmo, a heterogeneidade de sua etiologia, pois, se trata de um distúrbio que apresenta variados graus de severidade, resultado provável de uma combinação de fatores ambientais e genéticos.

Assim, soma-se à ausência de um marcador biológico a acentuada heterogeneidade das manifestações clínicas do transtorno, daí o conceito de espectro que lhe foi atribuído. Tais condições terão como consequências dificuldades no próprio processo diagnóstico. Isso significa que o diagnóstico do autismo e as condições associadas ainda estão baseados em observações de confluência de anormalidades comportamentais nos campos social, de comunicação, do jogo e da imaginação. Pode-se, portanto, considerar o autismo como uma síndrome neuro-psico-desenvolvimental, que afeta seu portador ao longo de toda a vida e tem repercussões para a família (LERNER, 2011).

Machado (2013) aponta para uma variabilidade em relação à idade em que o diagnóstico é fechado e afirma que tal variabilidade pode ter consequências importantes na definição do quadro clínico e do prognóstico, sendo que o diagnóstico até pode ser feito antes dos 03 anos de idade, no entanto, um diagnóstico precoce e definitivo ainda é raro.

Brentani et al (2013) propõem que o diagnóstico de TEA “[...] requer uma abordagem abrangente, sistemática e estruturada.” (p. 01), sendo que a avaliação diagnóstica não deve apenas identificar a doença, mas, também, fornecer informações sobre pontos fortes e fracos da criança, sobre comportamentos mal-adaptativos e possíveis comorbidades, assim como o impacto da condição da criança na família.

O DSM, atualmente em sua quinta versão, traz uma nova definição para autismo. Os três domínios considerados sinais e sintomas específicos para o transtorno (social, comunicação e comportamento repetitivo) foram condensados em dois: comunicação social e comportamentos repetitivos. Nessa nova proposta, o atraso no desenvolvimento da linguagem também foi eliminado como critério específico para autismo. O DSM V também assinala que o desenvolvimento social perturbado seria a principal indicação clínica de autismo (MOTA, 2015) e ainda inclui um novo sintoma de sensibilidade sensorial incomum (BRENTANI et al, 2013).

Segundo Mota:

[...] o DSM IV utilizava um sistema multi-categorial de diagnóstico de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID's), que incluía o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger, o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Rett, o que acarretava uma confiabilidade limitada na forma como subtipos eram atribuídos, com apresentação de sintomas centrais semelhantes entre os diagnósticos categóricos e fraca capacidade preditiva de desfechos futuros com base nesses subtipos. O DSM V, por sua vez, substitui esse sistema multi-categorial com uma única

dimensão diagnóstica: o Transtorno do Espectro de Autismo (TEA).
(MOTA, 2015, p. 15)

Ainda sobre o diagnóstico de TEA, é importante pensar que a heterogeneidade do quadro implica que os sintomas podem não se expressar do mesmo modo em todas as crianças, apesar de apresentarem certa regularidade que permite a construção de um diagnóstico. Além disso, algumas crianças vão apresentar sinais de risco desde os primeiros meses de vida e, outras, apresentarão sintomas mais tardios – a fala (ou sua ausência) é um dos sintomas mais comuns dos que levam pais e cuidadores a buscar avaliação profissional.

Nesse contexto, os instrumentos de avaliação são importantes ferramentas de auxílio na avaliação clínica da criança com TEA. As escalas, por exemplo, possibilitam mensurar os comportamentos apresentados pela criança, e isto, por sua vez, propicia a organização diagnóstica no que diz respeito à gravidade do quadro.

O diagnóstico e o tratamento do autismo, portanto, exigem tanto um trabalho clínico como de pesquisa, além de demandarem um olhar multidisciplinar sobre o desenvolvimento típico e também sobre o patológico. Assim, vários pesquisadores ressaltam a importância de se realizarem triagens de crianças de até três anos de idade a fim de propiciar o diagnóstico e a intervenção ainda nos primeiros meses de vida.

Lerner (2011) afirma que é consenso na literatura especializada que as intervenções que ocorrem durante o período de instalação do quadro, por volta dos três anos de vida, são mais favoráveis para a diminuição de seus efeitos prejudiciais.

O autor também assinala alguns importantes indicadores de risco para TEA, e acrescenta que estes dizem respeito a aspectos do desenvolvimento de capacidades sociais que ocorrem antes dos 18 meses, tais como interação e imitação diádica,

discriminação emocional e apego. As respostas de atenção compartilhada são igualmente um importante item de avaliação de risco.

Os sinais precoces de sofrimento psíquico têm recebido cada vez mais atenção dos profissionais que trabalham com a primeira infância. Atualmente, é cada vez mais comum equipes multidisciplinares discutirem sobre meios para observar esses sinais que, devido a sua sutileza, precisam de um olhar acurado do profissional que recebe o bebê ou a pequena criança, especialmente no que se refere ao modo como este bebê estabelece vínculo com seus cuidadores.

Sobre essa questão, Assumpção (2015, p. 365) afirma que:

Os transtornos mentais e, mais ainda, o sofrimento psíquico na criança não apresentam sinais múltiplos e muito diferenciados. Ao contrário, são mais tênues quanto menor é a idade da criança e, conseqüentemente, facilmente passam despercebidos. Mesmo assim, sua identificação é de suma importância, visto que um determinado padrão de sinais, acompanhado de sofrimento e prejuízos adaptativos, permite a identificação de uma síndrome que pode ser cuidada ou prevenida, nos casos de identificação precoce dos sinais.

Como já assinalado, segundo a proposição de Lerner sobre o desenvolvimento das capacidades sociais em bebês e pequenas crianças, Assumpção (2015) destaca a importância da observação das faces de bebês durante o diálogo como forma de perceber a estrutura das mudanças e as bases comunicacionais e de ajustamento recíproco dessa criança com seus cuidadores como aspecto fundamental para detecção de sinais de sofrimento precoce. O autor afirma que, mesmo considerando que cada diáde construa um estilo particular de comunicação, esse estilo é construído “[...] a partir do papel que um dos participantes desenvolve ao iniciar, continuar, responder, manter ou terminar a interação.” (p. 366)

Trazer a discussão sobre a detecção de sinais iniciais de sofrimento psíquico é, portanto, fundamental, mesmo considerando que o diagnóstico em psiquiatria infantil seja evolutivo e que a expressão de sinais não implique uma conclusão sobre determinado quadro. E é importante pensar que em, algumas vezes, o que se pode oferecer é a intervenção e não o diagnóstico. Lerner (2011) afirma que a oferta de intervenção precoce pode “[...] maximizar os potenciais de crianças acometidas por um quadro de transtorno do espectro do autismo, sustentando que quanto mais inicial for a intervenção, melhor seu resultado.” Para isto, o autor ressalta que:

[...] dentre as características de intervenções precoces eficientes em casos de autismo incluem-se: detecção e intervenção precoces, intensidade do tratamento, envolvimento dos pais em um projeto colaborativo, necessidade de levar em conta diversos ambientes diários em que a criança convive, programas individualizados e a consideração de aspectos biomédicos aliados à abordagem educacional e do desenvolvimento da criança. (LERNER, 2011, p. 13)

O autor ainda ratifica a importância da participação de pediatras e de estudos de validação de instrumentos de detecção precoce em quadros de transtorno do espectro do autismo. E é nesse contexto, então, que se torna fundamental a participação do profissional de atenção primária, pois, este é o agente de saúde que mais se ocupa dos cuidados com a criança em seus primeiros anos de vida: “[...] diversos autores têm se preocupado em alertar para a importância da preparação deste profissional para a detecção dos primeiros sinais de risco de instalação de um quadro de TEA.” (LERNER, 2011, p. 14)

Há, no entanto, vários fatores que levam esses profissionais a terem dificuldades para detectar TEA e quando o fazem é, em geral, tardiamente – no sentido de que alguma intervenção já poderia ter sido feita para evitar mais prejuízos adaptativos para a criança.

Portanto, se a participação do profissional de atenção primária é imprescindível tanto na detecção quanto no acompanhamento de crianças que apresentam sinais de risco para TEA, tão imprescindível se torna a formação continuada desses profissionais quanto ao assunto. As limitações vão desde a pouca familiaridade com o tema e com as ferramentas de detecção até mínimas condições de tempo e de recursos para os profissionais. (LERNER, 2011)

É deste modo que, além de capacitação e treinamento, é também necessário que se instrumentalize o profissional com protocolos que permitam a detecção de sinais iniciais de TEA. A fim de instrumentalizar a detecção de sinais iniciais de TEA, diversos pesquisadores têm formulado protocolos com foco em diferentes formas de expressão de tais sinais. Tornam-se imprescindíveis, portanto, estudos que formulem e adaptem protocolos que tenham como finalidade a detecção de sinais iniciais de TEA.

Os instrumentos especializados para fins de rastreamento/ triagem têm se mostrado eficientes na detecção de sinais iniciais de TEA, além disso, são de fácil e rápida aplicação. Um desses instrumentos é o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), uma versão derivada do CHAT que 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 levarem objetos para mostrar aos pais e à capacidade de resposta da criança ao ser convocada por uma outra pessoa. (CAMPANA, 2013)

Campana (2013), em sua Dissertação de Mestrado, realizou um estudo exploratório com 43 pais de bebês, em consultas pediátricas. Seu trabalho teve como objetivo verificar se cada bebê estaria desenvolvendo um percurso autístico de acordo com o M-CHAT e se seria considerado caso para sofrimento psíquico ou problemas de

desenvolvimento pelo IRDI, correlacionando os instrumentos. A autora concluiu que, apesar de o número da amostra não ser suficiente para afirmar a possibilidade de correlação linear entre os instrumentos, era possível observar que, quanto maior o escore do M-CHAT, maior o número de indicadores ausentes no IRDI – os indicadores ausentes implicam problemas para o desenvolvimento.

Ou seja, ao cruzar dados de um instrumento de rastreamento para TEA com dados do IRDI, a autora observou que os bebês considerados em risco no M-CHAT também apresentaram sinais de sofrimento psíquico no IRDI (CAMPANA, 2013). Campana não conclui, a princípio, que o IRDI seja uma ferramenta específica de detecção de sinais iniciais de autismo, já que este se trata de um instrumento inespecífico para diagnóstico, porém, sugere que, dentre os riscos detectados pelo IRDI sem especificidade para qualquer diagnóstico determinado, também o autismo seja detectado pelos indicadores, o que enriquece o valor do instrumento.

Deve-se ressaltar, como assinalado, que o IRDI é um instrumento elaborado para pediatras, sendo que a faixa etária para a qual foi pensado é de 0 a 18 meses de idade cronológica. Ou seja, apesar de sua inespecificidade diagnóstica, seu alcance para detectar problemas de desenvolvimento se dá desde o nascimento, configurando-se ferramenta com bom potencial de rastreamento para sinais associados a tais problemas, podendo ser utilizado por profissionais da atenção primária e, por isso, ser uma contribuição importante para o trabalho em saúde pública.

Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo verificar no IRDI uma ferramenta de triagem/rastreamento de sinais iniciais para TEA. No entanto, neste trabalho não foi utilizado o IRDI original, tal como concebido na pesquisa multicêntrica, mas, uma versão adaptada em questionário retrospectivo para pais – o IRDI-Questionário (MACHADO, 2013)

1. 1. Os indicadores IRDI

A pesquisa IRDI foi um projeto temático FAPESP, solicitado pelo Ministério da Saúde, que recebeu a denominação oficial de “Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise”. Segundo Jerusalinsky (2008, p. 117), o objetivo central da pesquisa IRDI foi “[...] a validação de indicadores de risco psíquico e para o desenvolvimento em crianças desde seu nascimento até os 18 (dezoito) meses de idade cronológica”.

A pesquisa IRDI utilizou-se de um desenho de corte transversal seguido por estudo longitudinal. A amostra foi composta por 727 (setecentos e vinte e sete) crianças desde seu nascimento até os 03 (três) anos de idade.

Os indicadores foram observados e aplicados por médicos pediatras e, durante as consultas com esses profissionais, que atendiam em centros de saúde da rede pública de nove capitais brasileiras, os indicadores eram registrados como presentes (P), ausentes (A) e não verificados (NV).

A tentativa de aproximar dados da clínica psicanalítica da prática pediátrica se justifica pela atuação imprescindível do pediatra junto à primeira infância, sendo que, quando minimamente apropriados de outros saberes que pesquisam e que atuam em questões envolvendo a saúde mental, tal profissional tem em mãos a possibilidade de detectar sinais de alguma psicopatologia incipiente ou de algo que “não vai bem” no campo da subjetivação do bebê.

Os IRDIs são indicadores de desenvolvimento, sendo que sua ausência sugere risco para o desenvolvimento² e aponta certos entraves no processo de constituição

² Utilizou-se o conceito de “desenvolvimento”, neste parágrafo, tal como foi concebido pelo GNP no texto “Pesquisa IRDI – Apostila para capacitação”, em 2003: “A noção de desenvolvimento descreve a

subjetiva da criança. No total, considerando as perdas, 280 (duzentos e oitenta) crianças foram para a segunda etapa da pesquisa, quando foram submetidas a avaliações psicanalíticas e psiquiátricas, através de dois protocolos: o roteiro para avaliação psicanalítica (AP3) e o roteiro para avaliação psiquiátrica.

Essa tentativa de aproximar dados da clínica psicanalítica da prática pediátrica também resultou em uma proposta de construir um diálogo entre a Psicanálise e a Saúde Pública através da tradução de questões psicanalíticas, referentes à constituição subjetiva e à construção do laço social, em indicadores clínicos passíveis de leitura por profissionais da saúde, especialmente, como assinalado, por médicos pediatras.

Os indicadores IRDIs são a tradução de determinados sinais fenomênicos observados na clínica psicanalítica com crianças. Estes sinais foram ganhando importância para o olhar do clínico (terapeuta/analista) por indicarem a presença de uma subjetividade incipiente no bebê. Ocorre que a constituição subjetiva é um tema de extrema complexidade, sendo que, para o campo psicanalítico, as operações realizadas pelos primeiros cuidadores da criança, em especial por sua mãe ou substituto, são fundamentais para que este processo aconteça.

Nesse contexto, Kupfer e Pesaro (2011, p. 05) afirmam que:

Esteve por trás dos objetivos da pesquisa IRDI a demonstração, para os profissionais da área médica (e porque não dizer para a medicina) de que os mecanismos psíquicos são experiências psíquicas que se distinguem das experiências físicas por possuírem significação e que a primeira dimensão dessa experiência psíquica é intersubjetiva.

Ou seja, o que as autoras aqui propõem por dimensão intersubjetiva da experiência psíquica, especialmente das experiências psíquicas iniciais, coaduna com a proposição

expressão funcional, assimilante e adaptativa ao mundo social e ao mundo real que a criança conquista apoiada nos recursos maturativos. Essa noção inclui tanto a conquista das habilidades mentais quanto físicas, mas também abrange os processos que organizam a personalidade e dão significação a essas conquistas” (p.05).

psicanalítica de uma posição paradoxal do bebê humano que é de se constituir a partir do Outro.

Portanto, algumas questões fundamentais para a pesquisa IRDI, e que baseiam a construção dos indicadores, dizem respeito às experiências infantis precoces, fundamentais para os primórdios da constituição da vida psíquica, à discussão acerca da noção de sujeito do inconsciente e à noção de intersubjetividade que, partindo da Psicanálise, deve considerar a dimensão inconsciente da subjetividade. E outra questão diz respeito à importância dessas experiências para o desenvolvimento e também para o crescimento e a maturação.

É desse modo que o pensamento psicanalítico reforça a importância dos primeiros anos de vida para a constituição subjetiva:

Maturação, crescimento, aquisições instrumentais e constituição do sujeito psíquico, se bem que digam respeito ao tempo da infância como um todo, em nenhum outro momento da vida passam por modificações tão radicais quanto nos primeiros três anos de vida. Daí a importância de se realizar uma intervenção de saúde com a primeira infância. (JERUSALINSKY, 2002, p. 224).

Ao pensar que os processos acima mencionados são intercambiáveis e indissociáveis, tende-se a concordar com o pressuposto de que, atualmente, não se justifica mais a prevalência de um determinismo orgânico, mas, uma equivalência entre ambos. Nesse contexto, destaca-se o conceito de neuroplasticidade, segundo o qual as configurações neuronais podem se modificar de acordo com as modulações afetivas e com as trocas que o bebê realiza com seu entorno.

É assim, então, que se pode pensar que em um momento muito inicial da vida humana, as condições orgânicas e o psiquismo incipiente articulam-se de tal maneira a fundar, paralelamente, um corpo e um sujeito. E tudo no que concerne ao encontro com

o outro humano também está em jogo nesta articulação que, em Psicanálise, conhecemos através do conceito de “originário” e que se caracterizaria como:

Um tipo de memória que, embora hipotética no campo neurobiológico, verifica-se na clínica por meio dos efeitos de reminiscência que produz e pelas reconstruções *a posteriori* que delas podem ser feitas. (KUPFER et al., 2003, p. 12).

E esse originário seria o correspondente dessas experiências infantis. A proposta da pesquisa IRDI, como já assinalado, é de que tanto a maturação quanto o crescimento e, especialmente, o desenvolvimento, dependem fundamentalmente dessa formação:

Essa formação opera governada pelos outros que rodeiam a criança e que são responsáveis pelos seus cuidados e pela sua evolução. Por isso, a formação do sujeito ocorre por meio de identificações e pela transmissão de significações afetivas, morais e sexuais, as quais se originam nas épocas mais primitivas da relação mãe-filho. (KUPFER et al., 2003, p. 05)

Faz-se necessário, ainda, ressaltar a relevância da entrada no universo simbólico como importante via de constituição subjetiva: “[...] essa entrada humaniza a criança e permite que ela se situe numa cultura com uma identidade particular”. (KUPFER et al., 2003, p. 05).

A importância da linguagem na constituição da subjetividade é fundamental como via de produção de sentido em que se constroem as significações e as metáforas. Por exemplo: é por meio das interpretações dadas às ações do bebê que a mãe pode “retirá-lo” do universo da necessidade, quando, então, transforma movimentos desarticulados em gestos endereçados a alguém, principalmente a ela.

Será indispensável que, paulatinamente, a criança “saia” do corpo do outro materno para reconhecê-lo em sua diferença e, paralelamente, reconhecer-se em sua diferença. E, para isto, é necessário que o outro esteja disposto a faltar e, de certo modo, a frustrar esse bebê. O fato de o outro humano, especialmente a mãe, ser faltante e de

não realizar todas as expectativas do bebê, tendo interesses para além dele, é tão fundamental quanto a fusão inicial. E será na falta que o bebê se questionará sobre o que é para aquele outro.

Logo, pode-se pensar que a capacidade de separar-se (especialmente a disponibilidade materna de separar-se) resulta na própria possibilidade de supor – em um sentido inconsciente – o bebê como alguém separado. O bebê, em contrapartida, deverá lançar-se neste lugar que a mãe supõe que ele ocupa.

Assim, é com esta breve apresentação acerca de alguns pressupostos que fundamentam a construção do instrumento IRDI, que se pretende demonstrar o quão delicada é a tentativa de tradução de todo um campo teórico-clínico em indicadores. E, para viabilizar a significação e a compreensão clínica desses indicadores, foram construídos quatro eixos fundamentais na relação mãe-bebê, eixos estes que balizam a constituição subjetiva. Jerusalinsky (2002) descreve as operações constituintes do sujeito que embasam a leitura dos IRDIs. São eles:

a) Suposição do sujeito (SS): trata-se de uma operação realizada pelo sujeito materno em que este antecipa no bebê um sujeito que ainda não se encontra constituído.

Ainda que as diferentes reações que um bebê apresenta ao nascer sejam involuntárias (na medida em que são regidas pelos automatismos dos reflexos arcaicos), a mãe as toma como produções de um sujeito e atribui a autoria das mesmas ao desejo que supõe no bebê.

[...] Trata-se aí de uma suposição, pois o bebê não se encontra ainda de fato constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ela seja inicialmente suposta ou antecipada. É a partir dessa suposição, por exemplo, que o grito do bebê pode ser tomado como um apelo, abrindo a possibilidade de vir a se estabelecer efetivamente como um chamado. (JERUSALINSKY, 2002, p. 249).

Este eixo é de fundamental importância, pois, articulado aos outros três, sustentados, especialmente para estabelecer, para o bebê, uma demanda.

b) Estabelecimento da demanda (ED): segundo Jerusalinsky (2002, p. 249), estabelecer uma demanda “Consiste em que as diferentes produções do bebê possam ser supostas pela mãe como um pedido que o bebê dirige a ela e que a mãe se coloque em posição de responder”.

É importante frisar que o estabelecimento da demanda é sustentado pela atividade interpretativa da mãe que antecipa no bebê (supõe) um sujeito ainda não constituído.

c) Alternância presença-ausência: trata-se da possibilidade de a mãe responder ao bebê não apenas com sua presença ou com sua ausência, mas com uma alternância. É importante ressaltar que não se trata apenas de uma alternância física, mas, sobretudo, simbólica.

[...] entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual venha a surgir a resposta da criança. Nesse momento, a criança pode então experimentar-se como sujeito. Se quisermos que um bebê se torne um ser desejante (o que equivale a ser autônomo e singular), é necessário que ele possa ter essa experiência de descontinuidade. (KUPFER et al., 2003, p. 09).

d) Função paterna: Jerusalinsky (2002, p. 251) propõe que o bebê precisa estar referido “[...] em suas reações e manifestações, não ao seu próprio corpo, mas a uma ordem simbólica. Ele (o bebê) não fica situado apenas em um circuito de satisfação, mas em uma satisfação cujo circuito passa pelo Outro”.

As categorias acima balizaram a leitura dos indicadores. Estes, por sua vez, foram traduzidos da clínica psicanalítica da maneira será exemplificada a seguir:

a) Do zero aos 04 (quatro) meses incompletos, um dos indicadores observados deveria ser: “O bebê quando chora ou grita, a mãe sabe o que ela (a mãe) quer”. Este

indicador representou as categorias suposição do sujeito (SS) e estabelecimento da demanda (ED);

d) Dos 04 (quatro) aos 08 (oito) meses incompletos: “A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades”. Tal indicador representou o estabelecimento da demanda;

c) Dos 08 (oito) aos 12 (doze) meses incompletos: “Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe”. Tal indicador representou o estabelecimento da demanda;

d) Dos 12 (doze) a 18 (dezoito) meses incompletos: “A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”. Tal indicador representou o estabelecimento da demanda e a função paterna.

Como já mencionado, os IRDIs são indicadores de desenvolvimento, sendo que, sua ausência sugere risco para o desenvolvimento. Contudo, em Psicanálise, quando se trata da constituição subjetiva, a relação biunívoca causa-efeito não pode ser aplicada. Os IRDIs, portanto, podem apontar conjecturas. Sem interrelacioná-los ou contextualizá-los, podem perder seu valor preditivo. Por conseguinte, se em um determinado período da vida um bebê não olha para sua mãe, isto não significa que ele necessariamente se tornará autista.

[...] sabemos que um determinado indicador de alerta clínico está sujeito a modificações devido aos acontecimentos da vida de um bebê. Portanto, que um único indicador desperte alerta em um determinado momento da vida é insuficiente para estabelecer sua correlação fechada com uma determinada patologia. [...] Da mesma forma, o fato de que diferentes indicadores clínicos apontem que o desenvolvimento e a constituição psíquica de um bebê estejam indo bem em certo momento não é uma garantia de que ele jamais terá problemas na vida, pois também podem incidir aí novos acontecimentos que despertem novas conseqüências para sua constituição. (JERUSALINSKY, 2002, p. 247).

Por conta desses vieses existentes entre a necessidade de objetividade na prática de saúde pública e a ausência de uma relação biunívoca causa-efeito na prática psicanalítica, foi necessário criar outro instrumento que tivesse por finalidade validar os IRDIs: a avaliação psicanalítica aos três anos de idade (AP3).

Como o nome indica, o instrumento AP3 avaliou, aos três anos de idade, as crianças participantes da pesquisa IRDI observadas desde o nascimento. Para a AP3, contudo, foram construídas quatro novas categorias de análise, as quais se configurariam como formações do inconsciente infantil – o brincar e o estatuto da fantasia, a imagem inconsciente do corpo, a posição do sujeito na linguagem e as formações da lei.

A concepção da pesquisa e a construção dos instrumentos foram resultado tanto do resgate da experiência e do conhecimento desenvolvidos em quase cem anos de história da Psicanálise com crianças, como também, da própria experiência dos pesquisadores envolvidos. As contribuições teóricas fundamentais de Lacan e de Winnicott para o instrumento AP3 são claras, especialmente do primeiro, quando se considera que, em última análise, a pesquisa privilegiou a observação da posição subjetiva da criança em termos estruturais – neuroses, psicoses, perversões.

Neste segundo momento da pesquisa IRDI, quando se aplicou a AP3, ratificou-se a importância das experiências precoces como fundamentais para a formação da vida psíquica e das funções mentais, sendo imprescindível a provisão ambiental, especialmente dos pais e/ou cuidadores, para que tais processos se efetuem.

Faz-se importante ressaltar que tais operações produzirão efeitos no bebê na medida em que este oferece disponibilidade (orgânica e psíquica) para recebê-las – trata-se, paradoxalmente, de um recebimento ativo, já que o bebê participaria ativamente dos processos de sua própria subjetivação, mesmo possuindo um lugar no

inconsciente de seus pais. Esse recebimento ativo já ilustra a disponibilidade da criança para as experiências intersubjetivas.

As operações que embasaram a AP3 – o brincar e o estatuto da fantasia, a imagem inconsciente do corpo, a posição do sujeito na linguagem e as formações da lei – foram escolhidas por propiciarem ao observador, analista ou pesquisador, informações importantes sobre as singularidades psíquicas de cada criança, assim como as singularidades de seu processo de constituição subjetiva. São, portanto, formações fundamentais para serem observadas e trabalhadas na própria clínica com crianças.

Para a pesquisa IRDI, a hipótese fundamental seria a de que haveria correlação significativa entre a manifestação de sintomas clínicos nas formações do inconsciente avaliadas pela AP3 e a ausência de indicadores nas operações formadoras do fantasma fundamental observadas nos IRDIs.

Deve-se ressaltar que, se a hipótese que fundamenta todo o desenvolvimento da pesquisa é a de que os fundamentos da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes da interação entre bases orgânicas e relações afetivo-simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou substituto) (DI PAOLO, 2010), há de se pensar que determinadas falhas no estabelecimento desse laço mãe-bebê podem ter como conseqüências entraves no processo de constituição da subjetividade que, por sua vez, é organizador do próprio desenvolvimento.

E é por isso, então, que se faz necessária a construção de indicadores que possam detectar precocemente possíveis transtornos, decorrentes das “falhas” no estabelecimento desse primeiro laço. Além disso, se a Psicanálise possui conhecimentos acerca do psiquismo humano consolidados em anos de investigação clínica e de trabalho científico, é importante que se convoquem tais conhecimentos para servirem de base

teórica na formulação de instrumentos que tenham por finalidade investigar as experiências infantis iniciais.

Como assinalado, no entanto, é preciso considerar que o uso de indicadores clínicos, muito comum no contexto da saúde pública, é estranho à prática psicanalítica, e o esforço em aproximar esses dois campos deve considerar a tensão proveniente das suas diferenças (KUPFER; VOLTOLINI, 2005). E a pesquisa IRDI, ao sustentar a importância da prática multidisciplinar nesse campo da prevenção em saúde mental, precisou experienciar as vicissitudes desse atravessamento de discurso(s) sobre a criança para além do psicanalítico.

Deve-se, aqui, ressaltar o cuidado com o termo “prevenção”, tanto para o campo da saúde mental como para o da Psicanálise e, especialmente, para o campo do autismo.

Di Paolo (2010) ressalta que o termo “prevenção” é típico do meio médico e indica usualmente a detecção de doença, a prevenção de doença e a intervenção para que se evite a doença. Na pesquisa IRDI, este termo se faz interessante na medida em que aponta para uma direção de prevenir com cuidado.

“Os indicadores não devem ser tomados como indicadores de doenças, mas de desenvolvimento [...], portanto, não se pretende detectar sinais de doença, mas, de sofrimentos possíveis e, uma vez detectados, estabelecer formas de cuidar desse que sofre.” (DI PAOLO, 2010, p. 23)

A compreensão de prevenção, deste modo, seria no sentido de oferecer um cuidado e uma intervenção e não exatamente evitar que uma estrutura se instale.

Voltando à discussão sobre o atravessamento de discursos, Kupfer e Voltolini (2005) esclarecem que não existe consenso quanto às possibilidades de uso de medidas e de construção de protocolos que utilizem indicadores clínicos objetivos com base na Psicanálise. E esta questão é fundamental para pensarmos os impasses teórico-epistemológicos que se enfrentam no encontro da Psicanálise com a Medicina quando

se propõe um esforço de fazer a experiência acumulada da Psicanálise ser levada à saúde pública (KUPFER; VOLTOLINI, 2005, p. 360).

O psicanalista não precisa de um formulário com indicadores, mas o pediatra, sim. Por isso, o que está sendo transmitido é uma tendência geral, que pode ser desenhada, riscada em um gráfico, tendência essa obtida a partir da experiência do psicanalista. Se uma mãe não olha para seu bebê, não se sabe qual a marca que isso lhe fará, mas é possível pensar que, tendencialmente, o diálogo pais-bebê está correndo o risco de interromper-se. Como será esse vivido, não o sabemos, mas podemos fazer um cálculo futuro, sem que isso signifique previsão.

Os autores apontam que o desafio estaria justamente em articular o caso a caso e a ciência geral. No entanto, é importante ressaltar que, na construção da pesquisa IRDI, se toma a experiência acumulada da Psicanálise para apontar uma tendência revelada na escuta de cada caso.

Existiria, então, uma tendência estatística dentro do próprio campo psicanalítico, tendência esta que sugere que “[...] algo pode acontecer com aquele sujeito porque já aconteceu, em um nível significativo, com muitos outros, e assim pedir àquele agente de saúde que leve essa tendência em conta.”. (KUPFER; VOLTOLINI, 2005, p. 360)

Mas, mesmo admitindo essa tendência, a questão se mantém delicada, podendo gerar certos riscos. O risco, por exemplo, de ser tomada como uma certeza ou como uma teoria geral (KUPFER; VOLTOLINI, 2005), sendo que não se trata de uma pesquisa que objetiva ampliar os horizontes da Psicanálise, mas sim, uma pesquisa de Psicanálise aplicada que, por sua vez, pode ter como resultado a necessidade de reconstrução do próprio instrumento.

Outra questão importante diz respeito ao fato de os pediatras tomarem “[...] esse geral estrutural que organiza os indicadores como mais uma teoria de classificação de comportamentos, como mais uma teoria geral sem articulação com a versão do sujeito

[...]” (KUPFER; VOLTOLINI, 2005, p. 361). Ou seja, essa questão fala de um risco de se tomarem os indicadores em uma relação biunívoca causa-efeito, quando se espera que os indicadores sejam adotados como aquilo que indica alguma coisa a respeito de um sujeito.

Assim, mesmo considerando esse estranhamento entre o uso de indicadores e a prática psicanalítica, o esforço empreendido pela pesquisa IRDI em aproximar o campo psicanalítico e o da Saúde Pública obteve resultados importantes.

A análise estatística apontou que o instrumento IRDI, como um todo, possui uma capacidade maior de predizer problemas de desenvolvimento do que capacidade de predizer risco psíquico (KUPFER et al, 2008). Kupfer (2008) assinala que “risco psíquico” aponta para problemas de ordem mais estrutural, o que implica uma evolução em direção a psicopatologias graves da infância, tais como os distúrbios globais do desenvolvimento.

2. A INTERSUBJETIVIDADE, SUAS RUPTURAS E OS INDICADORES IRDI: ALGUMAS QUESTÕES PARA PENSAR O TRANSTORNO DO ESPECTRO DE AUTISMO

2.1. Intersubjetividade: um conceito apropriado para pensar o autismo?

O conceito de intersubjetividade tem sido investigado por vários campos de conhecimento. A Psicologia do desenvolvimento é um desses campos, sendo que diversos autores nos apresentam diferentes interpretações sobre o conceito. Neste trabalho, destaca-se a importância de apresentar o conceito de intersubjetividade, pois, este guarda uma estreita relação com o autismo.

Nogueira e Moura (2007) propõem que a intersubjetividade estaria indissociada de processos básicos que envolvem reciprocidade, tais como a comunicação inicial, a interação social e a afetividade. Autores como Brazelton, Kozlowski e Main (1974); Bateson (1979); Braten (1998), Stern (1992) e Trevarthen (1978), dentre outros, trouxeram importantes contribuições para os estudos sobre engajamentos interpessoais na infância inicial.

Trevarthen (1978) investigou os modos de comunicação entre mãe e bebê nos primeiros seis meses de vida deste. Sobre isto, Nogueira e Moura (2007) afirmam que:

Ele (Trevarthen) observou que, já a partir dos dois meses, os bebês são capazes de exibir diferenças significativas quanto às respostas dadas a objetos e pessoas, exibindo diferentes comportamentos com base no corpo, mãos e face quando em presença de sorrisos e vocalizações de suas mães. Da mesma maneira, diferenças também foram observadas nas respostas oferecidas pelas mães aos seus bebês, parecendo haver um estilo de atividade mútua específico à díade.

Trevarthen chegou a tais considerações a partir dos estudos desenvolvidos inicialmente por Mary Catherine Bateson (1979) sobre protoconversações entre mães e bebês. Esta autora observou bebês entre sete e quinze semanas e suas mães e notou que

havia um padrão alternado de comunicação entre a díade, de modo que as mães se dispunham a falar breves sentenças com seus bebês que, por sua vez, lhes respondiam com vocalizações. A autora, então, denominou esse padrão de comunicação de protoconversaço, pois, era similar a uma conversaço.

Ainda fundamentado nos estudos sobre as protoconversaço, Trevarthen analisou registros em vídeo de díades mãe-bebê e observou que bebês recém-nascidos apresentavam movimentos de boca, mãos e olhos com ritmos específicos e em sintonia à fala materna. O autor concluiu, então, haver uma ritmicidade intrínseca essencial na ocorrência dessas protoconversaço.

É interessante, portanto, destacar que o que os autores propõem é que, desde muito cedo, o bebê humano é capaz de buscar ativamente um engajamento com o outro cuidador, sendo que, tipicamente, parece realizar tal engajamento utilizando-se do corpo como um todo, através de um ritmo regulado com o desse outro. Desse modo, tal como propôs Hobson (2002), parte-se de um diálogo que no início assume formas miméticas de referência emocional corporal e que evolui até a linguagem e aprendizagem e um arrazoamento social.

Trevarthen observou que, nesse diálogo, mesmo respostas comportamentais aparentemente reflexas do bebê, tais como as atividades de olhar mútuo e sorriso, parecem receber sentido do adulto cuidador, ao serem utilizadas para regular o contato interpessoal.

(Trevarthen) observou que recém-nascidos saudáveis tendiam a responder com expressões e comportamentos a seus parceiros, os quais, por sua vez, também tendiam a atribuir significado a estes últimos em termos de intenço e sentimentos. Tal dinâmica comunicativa parece indicar que os adultos com os quais o bebê interage são capazes de fazer referência direta à existência de uma vida pessoal subjetiva em períodos precoces do desenvolvimento infantil. (NOGUEIRA e MOURA, 2007, p. 129)

Para o autor, a intersubjetividade é uma capacidade inata, sendo que ele postula que o bebê nasce com uma consciência receptiva aos estados subjetivos das outras pessoas e busca interagir com elas (TREVARTHEN; AITKEN, 2003). Baseado não apenas na observação, mas, também na pesquisa experimental no domínio do desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo da primeira infância, o autor sustenta que, ao se engajarem em proto-conversações com suas mães, bebês na idade de dois meses já se encontrariam dotados de um sistema cerebral que os capacita a apresentar sintonia e regulação emocional com os seus cuidadores. O autor denominou de intersubjetividade primária esta capacidade inata para estabelecer engajamentos diádicos precoces.

Hobson (2002/2004) é outro autor que defende o atributo inato da intersubjetividade. Para este autor, o bebê humano chegaria ao mundo com um equipamento que o capacita a se orientar socialmente e a estabelecer relações afetivas recíprocas. Esta capacidade inata também possibilita ao bebê distinguir pessoas de objetos. Assim como entrar em sintonia com os estados subjetivos do outro (GARCIA; LAMPREIA, 2011), o que, por sua vez, implica que a intersubjetividade é vivida em termos de afetos presentes nas interações.

Deve-se ressaltar que, para esses autores, a intersubjetividade compreende a capacidade de reconhecer e de coordenar intenções que estão presentes na comunicação entre os bebês e seus cuidadores, sendo que “Para isto, seria necessária a ocorrência simultânea de duas atividades: a adoção de um foco compartilhado de atenção por ambos os parceiros, e uma concordância quanto à natureza da comunicação.” (NOGUEIRA; MOURA, 2007) Ou seja, ambos os parceiros reconhecem que ali está se constituindo uma demanda recíproca.

Portanto, para fundamentar esta teoria – que se propõe inata – da intersubjetividade infantil, Trevarthen (1978) destaca alguns importantes aspectos que

vão se apresentando como em um processo. Nogueira e Moura (2007) descrevem tais processos:

- [...] com um mês de vida, bebês exibem padrões de comportamento diferentes em relação a objetos e pessoas. Com os objetos, os comportamentos tendem a ser de exploração e manipulação, enquanto com pessoas, parecem envolver reciprocidade e comunicação (p. 130);

- Por volta dos dois ou três meses, expressões emocionais de ambos os parceiros podem acompanhar o estabelecimento de protoconversações. (idem)

- Nos primeiros seis meses de vida do bebê, este padrão de comunicação desenvolve-se, passando a apresentar características e expectativas de reciprocidade, o que não ocorre na relação com objetos. As emoções são utilizadas nestas trocas não como reguladoras propriamente do *self* infantil, mas como pistas para o contato interpessoal e relacionamento. (idem)

- Após os seis meses de idade do bebê, começam a surgir evidências de comportamentos de compartilhar interesses, havendo a possibilidade de integração do mundo dos objetos com o mundo social (início de interações triádicas). (idem)

- Já por volta dos nove meses de idade, observa-se uma transformação. A díade mãe-bebê é capaz de incluir em suas interações um terceiro elemento (objeto, pessoa ou evento interessante no ambiente) em uma referência compartilhada, constituindo interações triádicas, a que Trevarthen e Hubley nomeiam de intersubjetividade secundária. (idem)

Portanto, neste processo, a inclusão do terceiro elemento – a constituição da intersubjetividade secundária – parece ser fundamental, como assinalado, para o desenvolvimento de habilidade de atenção conjunta, interesse compartilhado e tarefas cooperativas.

Trevarthen (1978) ainda sugere que, durante o primeiro ano de vida, o bebê vai desenvolvendo cada vez mais curiosidade pelo *timing*, pela direção e pelo centro da atenção e das intenções da mãe. Assim, pode-se pensar que, gradativamente, aquilo que interessa à mãe também pode vir a ser objeto de interesse do bebê.

Deve-se ressaltar, contudo, que há autores que investigam os processos intersubjetivos e que não os compreendem como inatos. Stern (1992) não considera que os bebês apresentam consciência e intencionalidade inata e que, inclusive, somente expressam padrões intersubjetivos mais tardiamente. Para este autor, seria por volta dos nove meses que o bebê teria a capacidade para apresentar algum tipo de comportamento intersubjetivo, justamente o período em que Trevarthen supõe que o aparecimento da intersubjetividade secundária.

Stern procurou articular as contribuições de pesquisas experimentais com as inferências clínicas acerca da subjetividade infantil. (NOGUEIRA; MOURA, 2007) Para o autor, tais experiências subjetivas consistem em diferentes “sentos de eu”:

Gradativamente, conforme novos comportamentos e capacidades vão sendo conquistados pelo bebê, seu repertório vai sendo reorganizado no sentido de formar outras experiências subjetivas organizadoras em relação ao eu e ao outro. É neste contexto que o autor argumenta que se dá o surgimento e desenvolvimento de novos sentos de eu. (NOGUEIRA; MOURA, 2007, p. 131)

Stern afirma, portanto, que as experiências subjetivas organizadoras são resultantes do contato do bebê com o outro. Não somente as modulações de intensidade afetiva são dependentes do contato social, mas, também, as auto-experiências do bebê, que são aprendidas. Ou seja, é necessária uma conquista cognitiva – a ideia de que, assim como ele (o bebê) outras pessoas possuem mentes distintas e separadas – para que o bebê possa apresentar intersubjetividade.

Portanto, é somente a partir de um senso de eu subjetivo que o bebê pode relacionar-se intersubjetivamente, sendo que esta capacidade não nasceria com ele. Separado do outro, o bebê desenvolve as habilidades de interpretar, combinar, comparar, imitar e sintonizar com os estados mentais de outra pessoa.

Ao perceber que os outros podem ter uma mente distinta da sua, mas com estados mentais potencialmente semelhantes aos seus, o bebê pode atingir a possibilidade de comunicar isto sem palavras, compartilhando suas experiências subjetivas por meio de gestos, postura ou expressões faciais. (NOGUEIRA; MOURA, 2007, p. 132)

É assim que, como assinalado, o relacionar-se intersubjetivo de Stern aproxima-se da idéia de intersubjetividade secundária proposta por Trevarthen e Hubley. O que é importante ressaltar é que aquilo que Stern entende como atividade intersubjetiva se dá no contexto daquilo que Trevarthen compreende por experiência subjetiva compartilhada em um contexto triádico, relacionado a um evento, pessoa ou objeto.

Se o conceito de intersubjetividade tem recebido diferentes interpretações de pesquisadores, clínicos e psicólogos do desenvolvimento, especialmente ao que se refere a um suposto inatismo, é importante ressaltar que tais concepções tendem a coadunar quanto a uma questão fundamental: a intersubjetividade envolve um processo que se desenvolve se houver um contexto de troca com o outro. É assim, portanto, que o processo de acesso à intersubjetividade pode ser compreendido como um movimento de diferenciação que vai permitir à criança experimentar, sentir e integrar que o eu não é o mesmo que o outro.

Neste trabalho, o conceito de intersubjetividade apresenta-se como fundamental para que, a partir dele, se pense a constituição subjetiva peculiar do sujeito autista, já que um sinal clínico importante para TEA é o comprometimento significativo deste

campo e de seus consequentes comportamentos sociais, de reciprocidade e de compartilhamento e na comunicação, seja ela corporal, gestual ou verbal.

2.2. Rupturas intersubjetivas precoces: algumas questões para pensar os sinais iniciais de TEA

Se a intersubjetividade estaria indissociada de processos básicos que envolvem reciprocidade, tais como a comunicação inicial, a interação social e a afetividade, as rupturas intersubjetivas da interação entre cuidador-bebê podem estar associados ao transtorno autista.

Muratori et al. (2005), a partir de pesquisas retrospectivas baseadas em vídeos caseiros de bebês que se tornaram autistas, propõem que a melhor maneira de investigar o surgimento do autismo deve ser a observação da interação cuidador-bebê, em vez de focalizar nos comportamentos de cada parte da díade isoladamente. Os autores enfatizam que as primeiras interações humanas são momentos privilegiados para a detecção inicial de TEA e que, embora tenha havido avanços significativos na descrição simples ou de múltiplos sinais iniciais, as possibilidades de detectar autismo em bebês ainda é um desafio.

O autismo é um distúrbio neurodesenvolvimental que perturba a conectividade neural no cérebro e as interações regulares no âmbito social. Supõe-se que essas anormalidades influenciam a percepção e o processamento de estímulos provenientes do ambiente social que estão em ação desde os primeiros estágios de desenvolvimento com efeitos em cascata sobre várias funções intersubjetivas (MURATORI; MAESTRO, 2007).

Muratori et al. (2005) propõem que a atenção conjunta, considerada uma habilidade fundamental no autismo e um item crítico para a triagem do autismo nos 18

meses de vida, pode ser considerada um ponto de organização para o impedimento de diferentes anomalias intersubjetivas durante o primeiro ano de vida. Estas anomalias parecem reduzir a capacidade típica de bebês e de crianças a serem ativos na busca de experiências interativas e em manter a empatia com intenções e com sentimentos dos outros.

E, já que se trata de experiências intersubjetivas, deve-se ressaltar, ainda, que as interações primárias cuidador-bebê poderão vir a ser moldadas pelas dificuldades intersubjetivas da criança. É assim que autores, como Trevarthen (2005), indicam que os pais de crianças com autismo tendem a aumentar a intensidade de interações com seus filhos, a fim de obter uma resposta.

É importante que se destaque essa questão, pois, o que os autores acima indicam é que as anomalias intersubjetivas, que se iniciam no primeiro ano de vida, têm conseqüências nas ações dos cuidadores com os seus bebês. Ou seja, o que se supõe é a constituição de uma vinculação peculiar entre os bebês que se tornaram autistas e seus cuidadores e o que esses autores apontam, ainda, é que esta vinculação se inicia a partir de dificuldades para desenvolver comportamentos intersubjetivos que são da criança.

Trata-se, portanto, de uma discussão delicada, pois, na verdade, existe pouco conhecimento sobre o desenvolvimento inicial daqueles bebês que recebem o diagnóstico de TEA aos três anos. O que se sabe é que “[...] os sinais de autismo podem mudar consideravelmente com a idade, sendo mais sutis nos primeiros meses e mais aparentes quando a criança fica mais velha.” (GARCIA; LAMPREIA, 2011, p. 300)

Para pesquisadores como Muratori, Maestro, Cavallaro et al. (2005), a descrição comum de crianças com autismo de início precoce é caracterizada por menor atenção social em comparação a crianças típicas, porém, os mesmos autores sinalizam que algumas formas de habilidades sociais podem não ser obviamente afetadas em crianças

com autismo. Esses mesmos pesquisadores realizaram estudos retrospectivos com vídeos caseiros e puderam comparar padrões interativos, ao longo de três semestres, entre bebês que apresentavam desenvolvimento típico (DT - grupo 1) e bebês posteriormente diagnosticados com TEA (grupo 2) e com deficiência intelectual (grupo 3 - DI).

Observaram, portanto, que as interações de bebês típicos apresentavam significativas mudanças no decorrer de seu desenvolvimento. Assim, quando o cuidador inicia uma interação, geralmente se utiliza de solicitação vocal em todos os semestres. O bebê, por sua vez, responde com os seguintes comportamentos e frequências: vocalização (38,6%), recepção às pessoas (16%) e comportamentos com objetos (8,9%) durante o primeiro semestre (S1). No segundo semestre, o bebê responde com vocalização (25,4%), com comportamentos com objetos (18,8%) e sendo receptivo às pessoas (12,4%). E, no terceiro semestre, o bebê responde com vocalização (24,6%), com comportamentos com objetos (22,9%) e os comportamentos intersubjetivos (19,1%). Durante o terceiro semestre, os padrões são semelhantes, mas os comportamentos intersubjetivos dos bebês (21,9%) são muito mais frequentes do que o comportamento de recepção às pessoas (7,3%).

No entanto, ao realizarem a comparação entre os bebês, os pesquisadores constataram que do primeiro para o segundo semestre, ao se observar a iniciativa do bebê para a interação, os comportamentos intersubjetivos de bebês típicos aumentavam, diferente de bebês em ambos os grupos de patologias. Mas, do segundo para o terceiro semestre, apenas crianças com DI apresentavam um aumento significativo de comportamento intersubjetivo.

Do primeiro para o segundo semestre, observou-se que as crianças TEA tornam-se mais receptivas e interessadas em uma troca (orientadas em relação às pessoas), mas

apenas de forma passiva e não à procura de pessoas; no terceiro semestre, ocorre uma franca diminuição dos comportamentos receptivos do bebê TEA, o que não é significativo para crianças com DT.

Enquanto lactentes DI parecem mostrar um atraso inicial, eles mais ou menos seguem o caminho de desenvolvimento de lactentes DT. Ou seja, após um atraso inicial no comportamento intersubjetivo, este aumenta para DI, porém, um semestre mais tarde. As crianças TEA mostram menos orientação para com as pessoas no primeiro semestre e, posteriormente, elas apresentam um aumento muito menor de procurar pessoas do que os bebês típicos.

Durante o segundo semestre, existe um aumento no comportamento de se orientar em relação às pessoas e nos comportamentos receptivos, especialmente “sorrindo” para as pessoas. Mas, este padrão crescente parece ser passivo e, depois do primeiro aniversário, estes comportamentos receptivos diminuem drasticamente. Os comportamentos receptivos permanecem estáveis tanto em bebês típicos como em bebês DI.

Para os pesquisadores, então, ficou a hipótese de que o verdadeiro marcador para o desenvolvimento social atípico é a fragilidade em iniciar uma interação social: sem o aumento de iniciativa social, a capacidade de ser receptivo e responder aos outros vai diminuindo. Além disso, os comportamentos intersubjetivos tornam-se especificamente menores após o primeiro aniversário. Estes resultados são consistentes com a hipótese de um crescente desenvolvimento desviante nos bebês TEA, considerando que as crianças com DI mostram apenas um atraso de desenvolvimento social.

Outros pesquisadores, como Garcia e Lampreia (2011), que se dedicam a investigar os limites e as possibilidades da identificação de risco de TEA no primeiro

ano de vida, também apontam as rupturas nas experiências intersubjetivas como possíveis marcadores para tal identificação.

Porém, como assinalado, apesar de as pesquisas avançarem em relação ao conhecimento de possibilidades de identificação de sinais iniciais associados ao TEA neste período – tal como exemplificado brevemente na pesquisa de Muratori et al. –, ainda que não há consenso sobre quais comportamentos observar. Por isso, o enfoque dessas pesquisas muitas vezes não estaria apenas na presença de sinais, mas, também, nos déficits de desenvolvimento típico.

Os primeiros estudos retrospectivos com vídeos caseiros para investigar os sinais iniciais de TEA datam da década de 90 (Adrien et al., 1991) e se configuram como valiosas fontes de informação por permitirem o acesso aos comportamentos do bebê em contextos sociais naturais. Porém, em sua maioria, esses estudos investigaram categorias comportamentais comunicativas, sociais, cognitivas e as estereotipias que configuram os sinais do quadro clínico de autismo. (GARCIA e LAMPREIA, 2011)

No entanto, pesquisas recentes têm encontrado evidências que indicam ser o comprometimento do desenvolvimento afetivo um marcador específico do autismo e o déficit que afetaria o desenvolvimento da atenção compartilhada, cujas falhas sinalizam o risco de diagnóstico de autismo entre 18 e 24 meses. Assim, as autoras propõem que:

Uma vez que o comprometimento da atenção compartilhada é considerado um marcador do autismo já aos 18 meses, a partir de uma perspectiva desenvolvimentista, seria necessário avaliar os precursores da atenção compartilhada na busca por sinais de risco de autismo ainda mais precoces. Ou seja, a possibilidade de identificação de risco no primeiro ano parece residir na avaliação das interações diádicas, ou fase da intersubjetividade primária, caracterizadas pelas trocas afetivas entre os parceiros interacionais, que têm sido pouco examinadas nas pesquisas de identificação de risco de autismo (p. 301)

Garcia e Lampreia (2011) ainda destacam uma proposição de Maestro et al. (2006) de que os déficits característicos do autismo seriam conseqüências, de longo prazo, de outros déficits mais sutis e precoces que sugerem a necessidade de investigação do desenvolvimento afetivo e intersubjetivo dos bebês nos primeiros 12 meses.

Como já assinalado na introdução deste trabalho, Assumpção (2015) também apresenta uma leitura clínica para os sinais iniciais de sofrimento psíquico, propondo uma leitura psiquiátrica sobre a problemática. Apesar de não especificar um transtorno, o autor discorre sobre as sutilezas desses sinais em momentos iniciais da vida.

É interessante, neste sentido, que a perspectiva da Psiquiatria clínica infantil coaduna com a dos pesquisadores acima referidos no que diz respeito à importância de identificar esses sinais. Sob esta perspectiva, a possibilidade de identificar um determinado padrão de sinais permite a identificação de uma síndrome que pode ser cuidada ou que pode receber uma intervenção a tempo.

Assumpção ressalta a importância de se examinarem e de se reconhecerem determinados padrões de desenvolvimento – mesmo considerando que diferentes quadros clínicos possam vir a interferir na curva de desenvolvimento infantil – para, então, caracterizar o que se considera adequado e o que se considera desviante.

Esses padrões podem ser encontrados em diversos fatores, tais como sono, alimentação, controle esfinteriano, condutas motoras, linguagem, brincar e sexualidade. Em idades iniciais, especialmente no primeiro ano de vida, o que se pode observar, como referido, são as faces dos bebês durante o diálogo, o ajustamento e o desenvolvimento comunicacional da criança com seus cuidadores (ASSUMPÇÃO, 2015). Estes últimos aspectos são fundamentais para a detecção e avaliação dos demais fatores que virão a se manifestar em idades posteriores.

Deve-se ressaltar, portanto, que a perspectiva clínica entra de acordo com a perspectiva das pesquisas acima descritas tanto no que se refere à importância de detectar sinais iniciais de sofrimento psíquico e/ou transtorno do desenvolvimento – como TEA – ou mesmo de um quadro sindrômico, quanto no modo como tais sinais podem ser detectados.

Logo, o enfoque da detecção desses sinais, no primeiro ano de vida, não estaria apenas na identificação de sinais típicos do quadro em questão, posto que não se teria uma plena configuração, mas, também, nos déficits do desenvolvimento típico que, neste período, podem ser observados fundamentalmente nos processos intersubjetivos.

Assumpção (2015) afirma que, no contexto clínico, alterações no desenvolvimento típico do bebê podem ser identificadas a partir da observação de padrões interacionais da díade bebê-cuidador:

A observação desses padrões interacionais pode ser sistematizada a partir da cooperação, da submissão, da retração-passividade e do comportamento difícil. Do mesmo modo, a observação da qualidade do *attachment* (apego) que permite ao bebê procurar um equilíbrio entre a proximidade com uma figura de importância e a exploração do ambiente é fundamental. Essa ligação pode ser construída de forma confiante ou segura, insegura-evitante, insegura-ambivalente e insegura desorganizada-desorientada. (ASSUMPÇÃO, 2015, p. 366)

O autor ainda afirma que crianças com apego seguro se valem de suas mães para explorar o ambiente, de modo que apresentam regulação afetiva adequada, pois, conseguem se recuperar mais facilmente de estados de excitação e de ansiedade. Quando o apego é seguro-evitativo, é observada uma independência precoce através da qual a criança explora o ambiente independente da figura materna. Esta conduta pode vir a ser interpretada, muitas vezes, como saudável, porém, essas crianças tendem a repelir suas mães e também desconfiar de sua ajuda.

As crianças com apego inseguro-ambivalente são ansiosas e inseguras em relação às suas mães e ao ambiente e as crianças com apego desorganizado-desorientado ou apego inclassificável “[...] apresentam maiores índices de insegurança e condutas confusas e contraditórias, aproximando-se de suas mães com fâcias triste e monótona, choros inesperados, posturas rígidas e bizarras e, esporadicamente, movimentos estereotipados”. (ASSUMPÇÃO, 2015, p. 366)

Esse último padrão descrito é caracterizado por disfuncionamentos nas interações. E esses disfuncionamentos vêm a ser marcados por super-regulações, com evitamentos ou procura excessiva, sendo que o engajamento pode se dar a partir de uma retração da criança, que incita a superestimulação por parte de seu cuidador. A característica contrária deste último padrão é uma sub-regulação, em que o engajamento é frágil e, as trocas, muito limitadas. A sub-regulação se manifesta:

[...] pela retração da criança, que passa a chorar mais baixo, com mímica pouco expressiva, resistência a ser tomada no colo e, em situações lúdicas, manifestando pouco interesse [...] regulações inapropriadas levam a interações negativas com padrões lúdicos irregulares e, muitas vezes, inadequados, tonalidade afetiva com modulação restrita ou insuficiente e pouca reciprocidade. (ASSUMPÇÃO, 2015, p. 367)

Nesse contexto, ressalta-se, ainda, a importância do corpo como meio de expressão privilegiada do bebê, sendo que o clínico deve ficar atento para os comportamentos tônico-motores e de vigília. Os sinais de sofrimento, na esfera somática, se manifestam através de alterações alimentares, sono e eliminação e, finalmente, através das condutas relacionais. Todos esses devem ser destacados como importantes sinais de risco associados ao TEA, geralmente enfatizados pelos pais de bebês que se tornaram autistas.

É importante destacar, no entanto, que o que parece se propor não é um diagnóstico no primeiro ano de vida, mas, o exame da díade e a qualidade da expressão

intersubjetiva, que podem apontar sinais iniciais do desenvolvimento de transtornos/psicopatologias. Concordam com esta proposição tanto o paradigma da pesquisa científica como o da clínica psiquiátrica infantil.

Ressaltam-se, ainda, as contribuições da clínica psicanalítica com o bebê e com a pequena criança para o trabalho de identificação desses sinais iniciais de sofrimento psíquico. Este trabalho, inclusive, tem o propósito de reafirmar a importância dos indicadores IRDI como bons marcadores clínicos para avaliar possíveis rupturas intersubjetivas e, conseqüentemente, sinais iniciais de TEA.

2.3. Intersubjetividade e relações possíveis com os eixos teóricos que fundamentam os indicadores IRDI

Ainda na introdução deste trabalho, foi mencionada uma citação de Kupfer e Pesaro (2011) segundo a qual as autoras, ao discutirem as possibilidades e os limites de diálogo entre a Psicanálise e a Medicina no seio da pesquisa IRDI, afirmavam que as experiências psíquicas se diferem das físicas por terem significação e também pelo fato de que a primeira dimensão da experiência psíquica é intersubjetiva.

Logo após essa afirmação, foi assinalado que a compreensão de intersubjetividade que permeia a pesquisa IRDI e a construção dos indicadores se refere à proposição psicanalítica de uma posição paradoxal e inexorável em que se encontra o sujeito humano que é de se constituir pelas vias do Outro. E ressalta-se, ainda, que a discussão acerca da noção de intersubjetividade, partindo da Psicanálise, deve considerar a dimensão inconsciente da subjetividade.

Também na introdução, ao se situar a pesquisa Multicêntrica, foram brevemente apresentados os eixos teóricos que fundamentaram os indicadores IRDI. Estes ilustram a dinâmica intersubjetiva que vai se construindo em momentos iniciais da vida e apenas

dois indicadores que apontam somente a operação do eixo “suposição do sujeito” devem ser compreendidos a partir da posição do outro materno. E, apesar de privilegiar a ação do outro materno, esse eixo – suposição do sujeito – “[...] destaca a participação e o valor do outro (do Outro) como operador das estruturas mentais do bebê e por isso são direcionados à mãe.” (PESARO, 2010, p. 38)

Assim, para pensar possíveis relações entre intersubjetividade e esses eixos teóricos, é necessário que se reflita sobre questões referentes à intersubjetividade, no campo psicanalítico. De Araújo e Lerner (2010), ao trabalharem as possíveis relações entre intersubjetividade e Psicanálise, se utilizam das proposições de autores como Roussillon (2004), para pensar que, atualmente, ninguém contestaria que o sujeito humano só se constrói com a ação de outro sujeito.

Ocorre que, para pensar a intersubjetividade no campo psicanalítico, é necessário ir além da discussão sobre seu suposto inatismo, ou mesmo ir além de uma discussão desenvolvimentista referida a padrões, mas, pensar conceitos psicanalíticos fundamentais e complexos, tais como objeto, pulsão e linguagem e, claro, a noção de sujeito do inconsciente.

Não se pretende, neste trabalho, discorrer sobre cada um desses conceitos, mas, pensar como se imbricam nos fundamentos da construção dos indicadores IRDI, especialmente, nas ações que envolvem o olhar do outro humano em relação ao bebê.

Assim, a experiência intersubjetiva no campo psicanalítico vai se dando através de um encontro que é:

“[...] o encontro de um sujeito, animado de pulsões e de uma vida psíquica inconsciente, com um objeto, que é também um outro sujeito, e que é também animado por uma vida pulsional de onde uma parte é inconsciente” (ROUSSILON apud ARAÚJO E LERNER, 2010, p. 37)

Portanto, para que o recém-nascido se torne um sujeito, ele precisa constituir um laço pulsional com o Outro, representado no primeiro momento pelos cuidadores que dele se ocupam. Pesaro (2010) afirma que, nos primeiros tempos de vida da criança, não é possível separar seu organismo de seu psiquismo, “[...] pois, os efeitos da linguagem que constitui o psiquismo organizam sua relação com seu corpo.” (p. 49)

Os cuidados com o corpo do bebê e a provisão de sua satisfação física são realizados acompanhados pela sonoridade das palavras maternas, assim como por seus gestos e olhares. Este é um dos fundamentos do eixo teórico “estabelecimento da demanda”.

É nessa relação com o outro (com a mãe) que a sexualidade da criança vai sendo construída. A mãe (ou alguém nessa posição) demarca bordas no corpo da criança, dando-lhe um sentido. E é na relação com a mãe que um circuito pulsional poderá ser ativado no bebê. [...] Na medida em que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo, ela produz nos cuidados que dirige a ele um transbordamento no funcionamento de suas diferentes funções, pois o objeto dos cuidados não é puramente o objeto da função, mas também da libido, do gozo ou do erotismo (PESARO, 2010, p. 49)

Esse não ser objeto específico da função é justamente o que caracteriza o pulsional. Pois, se para Freud, a pulsão é o conceito limítrofe entre o biológico e psíquico, o objeto da pulsão terá de ser construído, nunca dado, tal como no instinto. Faz sentido, portanto, a afirmação de Jerusalinsky (1987, p. 15) de que o ser humano se constituiria como um “deficiente instintivo”, pois, nele:

[...] não existe medida suficiente para definir com que objeto se poderá obter a satisfação de suas necessidades. O ser humano não sabe o que comer, não sabe qual é o objeto de sua sexualidade, não sabe o que implica perigo para ele [...] isto não ocorre com os animais [...] um macaco pode agarrar uma banana [...]. Entretanto, se se dá uma banana a um bebê, ele a coloca no olho...

O conceito de pulsão, de Freud, permite-nos, portanto, compreender a idéia de que o recém-nascido é mobilizado pela busca da relação: “Quer dizer que é em apoio e para além da satisfação das necessidades biológicas imediatas que o bebê procura entrar em contato com os outros” (DE ARAÚJO e LERNER, 2010, p. 37). Deve-se ressaltar que Lacan (1964) faz uma releitura da pulsão para além de um conceito limítrofe entre o biológico e o psíquico, mas, sobretudo, de um conceito que articula corpo (não o biológico, mas uma construção que implica o outro e seu olhar) e linguagem, sendo a partir dessa compreensão de pulsão que se pode pensar a ativação de um circuito pulsional. Portanto, não se pode pensar o circuito pulsional e a sua montagem sem que o bebê tenha ascendido ao campo do Outro.

Segundo as proposições de Laznik (2007), a pulsão cumpre sua meta de satisfação por meio da instituição de três tempos. Esta é uma proposição fundamental para entender o processo de constituição subjetiva “[...] quer dizer, a forma como abandonamos o estatuto de ser de necessidade para tornarmo-nos seres de desejo.” (DE ARAÚJO; LERNER, 2010, p. 38).

De Araújo e Lerner (2010, p. 38) descrevem estes três tempos:

No primeiro tempo o bebê vai em direção ao objeto oral para se satisfazer. Freud chamou este tempo de a busca ativa da parte do bebê. [...] O segundo tempo é reflexivo ou autoerótico. É o que Freud descreveu como o retorno da pulsão sobre uma parte do corpo próprio. É o tempo da capacidade de se acalmar chupando o dedo, a mão... No terceiro tempo, o bebê se faz, ele mesmo, objeto de um outro, colocando seu dedo na boca da mãe, que aproveita e, gozando, faz de conta que o está comendo.

Porém, é importante frisar que, neste terceiro tempo, o bebê não é mais passivo, e Laznik o pensa como uma *passividade ativa*. O bebê, portanto, procura pela situação e é ele que vai procurar *se fazer olhar* – tempo denominado por Lacan *tempo do ‘se fazer’*. Assim, para a Psicanálise, esse terceiro tempo é um tempo de fechamento e de

instauração e, também, o tempo de se fazer que somente é possível porque o outro entra no jogo pulsional do bebê.

Assim é que, tal como apontado por De Araújo e Lerner (2010, p. 39), os movimentos do bebê de procura do seio e de chupar o dedo para se acalmar podem enfim ser considerados como eróticos, já que, então, o gozo do Outro está colocado em questão. Os autores, portanto, afirmam que:

É este momento de enganchamento ao desejo do outro que permite ao infans aceder ao status de sujeito. É neste sentido que Lacan afirma que o “desejo do homem encontra seu sentido no desejo do outro, não porque o outro tenha as chaves do objeto desejado, mas porque o seu primeiro objetivo é ser reconhecido pelo outro”.

É importante salientar, tal como assinalado, que o estabelecimento do circuito pulsional não é inato. A possibilidade de instituir-se necessita do funcionamento recíproco de operações psíquicas que se dão no bebê e também em seus cuidadores – estes últimos compreendidos em termos de funções materna e paterna –, ou seja, necessita de um funcionamento intersubjetivo.

Lembremo-nos de que, desde os primeiros tempos de vida do bebê, a mãe, tal como descrito no eixo “suposição do sujeito”, se insere como o outro operador das estruturas mentais do filho. Todas essas operações psíquicas que culminam no estabelecimento do circuito pulsional vão acontecendo porque as ações/manifestações do bebê têm um sentido atribuído pelo seu outro cuidador.

O eixo “suposição do sujeito” revela, dentre outras questões, que as mães não são descritivas em relação aos seus bebês, elas são, primordialmente, interpretativas (JERUSALINSKY, 1987). O bebê é de alguém e para alguém, o que implica dizer que a mãe sabe sobre seu filho (PESARO, 2010). É assim que, desde sempre, a existência se

dá atravessada pela linguagem e os indicadores elaborados a partir do eixo “suposição do sujeito” corroboram esta proposição. Sobre isto, Pesaro (2010, p. 39) afirma que

[...] se nascemos com necessidades, nunca a experimentamos pura ou diretamente, ou seja, sem a mediação da linguagem [...] porque aquele que vem a responder às necessidades do bebê humano é um ser de linguagem e, como tal, só pode atendê-las com a linguagem. Ou, como dizia Winnicott (1965), não existe um bebê sem uma mãe.

O eixo do “estabelecimento da demanda” é representado por indicadores que fazem a leitura das manifestações da criança, tendo em vista que esta se disponibiliza para um diálogo com seu outro cuidador. Valem para este eixo os mesmos fundamentos teóricos trabalhados anteriormente, acrescentando a eles o fato de que a demanda é sempre construída em referência ao outro: “(A demanda) parte do reconhecimento materno de que as reações involuntárias do bebê são pedidos que a criança dirige à mãe. A demanda vem dos outros e é uma leitura que esses que cercam o bebê fazem.” (PESARO, 2010, p. 41)

Pesaro (2010) afirma que é Lacan (1964) quem inaugura, em Psicanálise, o conceito de demanda quando alude o termo à expressão de um apelo de quando se quer obter alguma coisa de alguém. Esta demanda, por sinal, é sempre de presença e de ausência.

O eixo do “estabelecimento da demanda” também estará na base das ações/manifestações posteriores de linguagem e de relação com os outros. Dentre os indicadores pertencentes a este eixo, está aquele que se refere à troca de olhares entre mãe e filho.

Em Psicanálise, a questão do olhar é relevante porque se trata de um dos mais importantes meios de investimento libidinal – junto à experiência da prosódia da voz materna. O olhar funciona como uma metáfora de ser visto: “Sou visto, logo existo!”,

diria Winnicott (1975), em seu artigo sobre o rosto da mãe como espelho para a criança. Além disso, pode-se dizer que a mãe vê e escuta o que ainda não está para que um dia possa advir (LAZNIK, 1997) – isto é a *loucura necessária das mães* (WINNICOTT, 1975).

A importância do olhar, para o campo psicanalítico, também se dá desde a concepção do estágio do espelho (LACAN, apud PESARO, 2010), proposição lacaniana contemporânea à concepção de Winnicott acerca do rosto da mãe como espelho (WINNICOTT, 1975). Sobre o estágio do espelho, Pesaro (2010, pp. 47 e 48) afirma:

O estágio do espelho é compreendido como o momento fundador, ou mítico, em que a antecipação (representação) da imagem unária³ conduz à constituição da imagem do corpo do bebê [...] O bebê, ao olhar para os olhos ou para o rosto da mãe, vê refletida a imagem de si mesmo que a mãe lhe endereça. O bebê se identifica com essa imagem (porque ela lhe é apresentada como sendo sua imagem), antecipada de um corpo próprio unário, integrado e organizado, enquanto em termos reais de sua vivência no corpo ainda é desorganizada, não integrada. O bebê se aliena nessa imagem virtual que o Outro lhe apresenta [...] e entra na dimensão de ter (imaginariamente) um corpo.

É por isso, então, que se afirma ser o estágio do espelho o momento de alienação do bebê ao desejo do Outro, pois, é este quem constrói e antecipa a imagem ainda não integrada do corpo e do próprio ser do bebê.

Assim, se na construção da demanda, esta será sempre de presença e de ausência, as ações do Outro também serão. Se é na continuidade dos cuidados – presença – que mãe pode transmitir à criança um sentimento de coesão e de existência segura (PESARO, 2010), será na alternância da presença com a ausência, ou mesmo no silenciamento, que o bebê poderá sentir-se e experimentar a incidência da função paterna: “[...] é a alternância dos funcionamentos de atribuição e de corte, na sua

³ Vamos pensar, aqui, como uma primeira noção de si no bebê (Meltzoff) ou uma imagem neuronal (Trevarthen).

regulação recíproca, que assegura a emergência do espaço onde o bebê poderá advir como sujeito.” (CRESPIN, 2004, p. 29)

A possibilidade de incidência da função paterna vai se dando, nesse contexto, porque o fato de a mãe estar ou não presente indica que há na mãe desejo(s) outro(s) para além daquele pela criança.

A alternância tem estreita relação com a função paterna porque o reposicionamento da mãe, como aquela que dá sentido às produções do bebê e como aquela que admite que o sentido também depende da resposta que ela obtém do bebê, se dá porque ela está assujeitada a uma exterioridade que condiciona a sua relação com a criança (PESARO, 2010, p. 53)

É assim, portanto, que indicadores referentes ao eixo “alternância presença-ausência” se relacionam intrinsecamente ao eixo da “função paterna”, pois, quando a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação, ela também antecipa imaginariamente os ideais familiares e sociais que estipulam o normal (ou não) para aquela criança em determinada fase de seu desenvolvimento. Isto é importante, sobretudo, porque a mãe vai apostar na capacidade da criança de efetuar novas realizações e a criança pode vir a se lançar nessas realizações por conta da aposta materna – implicada em seu desejo. (JERUSALINSKY, 2002)

Os outros interesses que a mãe terá para além da criança permitirão que esta não fique aprisionada como seu único objeto de desejo e este (novo) modo de se relacionar com a criança possibilita a incidência da operação de separação – segunda operação fundamental para a constituição subjetiva junto com a alienação.

A função paterna, na verdade, está desde sempre presente nas ações que configuram a função materna, pois, é (deveria ser) ordenadora desse desejo. E, segundo Lacan (1960), a verdadeira função de um pai é unir um desejo à lei. E, a inclusão do

terceiro – o pai, a lei, a cultura, a função paterna –, é que configurará, em Psicanálise, o funcionamento edípico.

Os efeitos da alternância materna – e da conseqüente incidência da função paterna – oferecerão as condições para a inserção da criança no campo simbólico, já que simbolizar pressupõe lidar com a presença na ausência. Sobre isto, Pesaro (2010, p. 58) assinala que “No Seminário XI, Lacan afirma que os objetos podem desaparecer e que é a nomeação que faz com que perdurem, além da satisfação da necessidade e possam ser reconhecidos. [...] A palavra serve para fazer voltar o Outro ausente.”

A palavra seria, então, um meio de lidar com a perda, sendo que

[...] a linguagem é também uma atividade que só surge na intersubjetividade, e nesse processo, os dois parceiros implicados se confundem, se põem no lugar do outro, transitivam, se reúnem e se separam – compartilham uma linguagem particular. (PESARO, 2010, p. 58)

Assim, enquanto uma expressão do encontro com o Outro, os indicadores IRDI se configuram como um instrumento de leitura da intersubjetividade em seus primórdios, e a Psicanálise pode oferecer uma leitura teórica e clínica sobre a intersubjetividade, não baseada no inatismo ou em padrões, mas, na compreensão da incidência de operações psíquicas que vão se efetuar de modo singular, fazendo da experiência intersubjetiva algo sempre singular.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral: investigar a sensibilidade do IRDI-Questionário (Machado, 2013), adaptação do instrumento IRDI, para detecção de sinais iniciais de TEA (Transtorno de espectro de autismo), verificando sua capacidade como instrumento de rastreamento para o transtorno.

3.2. Objetivo específico: realizar um breve estudo sobre o conceito de Intersubjetividade e suas rupturas, assim como algumas pesquisas atuais a ele referentes, relacionando-o aos indicadores IRDI e ao TEA.

4. MÉTODO

Para a investigação, participaram 72 pais de crianças/crianças divididos em 2 (dois) grupos: grupo pesquisa-TEA (32 pais/crianças) e grupo controle-típico (40 pais/crianças). Utilizou-se o teste de inteligência não verbal SON-R 2½-7 no grupo pesquisa-TEA para controlar a variável RM/DI (retardo mental / deficiência intelectual).

4.1. Metodologia proposta

Um estudo transversal composto por 2 (dois) grupos, sendo: a) 1 grupo de 32 crianças de 3 a 8 anos com diagnóstico de TEA (grupo caso-TEA) e seus pais e 1 grupo de 40 crianças de 3 a 8 anos e seus pais (grupo controle-típico) sem diagnóstico de deficiência intelectual e sem diagnóstico de TEA.

A estrutura desse estudo teve medições feitas num único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. A primeira definição dessa pesquisa foi a questão a ser respondida, qual seja, a sensibilidade do IRDI-Questionário para detecção de sinais iniciais de transtorno de espectro de autismo (TEA); logo depois, definiu-se a população a ser estudada e um método de escolha da amostra e, por último, definiram-se os fenômenos a estudar/analisar e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Portanto, cada grupo teve uma característica específica e pode ser descrito mais detalhadamente da seguinte forma:

1) **Grupo 1** (grupo caso-TEA) 32 crianças de 3 a 8 anos com diagnóstico médico de autismo e seus pais.

Mesmo considerando a amplitude do espectro e a atualidade do diagnóstico, que indicam uma visão expandida do transtorno autístico, propõe-se, para esse estudo, que

se trabalhe com um grupo de crianças com diagnóstico de autismo menos heterogêneo possível. E isto se justifica pela própria busca por evidências de sensibilidade do instrumento de pesquisa, o IRDI-Questionário: um grupo menos heterogêneo pode propiciar maior similaridade de respostas dos pais ao instrumento.

Portanto, o grupo de crianças diagnosticadas com autismo obedeceu à classificação diagnóstica F84-0, segundo o CID-10.

No entanto, é necessário ponderar o fato de que cerca de 70% dos indivíduos diagnosticados com autismo que compõem a classificação F84-0 também apresentam algum tipo de deficiência intelectual (DSM-IV), e isto pode vir a representar uma variável significativamente influente nas respostas dos pais ao IRDI-Questionário, não sendo possível definir, portanto, se tais respostas derivaram do transtorno autístico de seus filhos ou de suas dificuldades intelectuais e para a vida diária.

Uma possibilidade de controle para tal variável foi, então, a utilização de um grupo TEA menos heterogêneo, em que todas as crianças participantes apresentassem RM/DI (retardo mental/deficiência intelectual), a partir de medição de coeficiente de inteligência (QI) realizada pelo teste de inteligência não-verbal SON-R 2½-7. O resultado do QI no SON das crianças do grupo TEA foi igual ou inferior a 70. Algumas crianças apresentaram QI limítrofe (entre 70 e 85).

2) **Grupo 2** (grupo controle-típico): 40 crianças de 3 a 8 anos com desenvolvimento típico e seus pais.

Neste grupo, o teste de inteligência não-verbal SON-R 2½-7 não foi aplicado porque as crianças não apresentavam queixas escolares – especialmente em níveis de inteligência e/ou adaptativos – não sendo necessário um instrumento específico para avaliar a inteligência.

As idades das crianças – de 3 a 8 anos – foram selecionadas tendo como base que:

a) o diagnóstico para autismo no DSM-IV pode ser feito a partir de 3 anos de idade e, b) até 8 anos ser um tempo considerável para o fator memória, já que este pode influenciar as respostas dos pais em questionários retrospectivos, tais como o IRDI-Questionário.

- Critério de inclusão

1) As crianças deveriam ter entre 3 e 8 anos de idade e seus pais deveriam responder aos instrumentos propostos.

2) Para grupo 1 (grupo pesquisa-TEA):

- As crianças deste grupo (total de 32) deveriam ter diagnóstico médico de TEA, de acordo com os critérios do DSM-IV, e seus pais deveriam responder aos instrumentos propostos.

- Para as crianças deste grupo, foi aplicado o teste não verbal de Inteligência SON-R2 ½ - 7 [a] e o QI destas crianças deveria ser igual ou inferior a 70 (referente a retardo mental / deficiência intelectual). Excepcionalmente, algumas crianças poderiam apresentar QI limítrofe (entre 70 e 85).

2.1. Os instrumentos propostos aos pais, para este grupo, foram:

- IRDI-Questionário;

- CARS-BR – o escore total para as crianças deste grupo deveria ser igual ou acima de 30;

- TCLE (**ANEXO 05**).

3) Para grupo 2 (grupo controle-desenvolvimento típico):

- As crianças deste grupo (total de 40) não deveriam apresentar queixa sobre o desenvolvimento por parte dos pais e da escola e também não deveriam ter diagnóstico

de distúrbios genéticos, neurológicos e metabólicos e seus pais deveriam responder aos instrumentos propostos.

3.1. Os instrumentos propostos aos pais, para este grupo, foram:

- IRDI-Questionário;
- CARS-BR – o escore total para as crianças deste grupo deveria ser abaixo de 30;
- TCLE.

4.2. Instrumentos utilizados

- IRDI-Questionário (ANEXO 2)

A adaptação do protocolo IRDI para IRDI-Questionário foi realizada por Machado em 2013 e publicada em sua tese de Doutorado. Consistiu em analisar os indicadores IRDI retrospectivamente e transformar as afirmações dos indicadores em perguntas de caráter retrospectivo dirigidas aos pais – para isso, modificou-se unicamente o tempo verbal do presente para o passado. As respostas do instrumento original⁴ foram transformadas em escala *Likert*, que quantificou os comportamentos em cinco categorias: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. A categoria “não lembro” também foi incluída devido à passagem do tempo.

Machado, então, aplicou o instrumento junto a pais de crianças de 3 a 7 anos de 2 grupos de sujeitos (grupo típico e grupo TEA) e buscou verificar a sua sensibilidade para rastreamento de TEA por meio da comparação com a escala CARS-BR (Childhood Autism Rating Scale). A autora, no entanto, não aplicou a CARS-BR no grupo controle.

Ainda segundo Machado, as vantagens de questionários para pais, segundo Reznick et. al. (2007), são: observações privilegiadas e altamente motivadas do comportamento dos filhos em variadas situações, tanto no que diz respeito às ações da

⁴ As respostas do instrumento original são: Presente (P), Ausente (A) e Não-verificado (NV).

criança, como no que se refere às emoções. Outro ponto favorável é a possibilidade de aplicação em vários contextos favoráveis e convenientes como, por exemplo, via pesquisa web ou por email.

O uso do IRDI-questionário, na amostra estudada por Machado, mostrou-se adequado no que concerne ao entendimento das perguntas e ao padrão das respostas por parte dos entrevistados. O instrumento também apresentou boa consistência interna, com valor do coeficiente alpha de *Cronbach* de 0, 89. Este resultado é compatível com os de outros estudos de confiabilidade de instrumentos utilizados para rastreamento e diagnóstico de TEA, a saber: ASQ (traduzido como Questionário de Avaliação de Autismo) com coeficiente alpha de Cronbach de 0, 89, CARS-BR com o valor de 0, 83 e a CARS (Childhood Autism Rating Scale) original com 0, 94 (SATO, 2008; PEREIRA et. al, 2008; SCHOPLER et al., 1988).

Os resultados da análise estatística revelaram que muitas das questões cujas respostas tiveram significância estatística contemplam importantes sinais de risco para TEA, tais como: troca de olhar, atenção compartilhada e interação social. A questão da troca de olhares entre a criança e a mãe aborda um sinal dos TEA amplamente estudado na literatura. Os resultados ainda apontaram que boa parte das questões contidas no IRDI-Questionário foi capaz de diferenciar crianças com TEA de crianças com desenvolvimento típico.

Quanto à validade, os resultados da comparação entre ambos os instrumentos (IRDI-questionário e CARS-BR) apresentaram correlação positiva, estatisticamente significativa. Foi possível estabelecer um ponto de corte para o IRDI-questionário com bons níveis de sensibilidade em identificar crianças com TEA, quando se relaciona tal instrumento aos critérios da CARS-BR. Houve uma concordância moderada entre presença/ausência de diagnóstico clínico de autismo (pelo DSM-IV) e

presença/ausência de risco (indicado pelo IRDI-questionário). A sensibilidade foi de 88,9% e a especificidade, de 63,9%. Já na comparação entre o IRDI-Questionário e a CARS-BR, observaram-se valores altos para a sensibilidade, de 87,9%.

Nessa medida, pode-se afirmar que o ponto de corte estabelecido para o IRDI-Questionário permitiu que o objetivo da pesquisa de Machado – verificação de sensibilidade do IRDI-Q para TEA – fosse atingido, uma vez que os níveis de sensibilidade encontrados ultrapassaram os 80%.

- CHILHOOD AUTISM RATING SCALE - CARS-BR (ANEXO 3)

A CARS é uma escala que mede a gravidade dos sintomas autistas e é utilizada, primariamente, para avaliação clínica. No Brasil, devido à escassez de instrumentos diagnósticos para TEA, é comumente utilizada em entrevistas diagnósticas.

A CARS foi desenvolvida por Schopler, Reichler e Renner (SCHOPLER et al, 1988) e é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças autistas. No Brasil, foi traduzida e validada por Pereira, em 2008. Pode ser utilizada para uso em qualquer criança acima dos dois anos de idade. Sua construção se deu ao longo de 15 anos e incluiu mais de 1500 crianças autistas.

Baseada nos critérios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961), Rutter (1978), Ritvo e Freeman (1978) e do DSM-III (1980), contém itens relacionados a uma característica particular, capacidade ou comportamento. A escala avalia o comportamento de 14 domínios potencialmente afetados pelo TEA, mais uma categoria de impressão geral sobre a criança avaliada.

Cada um dos domínios está referido a cada um dos itens a ser pontuado, sendo que os escores variam de 1 (dentro dos limites do desenvolvimento típico) a 4 (sintomas autistas graves). Cada um dos itens está descrito a seguir:

1. Relações pessoais: os prejuízos nesta área são considerados características primárias no autismo. Deve-se avaliar a capacidade da criança de iniciar ou mesmo de sustentar uma interação (inclusive, com o olhar);

2. Imitação: item incluído em função da relação existente entre dificuldades graves de linguagem e problemas na imitação motora e verbal. A capacidade de imitar é uma base importante para o desenvolvimento da fala;

3. Resposta emocional: o autismo foi, primeiramente, considerado um distúrbio no contato afetivo e este item ainda é um dos mais importantes, tendo como característica principal a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de compreensão do estado mental das demais pessoas;

4. Uso corporal: item importante para observar movimentos corporais peculiares, especialmente, estereotípias, balanceios e auto-agressão, além de desequilíbrio no tônus e falta de coordenação motora;

5. Uso de objetos: refere-se ao uso inadequado de brinquedos ou outros objetos e está intimamente relacionado a relações inadequadas com pessoas;

6. Resposta a mudanças: trata-se da dificuldade de alterar rotina ou padrões prestabelecidos ou mesmo da dificuldade de mudar de uma atividade para outra;

7. Resposta visual: refere-se aos padrões incomuns de atenção visual;

8. Resposta auditiva: refere-se à reação da criança às vozes humanas ou outros tipos de sons (muito incômodo ou indiferença);

9. Resposta e uso do paladar, olfato e tato: as crianças autistas respondem de forma incomum aos estímulos sensoriais. O gosto e o cheiro são elementos críticos para o comportamento alimentar e a dificuldade de identifica-los pode contribuir para a recusa ou para seletividade alimentar das mesmas. As respostas à dor também estão inclusas neste item.

10. Medo ou nervosismo: refere-se ao medo ou nervosismo incomuns ou inexplicados para determinada situação, assim como sua ausência (o fato de não ter medo de nada e nem cuidado consigo);

11. Comunicação verbal: refere-se às facetas do uso da linguagem. Observa não apenas a presença ou ausência de fala, mas, também, as peculiaridades, como elementos inapropriados, fora de contexto e até mesmo, bizarros. A composição da frase e a entonação da voz também são elementos importantes.

12. Comunicação não-verbal: avalia o uso da expressão facial, postura, gestos e movimento corporal, assim como a resposta à comunicação não-verbal das outras pessoas e a iniciativa da criança para a comunicação não-verbal;

13. Nível de atividade: observa a movimentação da criança em determinadas situações (especialmente, se são contextualizadas);

14. Nível e consistência da resposta intelectual: observa o nível geral de funcionamento intelectual e a consistência desse funcionamento. Deve-se ressaltar que a escala faz diferença entre a criança que se apresenta menos inteligente, porém, em diversas áreas de funcionamento (autismo menos grave) e mais inteligente em menos áreas de funcionamento (autismo mais grave);

15. Impressões gerais: impressão subjetiva a partir da observação da criança avaliada.

As referências de cada item acima foram colhidas da Dissertação de Mestrado de Pereira (2007), com alguns acréscimos da presente pesquisadora.

- Os testes SON - Snijders-Oomen Não-verbal (ANEXO 4)

Todas as crianças do grupo pesquisa-TEA tiveram o coeficiente de inteligência avaliado pelo teste de inteligência não verbal SON-R 2½-7 [a]. Tal avaliação serve ao

propósito de controlar a variável RM/DI (retardo mental/deficiência intelectual), presente em 70% dos casos de crianças TEA. Justifica-se o controle de tal variável pela hipótese de que poderia interferir nas respostas dos pais ao IRDI-Questionário, já que a resposta intelectual rebaixada pode ter consequências, principalmente, no comportamento adaptativo, e isto traz um impacto considerável no cotidiano familiar. Além disso, tal variável pode confundir as respostas em estudos sobre autismo, dada sua alta associação com o TEA.

Os testes SON (Snijders-Oomen Não-verbal) devem seu nome à criadora do primeiro teste, N. Snijders-Oomen (Snijders-Oomen, 1943). A autora desenvolveu uma bateria de testes que incluiu diversas tarefas não-verbais relacionadas à habilidade espacial e ao raciocínio abstrato e concreto.

Para a construção do teste, utilizou-se a definição de inteligência de Snijders-Oomen em termos de potencial para a aprendizagem. O objetivo do primeiro teste SON era oferecer uma alternativa para os testes não-verbais de execução e possibilitar que funções como abstração, simbolismo e entendimento de situações comportamentais ficassem mais acessíveis para a avaliação não-verbal. Na construção do primeiro teste SON, buscou-se diminuir a influência da escolaridade das crianças e das vivências familiares nos resultados do teste.

Dessa forma, o primeiro teste SON buscou medir a inteligência fluida em vez da inteligência cristalizada. No entanto, como o objetivo deste trabalho não é uma investigação sobre inteligência, mas, sobre como as dificuldades cognitivas influenciam as respostas dos pais da criança com TEA ao IRDI-Questionário, deve-se ressaltar que a adoção do teste SON-R 2½-7[a] se deu, especialmente, pelas dificuldades das crianças com TEA de se expressarem verbalmente.

O SON-R 2½-7[a] é a versão abreviada do SON-R 2½-7, a última versão dos testes SON para crianças entre 2½ e 7 anos. Esse instrumento, de origem holandesa, foi normatizado e validado em vários países de Europa e consiste em seis subtestes, a saber: Categorias, Analogias, Situações, Histórias, Mosaicos e Padrões. A versão abreviada do teste, utilizada nesta pesquisa, é composta pelos subtestes Categorias, Situações, Mosaicos e Padrões e foi normatizada para o Brasil em 2008 (Laros, Tellegen, Jesus, & Karino) e foi aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia em 2012 como um teste psicológico em condições de uso profissional.

Os testes tradicionais de inteligência geral, como o Stanford-Binet e os testes de inteligência Wechsler, se centram mais na inteligência cristalizada, ou seja, mais no resultado final da aprendizagem do que no potencial para a aprendizagem. Segundo Tellegen e Laros (2004, 2005), testes de inteligência que aferem principalmente o resultado final da aprendizagem subestimam o potencial para a aprendizagem de pessoas que tiveram poucas oportunidades para adquirir conhecimento e habilidades cognitivas. Em particular, membros de minorias étnicas, pessoas com baixo nível socioeconômico e pessoas com problemas de aprendizagem estariam em desvantagem quando testadas com um teste tradicional de inteligência geral.

De acordo com Tellegen e Laros (2005), testes tradicionais geralmente fazem apelo para habilidades de linguagem específicas, tanto nos conteúdos quanto nas instruções, o que colocaria membros de minorias culturais em desvantagem. Esse argumento também se aplica a pessoas com problemas de linguagem e auditivos. Para todos esses grupos, um baixo desempenho no teste poderia refletir, primariamente, um conhecimento verbal pobre, em vez de raciocínio ou habilidade para aprendizagem pobre. Tais críticas levaram a um aumento no uso de testes não-verbais de inteligência,

uma vez que tais testes dependem minimamente do conhecimento adquirido e da habilidade verbal de uma pessoa.

Uma das grandes vantagens dos testes não-verbais diz respeito à maior facilidade para adequação a diferentes culturas, uma vez que o processo de adaptação de testes não-verbais é menos complicado do que o exigido para testes que utilizam linguagem escrita ou falada como parte do seu conteúdo. Não obstante, o fato de os testes não-verbais não exigirem tradução não significa que estes instrumentos possam ser utilizados sem um estudo empírico que verifique sua adequação à cultura na qual será utilizado.

Os testes SON são indicados como exemplo de testes com conteúdo cultural reduzido e que têm como foco a inteligência fluida, isto é, o potencial para aprender. Essas foram as principais razões que impulsionaram o desenvolvimento de estudos com o SON-R 2½-7[a] no Brasil.

- O teste SON-R 2½-7[a] e sua utilização em crianças com TEA

O termo TEA, em sua perspectiva de espectro, objetiva refletir sobre a heterogeneidade da apresentação dos sintomas e o funcionamento cognitivo de indivíduos com este diagnóstico (KAMP-BECKER et al., 2010), além disso, o conceito de autismo, como um espectro, enfatiza a importância de avaliar a severidade dos sintomas como parte do diagnóstico.

O nível cognitivo da criança ou seu funcionamento intelectual é um componente importante para esta determinação, sendo um dos fatores de heterogeneidade nos TEA (MUNSON et al., 2008; KLINGER et al., 2012). A importância da avaliação de inteligência, nos Transtornos do Espectro do Autismo, se deve ao fato de alterações

cognitivas estarem relacionadas com a severidade dos sintomas, funcionamento adaptativo, prognóstico e com o planejamento de intervenções mais eficazes.

Tradicionalmente, tem se discutido que indivíduos com TEA apresentam um perfil específico de habilidades intelectuais que se caracterizam por QI não verbal superior ao QI verbal (SIEGEL; MINSHEW; GOLDSTEIN, 1996; LINCOLN; HANSEL; QUIRMBACH, 2007) e, por isso, a utilização de testes não verbais seria uma vantagem na avaliação desta população. Os estudos de Ghaziuddin e Mountain-Kimchi (2004) e o de Mayes e Calhoun (2008) mostram habilidades maiores em tarefas não verbais, com demandas visuo-espaciais como arranjos com blocos.

Mesmo em provas essencialmente não verbais, é possível observar discrepâncias entre tarefas que exigem diferentes tipos de habilidades (KUSCHNER; BENNETTO; YOST; 2007). Estudos mostram melhor desempenho em tarefas que requerem habilidades visuo-espaciais quando comparadas a tarefas que avaliam raciocínio abstrato e formação de conceitos (KLINGER; DAWSON, 2001; MINSHEW; MEYER; GOLDSTEIN, 2002).

Nesse sentido, o teste SON-R 2 ½ - 7 [a] pode ser uma possibilidade para avaliação das habilidades cognitivas de crianças com TEA. Uma das principais vantagens desse instrumento diz respeito a sua forma de aplicação, por meio da manipulação de figuras, mosaicos e desenhos, e não exige instruções ou respostas verbais. Tal característica torna-se mais relevante se considerarmos que a população com TEA apresenta, normalmente, comprometimento na linguagem verbal. Outra característica diz respeito à avaliação de mais de uma habilidade cognitiva. É possível obter um escore de raciocínio e um escore de execução. Além disso, um dos aspectos importantes diz respeito à realização de um diagnóstico preciso e precoce das limitações apresentadas pela criança.

Nesse sentido, o SON-R 2 ½ - 7 [a] oferece ao pesquisador e ao clínico uma ferramenta útil para a realização do diagnóstico das limitações cognitivas da criança a partir dos dois anos e seis meses, sendo que se mostra adequado à avaliação de crianças com TEA.

O teste Não Verbal de Inteligência SON-R2 ½ - 7 [a] consiste em uma bateria de quatro subtestes: Mosaicos, Categorias, Situações e Padrões. Para o subteste de Mosaicos, são utilizadas as figuras em forma de mosaicos, impressas num livro. A criança deve copiar o mosaico para uma moldura, utilizando e manipulando três tipos de quadrados coloridos. No subteste Categorias, é apresentado um conjunto incompleto de figuras com desenhos que possuem algo em comum. A criança precisa descobrir o conceito que subjaz a categoria e escolher outras figuras, entre as alternativas, que apresentam o mesmo conceito, portanto, completam a categoria. O subteste Situações consiste em figuras impressas num caderno, nas quais é omitida a metade de um desenho ou alguma situação. A criança deve escolher, entre várias alternativas, a parte que completa o desenho. No subteste Padrões, a criança precisa copiar, utilizando o lápis, os desenhos impressos num caderno de papel. Para os itens mais fáceis, basta copiar uma forma simples; para os mais difíceis, é necessário copiar um padrão de linhas com base em diversos pontos.

O teste apresenta três escores: QI de Execução (composto por Mosaicos e Padrões), QI de Raciocínio (Categorias e Situações) e QI geral (quatro subtestes). Os dados brutos foram convertidos em escores padronizados e transformados em QI, conforme estudos de normatização para população brasileira (JESUS, 2009).

Riscos

Não houve riscos para os participantes.

Benefícios da pesquisa

Aferir a sensibilidade do IRDI-Questionário para TEA representa uma significativa contribuição do protocolo IRDI para avaliação do desenvolvimento e de seus transtornos. Apesar de, neste estudo, estar se especificando a sensibilidade do instrumento para TEA, a versão original do IRDI (e mesmo sua adaptação) é relevante na avaliação do desenvolvimento psíquico de qualquer criança, e não apenas daquelas que apresentam problemas de desenvolvimento.

A importância da capacidade de leitura da constituição subjetiva dos indicadores IRDI foi reconhecida nas instituições de saúde brasileiras através de sua inclusão no item “Desenvolvendo-se com afeto”, da caderneta da criança, do Ministério da Saúde.

Além disso, é sempre importante assinalar que se trata de um instrumento elaborado por pesquisadores brasileiros no Brasil, o que implica um ganho significativo tanto para a população brasileira como para a produção científica em nosso país.

4.3. Metodologia e análise de dados

- Tratamento estatístico dos dados:

O que se propõe é um tratamento estatístico que possibilite, a partir da comparação das respostas dos pais de cada grupo ao IRDI-Questionário, um dado quantitativo que presuma a sensibilidade do instrumento para TEA.

O que se pressupõe é que a validade de critério procure estabelecer correspondência entre o instrumento em teste (IRDI-Questionário) e outro previamente validado, por meio de sua comparação (MACHADO, 2013). A estimativa estatística da validade de critério é realizada pela determinação dos valores de sensibilidade e de especificidade e por sua comparação com um padrão-ouro estabelecido. No presente

estudo, utilizou-se a CARS-BR, tal como no estudo de Machado (2013). Incluiu-se, ainda, uma comparação entre os escores do IRDI-Questionário e da CARS-BR o escore total do teste de inteligência não verbal SON-R 2½-7 no grupo TEA.

Assim como na tese de Machado, o ponto de corte para cálculo do escore do IRDI-Questionário foi estabelecido pela somatória das respostas de acordo com a seguinte pontuação (Sempre = 5; Muitas vezes = 4; Às vezes = 3; Raramente = 1; Nunca = 0; Não lembro = não foi pontuado), sendo que a definição do ponto de corte do escore gerado pelo instrumento IRDI-Questionário se deu através da curva ROC (Receiver Operating Characteristic), quando se calcularam, então, os valores de sensibilidade, de especificidade, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN).

Também foi realizada a análise estatística descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão).

4.4. Instituições participantes

- E.M.E.I. SANTOS DUMONT – Esta instituição, assim como toda a rede municipal de educação da cidade de São Paulo, trabalha com a educação inclusiva, tendo, dentre a população de 250 alunos, crianças que apresentam características dos 2 (dois) grupos que foram estudados.

- E.M.E.I. HEITOR VILLA-LOBOS – Esta instituição, assim como toda a rede municipal de educação da cidade de São Paulo, trabalha com a educação inclusiva, tendo, dentre a população de 100 alunos, crianças que apresentam características dos 2 (dois) grupos que foram estudados.

- E.M.E.I. SENA MADUREIRA – Esta instituição, assim como toda a rede municipal de educação da cidade de São Paulo, trabalha com a educação inclusiva, tendo, dentre a população de 130 alunos, crianças que apresentam características dos 2 (dois) grupos que foram estudados.

- Centro de atenção psicossocial infantis da rede municipal de saúde de São Paulo (CAPSi-Vila Prudente).

- Ambulatório de autismo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (PROTEA).

5. RESULTADOS ESTATÍSTICOS

O objetivo deste trabalho foi investigar a sensibilidade do IRDI-Questionário, adaptação do instrumento IRDI (Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil), para detecção de sinais iniciais de TEA (Transtorno de espectro de autismo).

Tal como na pesquisa de Machado (2013), que realizou a adaptação do IRDI para IRDI-Questionário e também apresentou um estudo inicial para verificação de sua sensibilidade para TEA, foram utilizados dois grupos de pesquisa (grupo pesquisa-TEA e grupo controle-desenvolvimento típico), sendo que, no presente trabalho, a aplicação de ambos os instrumentos – IRDI-Questionário e CARS-BR, um instrumento padrão-ouro para o referido transtorno – foi realizada em ambos os grupos.

Os resultados do IRDI-Questionário de ambos os grupos foram comparados e correlacionados com os resultados de ambos os grupos na CARS-BR. E todas as crianças do grupo caso tiveram o coeficiente de inteligência avaliado pelo teste de inteligência não verbal SON-R.

Portanto, a validade de critério, que busca estabelecer correspondência entre o instrumento em teste e outro previamente validado, por meio de comparação, foi estabelecida entre IRDI-Questionário e CARS-BR. A estimativa estatística da validade de critério é realizada pela determinação dos valores de sensibilidade e de especificidade e pela referida comparação.

No total, foram entrevistados pais-cuidadores de 72 crianças. Estas tinham idades entre 3 e 8 anos, (sendo 22 do sexo feminino – 30, 5% – e 50 do sexo masculino – 69, 5%). Deste total, 32 crianças são do grupo-pesquisa (composto por 9 crianças do sexo feminino – 28, 12% – e por 23 crianças do sexo masculino – 71, 87%) e 40 crianças

pertencem ao grupo-controle (sendo 13 do sexo feminino – 32, 5% – e 27 do sexo masculino – 67, 5%).

O escore calculado do IRDI-Questionário foi estabelecido pela somatória das respostas de acordo com a seguinte pontuação das respostas (Sempre = 5; Muitas vezes = 4; Às vezes = 3; Raramente = 2; Nunca = 1; Não lembro = não foi pontuado).

Foi realizada a análise estatística descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão).

A análise da normalidade para as variáveis quantitativas foi realizada pelo teste de Komolgorov-Smirnov e como os dados apresentaram distribuição aproximadamente normal, foram utilizados testes paramétricos. Para verificar a validade, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre o IRDI-Questionário e a CARS-BR.

Na definição do ponto de corte do escore gerado pelo instrumento IRDI-Questionário, foi utilizada a curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e calculados os valores de sensibilidade, de especificidade, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN).

Para verificar se havia diferença entre os grupos para as variáveis socioeconômicas, foram utilizados o teste qui quadrado para o sexo e informante (teste exato neste último) e o teste de Mann-Whitney para a escolaridade do informante.

Em relação à utilização do SON-R para verificação da variável deficiência intelectual-retardo mental do grupo TEA – através do resultado do QI –, foram feitos testes de correlação de Pearson para a variável QI em relação ao IRDI- Questionário e à CARS nas crianças TEA.

Para a significância estatística foi assumido um nível descritivo de 5% ($p \leq 0,05$). A digitação do banco de dados e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 17.0 para Windows.

5.1. DESCRITIVA DA AMOSTRA

- Variáveis sócioeconômicas

Não foram observadas diferenças entre o grupo típico e o grupo TEA com relação às variáveis “sexo das crianças” ($p=0,689$), “informante” ($0,582$) e “escolaridade dos informantes” ($p=0,054$).

Para verificar se havia diferença entre os grupos para as variáveis socioeconômicas, foram utilizados o teste qui quadrado para as variáveis “sexo das crianças” e “informante” (teste exato neste último) e o teste de Mann-Whitney para a variável “escolaridade do informante”.

Seguem as tabelas:

Tabela 1 - VARIÁVEL - SEXO DAS CRIANÇAS

Sexo * Grupo					
			Grupo		Total
			Típico	TEA	
Sexo	F	Count	13	9	22
		% within sexo	59,1%	40,9%	100,0%
	M	Count	27	23	50
		% within sexo	54,0%	46,0%	100,0%
Total		Count	40	32	72
		% within sexo	55,6%	44,4%	100,0%

Tabela 2 - VARIÁVEL - INFORMANTE

Informante * Grupo					
			Grupo		Total
			Típico	TEA	
Informante	AVÓ MATERNA	Count	3	1	4
		% within informante	75,0%	25,0%	100,0%
	AVÓ PATERNA	Count	0	1	1
		% within informante	0,0%	100,0%	100,0%
	MÃE	Count	30	28	58
		% within informante	51,7%	48,3%	100,0%
	MÃE E PAI	Count	2	1	3
		% within informante	66,7%	33,3%	100,0%
	PADRASTO	Count	1	0	1
		% within informante	100,0%	0,0%	100,0%
	PAI	Count	4	1	5
		% within informante	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	40	32	72
		% within informante	55,6%	44,4%	100,0%

Tabela 3 - VARIÁVEL - ESCOLARIDADE DO INFORMANTE

Escolaridade * Grupo		Grupo	
		Típico	TEA
		Count	Count
Instrução	1º grau incompleto	3	0
	1º grau completo	11	6
	2º grau completo	18	16
	Superior incompleto	5	0
	Superior completo	2	10
	Pós graduação	1	0

5.2. DESCRITIVA DOS INSTRUMENTOS

- Análise descritiva do IRDI-Questionário

Tomando o IRDI-Questionário como a somatória dos itens de cada pergunta, observou-se que tanto este quanto a CARS-BR tem distribuições aproximadamente normais dentro dos grupos pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

- Comparação de médias do IRDI-Questionário

Um teste t indica que as médias descritas acima confirmam a diferença entre os grupos, sendo que os IRDI do grupo TEA (85,09) são, em média, menores que os IRDI do grupo típico (129,32) (**Tabela 1 e Gráficos 1 e 2**). O teste de Levene mostrou equivalência entre as variâncias.

A tabela e o gráfico a seguir ilustram a comparação das médias do IRDI-Questionário entre o grupo TEA e o grupo típico.

Tabela 1. Comparação das médias do IRDI-Questionário

Estatísticas dos grupos					
	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IRDI	Típico	40	129,3250	11,50560	1,81920
	TEA	32	85,0938	12,71616	2,24792

Gráfico 1. Comparação das médias do IRDI-Questionário

Gráfico 2. IC (Intervalo de confiança) das médias

5.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

- Correlação do IRDI-Questionário e da CARS-BR

Para a validade de critério, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson entre o IRDI-Questionário e a CARS-BR.

Os grupos juntos mostraram alta correlação negativa entre os dois valores (valor de -,843) –, tal como demonstram as tabelas e os gráficos abaixo:

Tabela 3. Correlação IRDI-Questionário e CARS (Correlação de Pearson)

Correlations			
		IRDÍ	CARS
IRDÍ	Pearson Correlation	1	-,843**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	72	72
CARS	Pearson Correlation	-,843**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	72	72
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Gráfico 3. Correlação IRDI-Questionário e CARS (Correlação intergrupos)

Apesar de, juntos, os escores do IRDI-Questionário e da CARS-BR nos grupos típico e TEA apresentarem alta correlação negativa, ao separá-los, tem-se uma correlação apenas no grupo típico que, por sua vez, é moderada – correlação de -,380. Tais informações estão apresentadas na Tabela 4 e no Gráfico 4.

Tabela 4. Correlação entre os IRDIs do grupo típico

Correlations ^a			
		IRDI	CARS
IRDI	Pearson Correlation	1	-,380 [*]
	Sig. (2-tailed)		,016
	N	40	40
CARS	Pearson Correlation	-,380 [*]	1
	Sig. (2-tailed)	,016	
	N	40	40
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			
a. Grupo = Típico			

Gráfico 4. Correlação entre os IRDIs do grupo típico

Deve-se ressaltar, tal como representado no gráfico e na tabela acima, que a correlação encontrada dentro do grupo típico foi um dado incidental e não objetivo deste trabalho.

Não foi observada correlação entre os escores do IRDI-Questionário e da CARS-BR no grupo TEA, tal como demonstrado pela tabela e pelo gráfico a seguir (tabela 5 gráfico 5). Este resultado nos leva a supor que o IRDI não discrimina gravidade dentro do grupo TEA.

Tabela 5. Correlação entre os IRDIs do grupo TEA

Correlations ^a			
		IRDI	CARS
IRDI	Pearson Correlation	1	-,227
	Sig. (2-tailed)		,212
	N	32	32
CARS	Pearson Correlation	-,227	1
	Sig. (2-tailed)	,212	
	N	32	32
a. Grupo = TEA			

Gráfico 5. Correlação entre os IRDIs do grupo TEA

5. 4. ANÁLISE DA CURVA ROC – Estudo de sensibilidade e de especificidade

Como o interesse foi pela sensibilidade em relação à condição TEA, o IRDI foi considerado como escala contínua para a construção da curva ROC e, na sequência, foi invertido, tendo os valores 5 de cada pergunta sido transformados em 1, os valores 4 em 2 e assim por diante. Isso leva a um novo IRDI total para cada criança, complementar ao anterior. A curva foi construída a partir dos dados das 72 (setenta e duas) crianças avaliadas. Os resultados estão nas tabelas e gráficos abaixo.

Gráfico 6 - CURVA ROC

A curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) é uma técnica indicada para escolher pontos de corte mais adequados de um determinado teste. Portanto, essa curva indica os diferentes pontos de corte do teste ou escore, segundo seus níveis de sensibilidade (eixo Y) e especificidade (eixo X).

- Interpretação da curva ROC

A área sob a curva (AUC) foi de 99,6% (IC- 98,9-100%), resultado que pode ser considerado excelente, bastante superior aos 50% da área da aleatoriedade, representada na reta pontilhada. Os cálculos de sensibilidade e de especificidade dos diferentes pontos de corte possíveis estão na tabela anterior e aqui se destacam 2 (dois) valores:

O valor 80,5 é o valor que maximiza a soma sensibilidade + especificidade, critério matemático comumente utilizado para definição de pontos de corte. Ele indica uma sensibilidade de 96,9% e uma especificidade de 97,5% em relação à condição TEA. Por outro lado, o valor 73,5 é o valor com melhor sensibilidade (90%) que ainda possui uma especificidade de 100%. Ele pode ser interessante para um instrumento que visa ao rastreamento de uma condição, por não ter gerado falsos negativos na amostra estudada.

Quando tomado o primeiro ponto de corte (80,5), temos o valor preditivo positivo (VPP) de 97,7% e um valor preditivo negativo (VPN) de 97,5%. No segundo ponto de corte (73,5), VPP é 88,8% e VPN é 100%. Os valores estão resumidos na tabela abaixo. Esses valores, contudo, devem ser considerados de forma cuidadosa, visto que a amostra não representa a prevalência da condição na população.

Deve-se ressaltar que a sensibilidade é a porcentagem de casos verdadeiros corretamente identificados pelo instrumento, sendo que valores entre 70 e 80% são os padrões aceitáveis. Já a especificidade é a porcentagem de “não-casos” corretamente

identificados e esse valor deveria ser de 80% ou mais. No entanto, a literatura é consensual em apontar que, uma vez que o objetivo de instrumentos de rastreamento/triagem é identificar crianças “em risco” para encaminhar para avaliações mais detalhadas (e não dar diagnósticos definitivos), a elaboração e a validação desse tipo de instrumento buscam maximizar sua sensibilidade, de forma a perder o menor número de possíveis casos. (Machado, 2013)

Tabela 6 - Valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN resumidos

Ponto de corte	80,5 (105,5)	73,5 (112,5)
Sensibilidade	96,9%	100,0%
Especificidade	97,5%	90,0%
VPP	97,7%	88,8%
VPN	97,5%	100,0%

É ainda importante salientar que não foi propósito deste estudo investigar a especificidade do IRDI-Questionário para TEA, mesmo considerando o resultado de alto valor. É praxe apresentar seu valor ao se calcular a curva ROC, no entanto, este estudo apresenta a limitação de não ter investigado uma terceira condição – deficiência intelectual/retardo mental, por exemplo, para, então, apresentar uma especificidade mais confiável.

5. 5. Correlação entre IRDI-Questionário e SON-R e entre CARS-BR e SON-R para verificação da variável retardo mental / deficiência intelectual através de avaliação de QI no grupo TEA

Como foi possível verificar uma distribuição aproximadamente normal para a variável QI, foram feitos testes de correlação de Pearson para a variável QI em relação ao IRDI-Questionário e à CARS-BR nas crianças do grupo TEA (Tabela 10).

Não foi possível verificar correlação, a 5%, entre as variáveis na amostra estudada. Ainda, os valores das correlações foram de baixo (0,279) a desprezível (-0,051), conforme tabela abaixo. Esses testes indicam que o QI parece não ter grande relação com a gravidade da CARS ou do IRDI, pelo menos no grupo TEA.

Tabela 7 - Correlação de Pearson para a variável QI em relação ao IRDI-Questionário e à CARS-BR nas crianças do grupo TEA

Correlations				
		IRDI	CARS	QI
QI	Pearson Correlation	0,279	-0,051	1
	Sig. (2-tailed)	0,122	0,783	
	N	32	32	32

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como apenas 5 (cinco) crianças tiveram QI Funcionamento limítrofe (entre 70 e 85) contra 27 deficiência intelectual/retardo mental (igual ou inferior a 70) não é adequado comparar as pontuações por grupos.

Não se apresentou correlação significativa entre o IRDI-Questionário e o SON-R e entre a CARS-BR e o SON-R, o que reforça a hipótese de que ambos os instrumentos não têm seus resultados influenciados significativamente pela condição deficiência intelectual/retardo mental.

5. 6. Frequência de respostas dos IRDIs nos grupos típico e TEA

Considerou-se importante, ainda, assinalar alguns IRDIs que se destacaram nas respostas dos pais (Tabela de frequências - Anexo 8). Para este estudo, optou-se por apresentar a frequência e a ausência de alguns indicadores do grupo TEA, assim como a comparação das respostas dos pais nos dois grupos.

Os indicadores que se destacaram estão descritos abaixo e serão melhor trabalhados no item “Discussão”.

- IRDI 1 - “**Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Estabelecimento da demanda”).

- IRDI 5 - “**Há trocas de olhares entre a criança e a mãe**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Alternância Presença/Ausência”).

- IRDI 8 - “**A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua reação**” (Eixo “Presença/Ausência”).

- IRDI 9 - “**A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Presença/Ausência”).

- IRDI 11 - “**A criança procura ativamente o olhar da mãe**” (Eixos “Estabelecimento de demanda” e “Alternância Presença/Ausência”).

- IRDI 12 - “**A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforço**” (Eixos “Suposição do Sujeito”, “Estabelecimento de demanda” e “Alternância Presença/Ausência”).

- IRDI 13 - “**A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva**” (Eixos “Estabelecimento de demanda” e “Função Paterna”).

- IRDI 14 - “**A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção**” (Eixos “Estabelecimento de demanda” e “Suposição do Sujeito”).

- IRDI 15 - “**Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe**” (Eixo “Estabelecimento da demanda”).
- IRDI 16 - “**A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa**” (Eixo “Estabelecimento da demanda”).
- IRDI 17 - “**Mãe e criança compartilham uma linguagem particular**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Alternância Presença/Ausência”).
- IRDI 18 - “**A criança estranha pessoas desconhecidas para ela**” (Eixo “Função Paterna”).
- IRDI 19 - “**A criança possui objetos prediletos**” (Eixo “Estabelecimento da demanda”).
- IRDI 21 - “**A criança busca o olhar de aprovação do adulto**” (Eixo “Estabelecimento da demanda”).
- IRDI 22 - “**A criança aceita alimentação sólida, semi-sólida e variada**” (Eixo “Estabelecimento da demanda”).
- IRDI 26 - “**A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede**” (Eixo “Função Paterna”).
- IRDI 27 - “**A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Função Paterna”).
- IRDI 28 - “**A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai**” (Eixo “Função Paterna”).
- IRDI 29 - “**A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos**” (Eixo “Função Paterna”) apresentou 68,8% das respostas para “Nunca”.

6. DISCUSSÃO

Como já se assinalou, o objetivo deste trabalho foi investigar a sensibilidade do IRDI-Questionário, adaptação do instrumento IRDI (Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil), para detecção de sinais iniciais de TEA (Transtorno de espectro de autismo) e, tal na investigação de Machado (2013), confirmou-se uma sensibilidade de 96, 9% daquele instrumento para o referido transtorno, quando correlacionado aos dados obtidos pela CARS-BR.

As médias do IRDI-Questionário apresentaram-se diferentes, sendo que os IRDI do grupo TEA (85,09) são, em média, menores que os IRDI do grupo típico (129,32). Os grupos juntos mostraram alta correlação negativa entre os dois valores (valor de -,843), no entanto, ao separá-los, tem-se uma correlação apenas no grupo típico que, por sua vez, é moderada – correlação de -,380.

Os cálculos de sensibilidade e de especificidade dos diferentes pontos de corte possíveis, na curva ROC, apresentaram, ainda, valores de 97,5% de especificidade. E, apesar de ter-se confirmado a hipótese sobre a sensibilidade do IRDI-Questionário, deve-se pensar o resultado sobre a especificidade, que não foi propósito deste trabalho, com cautela.

Embora os cálculos referentes à curva ROC venham a apresentar, de praxe, tais valores, deve-se considerar o forte argumento de que o IRDI é um instrumento inespecífico para diagnóstico, além disso, tem-se a limitação, neste estudo, de não se ter investigado uma terceira condição psíquica, como deficiência intelectual-retardo mental, para, enfim, apresentar uma especificidade mais confiável.

Porém, mesmo considerando a inespecificidade diagnóstica do IRDI, tal como constatada na conclusão da pesquisa multicêntrica, buscou-se avaliar seu potencial

como instrumento de triagem para TEA, correlacionando-o com a CARS, que é uma escala que mede a gravidade dos sintomas autistas.

Procurou-se, em última análise, pensar se seria possível uma correlação significativa entre um instrumento de leitura de comportamentos utilizado pela Psiquiatria infantil – a CARS – e outro de base psicanalítica – o IRDI – que propõe uma leitura do funcionamento psíquico.

Pode-se responder, a princípio, que ambos se correlacionam quanto à possibilidade de detectar casos e não casos, porém, não se correlacionam quanto à detecção e/ou medição da gravidade dos sintomas autísticos e, isto, possivelmente, porque se propõem a medir fenômenos de naturezas diferentes.

Estamos, então, situando a especificidade do que se pretende medir e/ou observar. A CARS, mesmo que respondida pelos pais, se propõe a medir e/ou observar comportamentos específicos da criança com TEA. O IRDI, por sua vez, realiza uma observação de fenômenos que acontecem entre parceiros, geralmente bebês e suas mães. Esses fenômenos se interrelacionam e são interdependentes, corroborando a proposição de que a constituição subjetiva é, na verdade, intersubjetiva.

Lerner (2014) tem observado, a partir de realizações de pesquisas com o IRDI associado ao TEA e também de trabalho clínico com o referido instrumento, as altas associações entre instrumentos que avaliam TEA e o IRDI. O autor aponta o trabalho de Campana (2013), que observou que se uma criança tem um M-CHAT, que é um instrumento de triagem para TEA, com sinal de autismo, ela tem mais chances de ter indicadores ausentes no IRDI.

Portanto, esse é um dado importante, já que está de acordo com os resultados da presente pesquisa ao que se refere aos valores significativos de correlação/associação entre o IRDI-Questionário e a CARS o que, por sua vez, nos faz pensar na capacidade

do IRDI para, além de prever problemas de desenvolvimento, realizar leituras de comportamentos intersubjetivos, assim como de suas rupturas. A significativa sensibilidade do IRDI-Questionário para detectar sinais iniciais de TEA pode significar a capacidade do IRDI para leitura desses comportamentos intersubjetivos, que são constitutivos no estabelecimento do vínculo e também de experiências compartilhadas, os quais são muito afetados nos quadros de TEA.

Essas informações ressaltam o valor e a atualidade dos trabalhos com o IRDI, já que, como assinalado neste texto, as pesquisas que se propõem a observar sinais cada vez iniciais de TEA destacam que os déficits característicos do autismo seriam consequências, de longo prazo, de outros déficits mais sutis e precoces que sugerem a necessidade de investigação do desenvolvimento afetivo e intersubjetivo dos bebês nos primeiros 12 meses. (GARCIA e LAMPREIA, 2011; MAESTRO et. al, 2006; MURATORI et. al, 2005)

A discussão apresentada sobre a intersubjetividade e suas rupturas, assim como as relações possíveis entre intersubjetividade e os indicadores IRDI, pode nos servir para pensar que tanto a prática clínica como a pesquisa estão de acordo quando propõem que os sinais iniciais de TEA podem ser mais bem observados em termos de déficits no desenvolvimento e em rupturas intersubjetivas do que, de fato, como presença de sintomas autísticos em bebês. E não porque não seja possível observar tais sinais precocemente, mas, porque podem se apresentar de modo heterogêneo, não havendo, ainda, consenso sobre quais comportamentos observar (MURATORI et. al, 2005).

Portanto, se o comprometimento da atenção compartilhada é considerado um marcador do autismo já aos 18 meses, a partir de uma perspectiva desenvolvimentista (GARCIA; LAMPREIA, 2011), o que se propõe como detecção de sinais iniciais de TEA seria a avaliação dos precursores da atenção compartilhada que residiriam na

avaliação das interações diádicas, ou fase da intersubjetividade primária, caracterizadas pelas trocas afetivas entre os parceiros interacionais, que têm sido pouco examinadas nas pesquisas de identificação de risco para autismo.

Lerner (2011) já propunha que a interação do bebê com seus pais aciona operações psíquicas que levam à sofisticação de sua relação com os outros e de seu aparelho psíquico que podem resultar no estabelecimento das operações simbólicas. O autor, a partir de uma leitura psicanalítica sobre a constituição subjetiva, propõe que a interação psíquica entre o bebê e seus pais é de natureza simbólica, sendo que:

[...] é altamente provável que áreas neurológicas responsáveis pela sofisticação psíquica interajam intimamente com áreas neurológicas responsáveis por funções envolvidas na interação social. É possível que algumas áreas sejam responsáveis por ambas as funções, a fim de tornar a interação humana significativamente simbólica, diferentemente do que ocorre com outros animais. (p. 62)

Lerner também assinala a perspectiva de Aitken e Trevarthen (1997) de que a criança autista tem um distúrbio latente de intersubjetividade e de organização narrativa do pensamento. Para esses autores, o autismo deve ser visto como uma condição decorrente de dificuldades nas interações iniciais na qual o indivíduo afetado não conta com representações motivacionais referentes ao registro que faz da outra pessoa. Isso levaria as crianças autistas a interpretar a ação dos outros como não claramente distintas das suas próprias. Sobre essa questão, Lerner (2011, p. 69) afirma que:

[...] a deficiência ou ausência de representações motivacionais está associada à dificuldade de as crianças autistas simbolizarem os estímulos que fazem parte das interações com as pessoas. O sentido das motivações que a criança atribui ao outro e a si tem que decorrer de uma ação mental que o faz ir além de um mero registro sensorial. É tal simbolização que poderia levar a uma discriminação e a construção de uma reciprocidade entre os elementos semiológicos interpretados como correlacionados.

O autor desenvolve um pensamento segundo o qual o autismo seria um transtorno gerado por comprometimentos tanto de natureza biológica a como de natureza psíquica, sendo que tanto as limitações neurológicas iniciais do bebê com autismo como o comprometimento na constituição subjetiva que delas decorre acabam por transtornar a própria especialização neurológica, que deveria resultar da higidez de ambos os aspectos.

Em outras palavras, dado o comprometimento na instalação da constituição subjetiva, o psiquismo não se sofisticava, deixando dar sua cota de contribuição para a orientação da especialização e da sofisticação do sistema nervoso, que também se encontra prejudicado para tanto. A dificuldade de seguir o olhar de outrem apresentada por crianças com autismo pode ser entendida como decorrente dos comprometimentos neurológicos e da instalação da constituição subjetiva presentes destes quadros. A criança não chega a considerar os pais e a si como agentes psíquicos que possam se identificar; suas ações e atitudes não são experimentadas como plenas de significações mutuamente interpretáveis. (LERNER, 2011, p. 61)

Esses aspectos da constituição subjetiva que se faz pela via da intersubjetividade – ou pela via do Outro, em Psicanálise – são, portanto, passíveis de leitura pelos indicadores IRDI, daí o instrumento, mesmo em sua versão retrospectiva, apresentar uma significativa sensibilidade para os sinais iniciais de TEA, sem, no entanto, especificar o transtorno ou, em linguagem psiquiátrica, sem diagnosticá-lo.

Ainda sobre essa questão, Jerusalinsky (2015) acrescenta que a quebra ou a descontinuidade no reconhecimento recíproco entre o bebê e o seu cuidador primordial seria o ponto de falha precoce comum a todos de autismo. A partir de uma perspectiva psicanalítica, que se propõe a fazer a leitura do funcionamento psíquico do sujeito do inconsciente, esse desencontro seria chave para a instalação da criança numa posição autística.

O autor ainda destaca que não se trata de discutir e nem de determinar a causa do autismo, mas, pensar que, se para a Psicanálise a constituição do sujeito se dá pelas vias do Outro, na relação com este que a Psicanálise situará seu ponto fundamental de intervenção. É assim, portanto, que Jerusalinsky propõe que:

Essa intervenção não constitui nem uma promessa e nem uma culpa, mas uma chance, da qual o tratamento e o jovem sujeito terão que descobrir a medida de sua realização possível: a de falar de seu próprio desejo. Essa medida é impossível de saber a priori pelo simples motivo de que ela é diferente em cada um. Para tal tentativa, é necessário que o outro venha a suportar o retorno à relação e ao momento dessa relação no qual a criança se afastou ou viu-se afastada. Essa é a posição que o psicanalista oferece inicialmente na transferência no caso de um autista. (p. 31)

Se, na intervenção, porém, o bebê não pode falar, especialmente se este apresenta sinais de TEA, ele pode se posicionar na linguagem que, em Psicanálise, não é somente a fala, mas, de que lugar esse sujeito fala – um lugar próprio, uma ecolalia –, sendo que esta posição na linguagem também está referida ao Outro. Olhar para o olhar da mãe, desejar o seu desejo, compartilhar uma linguagem peculiar com ela – qué mamá, qué têtê –, implicam uma posição do bebê na linguagem, independente se este já está falando ou não.

Voltando aos resultados estatísticos, vale destacar um dado incidental sobre a correlação, mesmo que moderada, dentro do grupo típico – lembrar que a mesma correlação não foi encontrada no grupo TEA, o que implica afirmar que, diferente da CARS, o IRDI-Questionário não é capaz de discriminar gravidade dentro do grupo TEA.

Esse dado incidental se destaca porque, de certa forma, pode apontar que quanto pior o resultado da criança nos escores da CARS, mais problemas de desenvolvimento ela apresentará no IRDI-Questionário.

Outro resultado importante que se apresentou foi a inexistência de correlação significativa entre o IRDI-Questionário e o SON-R e entre a CARS-BR e o SON-R no grupo TEA, o que reforça a hipótese de que ambos os instrumentos não sofrem interferência significativa da condição deficiência intelectual/retardo mental. No entanto, somente teríamos maior certeza de que tal variável não influenciou as respostas dos pais ao IRDI-Questionário se tivéssemos trabalhado com um grupo de crianças que apresentassem a condição deficiência intelectual/retardo mental sem diagnóstico de TEA. Este seria um estudo importante para dar continuidade à esta pesquisa, pois, permitiria verificar a especificidade do IRDI-Questionário para TEA.

Quanto aos indicadores, podem-se pensar algumas maneiras de analisa-los, tais como: pela comparação entre os grupos, pela significativa porcentagem de respostas “Nunca” e “Raramente” como pela ausência ou baixíssima porcentagem de respostas para “Sempre”. Também foi possível notar que todos os indicadores destacados representaram a expressão do encontro com o Outro, ou seja, a expressão dos comportamentos intersubjetivos (ou de suas rupturas, no caso do grupo TEA).

IRDI 1 - “**Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Estabelecimento de demanda”). Este indicador se refere ao sentido do grito da criança pela mãe (PESARO, 2010) e inaugura todo um funcionamento de linguagem que está relacionado à capacidade interpretativa materna. No grupo típico, 69% dos cuidadores responderam que sempre sabiam o que a criança queria quando esta chorava ou gritava, já no grupo autista, este número caiu para 15,6%. As respostas, no grupo autista, parecem não estar necessariamente relacionadas a dificuldades especiais dessas mães em supor sujeito em seu bebê, mas, sobretudo às respostas daquelas aos comportamentos “diferentes” dessas crianças. Por exemplo, a mãe da criança TEA parece não se ater ao sentido da pergunta no que esta propõe

discutir sua capacidade interpretativa com o bebê, mas, logo responde que seu bebê quase não chorava ou chorava muito, fato este que lhe traz dificuldades para reconhecer as ações da criança.

O IRDI 5 - “**Há trocas de olhares entre a criança e a mãe**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Alternância Presença/Ausência”) apresentou 88,1% das respostas para “Sempre” no grupo típico e apenas 12,5% destas mesmas respostas no grupo TEA.

Como já assinalado, a importância do olhar para a constituição psíquica está presente, na teoria psicanalítica, desde as concepções do estágio do espelho e do outro como refletindo a imagem à qual a criança se lançará.

O IRDI 8 - “**A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua reação**” (Eixo “Alternância Presença/Ausência”) apresentou 3,1% de respostas para “Sempre” no grupo TEA; o IRDI 12 - “**A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforço**” (Eixos “Suposição do Sujeito”, “Estabelecimento de demanda” e “Alternância Presença/Ausência”) teve como resultado 42,9% das respostas para “Sempre” no grupo típico e 9,4% dessas respostas no grupo TEA e o IRDI 13 - “**A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva**” (Eixos “Estabelecimento da demanda” e “Função Paterna”), que apresentou 46,9% das respostas para “Raramente” no grupo TEA, apontam as antecipações imaginárias da mãe em relação à criança que, por sua vez, se precipita e se lança a essas antecipações produzindo realizações concretas, tal como dar os primeiros passos. É importante, nesse contexto, que a mãe deixe um espaço para a criança vir a responder como sujeito.

O IRDI 9 - “**A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases**” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Alternância Presença/Ausência”) apresentou 0% das respostas para “Sempre” e 0% para “Muitas vezes” no grupo TEA contra 85,7% das mesmas respostas no grupo típico e o IRDI 17 - “**Mãe e criança compartilham uma**

linguagem particular” (Eixos “Suposição do Sujeito” e “Alternância Presença/Ausência”) recebeu 76,2% de respostas para “Sempre” no grupo típico e 12,5% das mesmas no grupo TEA. Esses indicadores representam a nomeação que permite que os objetos – como objeto mãe – se mantenham presentes na ausência. Trata-se de uma atividade que está na origem da linguagem.

Assim se, em um primeiro momento, o outro materno captura o bebê e o insere no universo da linguagem, no segundo momento,

[...] o bebê começa a sair de sua passividade e de reação corporal simultânea à voz da mãe e começa a fazer sons mais aperfeiçoados que o grito, tais como a lalação e o gorgear, procurando alucinar a voz da mãe quando esta se afasta. Quando está sozinho no berço, o bebê presentifica a mãe com esses sons. (PESARO, 2010, p. 59)

O IRDI 11 - **“A criança procura ativamente o olhar da mãe”** (Eixos “Estabelecimento de demanda” e “Alternância Presença/Ausência”) 78,6% das respostas para “Sempre” no grupo típico e 15,6% das mesmas no grupo TEA. Este indicador se refere à instalação do que foi proposto aqui por terceiro tempo do circuito pulsional e está diretamente relacionado à atenção compartilhada, que é demonstrada quando, por volta dos nove meses, o bebê olha para aquilo que o outro aponta (PESARO, 2010)

O IRDI 14 - **“A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção”** (Eixos “Estabelecimento de demanda” e “Suposição do Sujeito”) apresentou 3,1% das respostas para “Sempre” e 0% para “Muitas vezes” no grupo TEA contra 69% das respostas para “Sempre” no grupo típico. Este é um indicador que representa que a mãe supõe que a criança é capaz de produzir demandas que são endereçadas exclusivamente para ela.

O IRDI 16 - “**A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa**” (Eixo “Estabelecimento de demanda”) apresentou 69% das respostas para “Sempre” no grupo típico e 15,6% das mesmas respostas no grupo TEA. Indica que, ao ocorrer uma mudança das necessidades da criança para uma preferência (gostar ou não), os pais podem reconhecer que o filho é um outro diferente deles e que consegue, como sujeito, dizer algo sobre si (PESARO, 2010)

O IRDI 18 - “**A criança estranha pessoas desconhecidas para ela**” (Eixo “Função Paterna”) apresentou 75% das respostas para “Nunca” no grupo TEA contra 3,1% das respostas para “sempre” no mesmo grupo. Pesaro (2010) ressalta que este indicador representa o estranhamento, que é resultado do processo de simbolização da mãe e que possibilita o advento da mãe real para o bebê, sendo, portanto, quando este reconhece a importância de seu cuidador primordial. O não estranhamento, por sua vez, “consiste numa falha (dessa) relação objetal: a mãe não adquiriu uma consistência real para o bebê e este não pode simbolizá-la”. (PESARO, 2010, p. 57) Este indicador também é importante para observar as dificuldades no processo de diferenciação eu-outro.

O IRDI 22 - “**A criança aceita alimentação sólida, semi-sólida e variada**” (Eixo “Estabelecimento de demanda”) apresentou 78, 1% das respostas para “Nunca” no grupo TEA e 66,7% para “Sempre” no grupo típico. Os problemas de alimentação, tais como restrições e seleções, são sintomas comuns das crianças TEA. A aceitação de alimentação variada seria tanto indício da entrada da criança no campo cultural como também um posicionamento ativo desta referente à eleição e à procura do alimento que lhe agrade.

O IRDI 26 - “**A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede**” (Eixo “Função Paterna”) apresentou 68,8% das respostas para “Nunca”

no grupo TEA. O fato de a mãe não se sentir obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede indica que aquela está assujeitada a uma exterioridade que regula sua relação com a criança. (PESARO, 2010) Essa exterioridade pode ser representada pela cultura e pelo desejo da mãe por objetos que estão para além da criança.

O IRDI 29 - **“A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos”** (Eixo “Função Paterna”) apresentou 68,8% das respostas para “Nunca” no grupo TEA. É um indicador que representa as interrogações que a mãe propõe ao filho. Pedir que o filho nomeie seu desejo implica que este não estaria mais submetido apenas às interpretações maternas. Além disso, a mãe também demonstra não se contentar mais apenas com as pequenas produções da criança, tais como sílabas ou gestos. A mãe, além disso, passa a confrontar a criança com as leis da linguagem, mostrando ao filho que não se pode utilizar os sons de forma arbitrária.

Sobre tal questão, Pesaro (2010, p. 68) afirma que “A mãe introduz a criança no pacto que constitui a nomeação, que faz com que dois sujeitos, ao mesmo tempo, concordem em reconhecer o mesmo objeto.”

Não se propôs, neste estudo, observar quais eixos teóricos do IRDI se sobressaíam nas respostas dos cuidadores da criança TEA, no entanto, pode-se observar que o eixo “Suposição de Sujeito”, que registra as ações maternas em direção à criança, não apresentou muitas respostas “Nunca”; ou seja, as ações maternas de supor sujeito no bebê que se tornou autista estão presentes.

Para concluir, deve-se assinalar que o IRDI-Questionário, neste estudo, mostrou-se um bom instrumento de rastreamento de problemas de desenvolvimento associados à TEA. Esses problemas de desenvolvimento associados à TEA para os quais o instrumento é sensível parecem estar relacionados às rupturas intersubjetivas precoces na relação entre os bebês e seus cuidadores.

Como não se observou correlação significativa dentro do grupo TEA, não se pode pensar o IRDI como instrumento para avaliar a gravidade dos sintomas referentes ao transtorno especificamente, o que reforça os resultados da pesquisa multicêntrica de que se trata de um instrumento inespecífico para diagnóstico. Porém, pode-se apresentar como um operador de leitura de comportamentos intersubjetivos bebê e cuidadores através de uma gradação que, no caso, vai de “Nunca” (1) a “Sempre” (5). Ou seja, os IRDI se apresentam como um instrumento de detecção de sinais iniciais associados à expressão futura do quadro de TEA, já que podem viabilizar a observação de comportamentos intersubjetivos e de suas rupturas.

Diante dos resultados – correlação de 84% IRDI e CARS entre os grupos típico e TEA – pode-se afirmar, ainda, que o IRDI, um instrumento que tem a Psicanálise como construto teórico-clínico e que avalia a constituição do vínculo e as condições psíquicas do bebê, pode contribuir para a compreensão do diagnóstico de TEA em Psiquiatria infantil. Observou-se, portanto, uma alta correlação entre um instrumento que considera a noção de sujeito do inconsciente, avaliando suas condições psíquicas, e outro, de uso psiquiátrico, que avalia categorias comportamentais específicas dos TEA.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa corroborou os resultados da pesquisa de Machado (2013) sobre a sensibilidade do IRDI-Questionário para detecção de sinais iniciais de TEA. Acrescenta-se a este resultado sua capacidade como instrumento de rastreamento de problemas de desenvolvimento associados à TEA. Esses problemas de desenvolvimento associados à TEA para os quais o instrumento é sensível parecem estar relacionados às rupturas intersubjetivas precoces na relação entre os bebês e seus cuidadores.

Vale lembrar que, apesar de várias pesquisas avançarem em relação ao conhecimento de possibilidades de identificação de sinais associados ao TEA no primeiro ano de vida, ainda que não há consenso sobre quais comportamentos observar (MURATORI et. al, 2005). Por isso, o enfoque dessas pesquisas muitas vezes não estaria apenas na presença dos sinais, mas, também, nos déficits do desenvolvimento típico. Esses déficits podem estar na fragilidade do bebê em iniciar uma interação social ou mesmo nas rupturas de experiências intersubjetivas, sendo estes alguns marcadores para o desenvolvimento social atípico. Além disso, pesquisas recentes têm encontrado evidências que indicam ser o comprometimento do desenvolvimento afetivo um marcador específico do autismo e o déficit que afetaria o desenvolvimento da atenção compartilhada, cujas falhas sinalizam o risco de detecção de sinais do transtorno entre 18 e 24 meses (GARCIA e LAMPREIA, 2011).

Como o IRDI teve demonstrada sua capacidade de prever problemas de desenvolvimento e psíquicos aos três anos, pode-se pensar que os próprios indicadores podem servir como operadores de leitura desses déficits no desenvolvimento associados à futura configuração de um quadro de TEA. Além disso, sua capacidade de prever problemas psíquicos aos três anos também pode servir como leitura da evolução de

psicopatologias graves da infância, tais como os distúrbios globais do desenvolvimento. Deve-se ressaltar, ainda, que o instrumento não especifica diagnóstico.

De um modo geral, IRDI pode ser utilizado por pesquisadores interessados em explorar esse campo nascente e contribuir para o estudo das psicopatologias da primeira infância, sendo que os resultados da Dissertação de Campana (2014) corroboram a proposição de que o IRDI consegue detectar os sinais de crianças que estão se desenvolvendo em um percurso autístico.

Quanto às limitações deste estudo, deve-se destacar que resultados mais confiáveis quanto à sensibilidade do IRDI-Questionário para detecção de sinais iniciais de TEA poderiam ter sido obtidos caso houvesse uma amostra maior, assim como a inclusão de mais um grupo controle.

Como se trata de um questionário retrospectivo, deve-se, ainda, considerar a influência da memória dos pais em suas respostas ao instrumento, pois, é necessário ponderar que a condição atual da criança pode confundi-los quanto à fidedignidade de acontecimentos passados. Neste sentido, ressalta-se que o IRDI original ainda se mostra a melhor opção para acompanhamento longitudinal do desenvolvimento de bebês que podem vir a apresentar um quadro de TEA.

É sempre importante lembrar que, como o diagnóstico de TEA é clínico, este deve estar sempre associado aos resultados dos instrumentos propostos. Assim, diante de alguns resultados desta pesquisa – correlação de 84% IRDI-Questionário e CARS-BR entre os grupos típico e TEA – pode-se afirmar que o IRDI, um instrumento que tem a Psicanálise como construto teórico-clínico e que avalia a constituição do vínculo e as condições psíquicas do bebê, pode contribuir para a compreensão do diagnóstico de TEA em Psiquiatria infantil.

Observou-se, em última instância, uma alta correlação entre um instrumento que considera a noção de sujeito do inconsciente, avaliando suas condições psíquicas, e outro, de uso psiquiátrico, que avalia categorias comportamentais específicas dos TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITKEN, K. J. & TREVARTHEN, C. (1997). **Self-Other Organization In Human Psychological Development**. *Development and Psychopathology*, 9, 651-675.

ASSUMPÇÃO, F. (2014) **O diagnóstico nos transtornos do espectro autístico**. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. In: Coelho, B M (Org.). Novo Hamburgo: Sinopsys.

ASSUMPÇÃO, F (2015). **Sinais precoces do sofrimento psíquico**. Manual de Pediatria do Desenvolvimento e do Comportamento. Barueri, SP: Manole.

BRENTANI et. al (2013). **Transtorno do espectro de autismo: uma visão geral sobre o diagnóstico e o tratamento**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

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

CORSELLO, C. M. (2005). **Early intervention in autism**. *Infants and Young Children*, 18(2), 74-85.

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

DE ARAÚJO, G. X.; LERNER, R. (2010) **Discussão da noção de intersubjetividade à luz de contribuições da Psicanálise**. *Reverso*, 60, 35-42.

DI PAOLO, AF. (2010). **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 de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.

FREUD, S. (1915). **Os instintos e suas vicissitudes**. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. VII.

FREUD, S. (1905). **“Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”**. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. VII.

GARCIA; LAMPREIA (2011). **Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 24, núm. 2, 2011, pp. 300-308. Porto Alegre.

JERUSALINSKY, A N (1987). **Escritos da criança**. Porto Alegre.

JERUSALINSKY, A N (2008). **Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de 3 anos - AP3**. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

JERUSALINSKY, A N (2015). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage.

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

KUPFER et al. (2003). **Apostila Para Capacitação de Pediatras da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos e Risco para o Desenvolvimento Infantil**. Produção técnica não publicada.

KUPFER, M.C.M.; JERUSALINSKY, A.N.; BERNARDINO, L.F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.S.P.; MOLINA, S.E.; SALES, L.M.; STELLIN, R.; PESARO, M.E.; LERNER, R. (2009) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath**, 6(1): 48-68.

KUPFER, MCM., BERNARDINO, LMF., JERUSALINSKY, NA., ROCHA, PSB., LERNER, R.; PESARO, ME. (2008) A pesquisa IRDI: resultados finais. In: Lerner, R.; Kupfer, MCM. (Org.). Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: FAPESP/Escuta.

KUPFER, M.C. et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath*. Online, 6(1), p. 48-68.

KUPFER, MCM., JERUSALINSKY, NA., BERNARDINO, LMF., WAMDERLEY, DB., ROCHA, PSB., MOLINA, S., et al. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 13, 31-52.

KUPFER, M C M; VOLTOLINI, R. (2005) **O uso de indicadores em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual**. Psicologia: teoria e pesquisa.

LACAN, J. (1957). **O seminário, livro 4: A relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

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

LAZNIK, M. C.; MAESTRO, S.; MURATORI, F.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Interações sonoras entre bebês que se tornaram autistas e seus pais. In: BERNARDINO,

L. F. (2006) **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta.

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

MACHADO (2013). **Avaliação da sensibilidade do IRDI-questionário para rastreamento de TEA**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo.

MAESTRO, S., MURATOTI, F., CESARI, A., CAVALLARO, M., PAZIENTE, A., PECINI, E., GRASSI, C., MANFREDI, A., SOMARIO, C. Course of autism signs in the first year of life. (2005) **Psychopathology**, (38): 26–31.

MAESTRO S., MURATORI F., CESARI A., PECINI C., APICELLA F., STERN D. (2006) A view to regressive autism through home movies. Is early development really normal? **Acta Psychiatr Scand**, 113:68–72.

MOTA (2015). **Identificação de transtornos do espectro de autismo com Child Behavior Checklist (CBCL): evidências de sensibilidade**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.

MURATORI, F.; MAESTRO, S.; LAZNIK, M.C. (2005) Les interactions sonores dans Le contexte de La recherche sur l'autisme à partir des films familiaux. *In*: CASTARÉDE, M.F.; KONOPCZYNSKI, G. **Au commencement était la voix**.- p.183 – 189.

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

NOGUEIRA, S E; MOURA, M L S (2007). **Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007; 17(2): 128-138.

PEREIRA, A.; RIESGO, R.S.; WAGNER, M.B. (2008) Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. **Jornal de Pediatria**, 84(6).

PESARO, M.E. (2010) **Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

SHOPLER, E., REICHLER, R. J., DEVELLIS, R. F., DALY, K. (1980) Toward Objective Classification of Childhood Autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). **Journal of Autism and Developmental Disorders**, (10): 91-103.

LAROS et al (2013). **Utilizando o teste não verbal de inteligência SON-R 2 ½ - 7 [a] para avaliar crianças com Transtornos do Espectro do Autismo**. Revista Educação Especial | v. 26 | n. 47 | p. 603-618 | set./dez. 2013. Santa Maria

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

VOLKMAR, F. R.; PAULS, D. (2003) **Seminar Autism**. Lancet.

WINNICOTT (1975). **O brincar e a Realidade**. Imago. Rio de Janeiro.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo IRDI (Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil)

Idade em meses: 0 a 4 incompletos

Indicadores	Eixos
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)	SS
3. A criança reage ao manhês	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe	SS/PA

Idade em meses: 4 a 8 incompletos

6. A criança começa a diferenciar o dia da noite	ED/PA
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	ED
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta	ED/PA
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	SS/PA
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	ED
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe	ED/PA
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	SS/ED/PA
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	ED/FP

Idade em meses: 8 a 12 meses incompletos

14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção	ED/SS
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	ED
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	ED
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	SS/PA
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	FP
19. A criança possui objetos prediletos	ED
20. A criança faz gracinhas	ED
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto	ED
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada	ED

Idade em meses: 12 a 18 meses

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

ANEXO II

IRDI-Questionário

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

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

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

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

Informante:

☐ Pai ☐ Mãe

Grau de instrução:

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

Sexo da criança:

☐ Masculino ☐ Feminino

Data de nascimento da criança:

Diagnóstico médico da criança:

Faixa etária (0 a 4 meses)

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

03- A criança reagia ao manhês.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (4 a 8 meses)

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

07- A criança utilizava sinais diferentes para expressar diferentes necessidades.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

11- A criança procurava ativamente o olhar da mãe.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (8 a 12 meses)

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

17- Mãe e criança compartilhavam uma linguagem particular.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

18- A criança estranhava pessoas desconhecidas para ela.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

19- A criança possuía objetos prediletos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

20- A criança fazia gracinhas.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

Faixa etária (12 a 18 meses)

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

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

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐ Não lembro

ANEXO III

Versão em português da CARS - (Childhood Autism Rating Scale)

I. Relações pessoais:

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

II. Imitação:

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

III. Resposta emocional:

1. Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta;

2. Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. Às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor;

3. Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção;

4. Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas à situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.

IV. Uso corporal:

1. Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade;

2. Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns;

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

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

V. Uso de objetos:

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

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

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

4. Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com

maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.

VI. Resposta a mudanças:

1. Respostas à mudança adequadas à idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva;
2. Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais;
3. Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada;
4. Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva

VII. Resposta visual:

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

VIII. Resposta auditiva:

1. Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos;
2. Respostas auditivas levemente anormais: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos;

3. Respostas auditivas moderadamente anormais: As respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano;

4. Respostas auditivas gravemente anormais: A criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.

IX. Resposta e uso do paladar, olfato e tato:

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

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

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

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

X. Medo ou nervosismo:

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

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

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

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

XI. Comunicação verbal:

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

2. Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão

pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente;

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

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

XII. Comunicação não verbal:

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

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

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

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

XIII. Nível de atividade:

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

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

3. Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se;

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

XIV. Nível e consistência da resposta intelectual:

1. A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns;
2. Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas;
3. Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais;
4. Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.

XV. Impressões gerais:

1. Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo;
2. Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo;
3. Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo;
4. Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo.

Pode ser pontuada utilizando valores intermediários = 1,5; 2,5; e 3,5.

15-30 = sem autismo 30-36 = autismo leve-moderado 36-60 = autismo grave

ANEXO IV - Formulário SON-R 2-7

SON-R 2½-7[a]

Teste Não-verbal de Inteligência

J. A. Laros, P. J. Tellegen, G. R. de Jesus, & C. A. Karino

Nome: _____ Data de aplicação: ____ / ____ / ____

Sexo: Masc / Fem

Idade: ____; ____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Código:

Instituto:

Departamento:

Série/Ano escolar:

Avaliador:

Subtestes	B	Idade Ref.	N	N
1. Mos	—	____; ____	—	Mos (EE)
	—		—	
2. Cat	—	____; ____	—	Cat (ER)
	—		—	
3. Sit	—	____; ____	—	Sit (ER)
	—		—	
4. Pad				Pad (EE)

ESCORE	IdadeRef.	N	(80%-int)
TOTAL			
SON-EE	____; ____	—	(____ - ____)
SON-ER	____; ____	—	(____ - ____)
SON-QI	____; ____	—	(____ - ____)

Observações/Comentários (1=bom; 2=variável; 3=mediocre; 4=pobre)

Motivação	(___)	_____
Concentração	(___)	_____
Cooperação	(___)	_____
Compreensão das instruções	(___)	

PROCEDIMENTO DE ENTRADA

Item 1: crianças de 2 e 3 anos

Item 3: crianças de 4 e 5 anos (pré-escola)

Item 5: crianças de 6 e 7 anos (1º e 2º ano escolar)

1. MOSAICOS

Parte I: itens 1-6

Somente os quadrados vermelhos são utilizados. O número de quadrados varia por item e é dado à criança somente o número de quadrados necessários para completar o item. A 'Inversão' da figura é contada como correto.

Item 1-3: A moldura é utilizada tanto pelo avaliador quanto pela criança. **Começando o item 4,** o avaliador retira sua moldura e não demonstra mais os itens. **Item de entrada 5:** apenas uma moldura para a criança.

Parte II: exemplo A

Introduza os quadrados amarelos. Demonstre o exemplo A na moldura da criança. Iniciando com o exemplo A, apresente os quadrados na caixa e permaneça com o terceiro compartimento fechado.

Parte III: itens 7-15

Tempo limite: 2 minutos e meio por item.

Na parte II, o subteste é também interrompido quando dois erros consecutivos são cometidos.

Introduza os quadrados vermelhos/amarelos antes de iniciar o item 9, os três compartimento passam a ficar abertos.

--	--	--	--	--	--

A

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Escore

--	--

2. CATEGORIAS

Parte I: itens 1-7

Os cartões com os números 1 e 2 são feitos pelo avaliador no **item 1**. A criança coloca os cartões numerados de 3 ao 6. Os cartões com número 1 e 2 também são feitos pelo avaliador nos **itens 2 ao 5**. Nestes itens, a criança coloca os cartões numerados de 3 a 8. **A partir do item 6**, o avaliador não demonstra os cartões.

Parte II: exemplo A

Introduza o exemplo A primeiro e depois deixe a criança fazer o item sozinha.

Parte III: itens 8-15

Dirija a atenção da criança para a página à sua direita e, depois, coloque os cartões numerados do 1 ao 5 na página à esquerda. A criança deve escolher os dois cartões corretos para pontuar no item. Nos itens 10 e 11, use a cartolina amarela para cobrir as opções de resposta, apresente o problema e agora a criança tem que apontar os cartões corretos. A criança deve apontar para os dois cartões corretos para pontuar no item. A cartolina amarela não é mais utilizada a partir do item 12.

--	--	--	--	--	--

A

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Escore

--	--

3. SITUAÇÕES

Parte I: itens 1-6

Coloque o cartão 1 no lugar correto e deixe a criança colocar os cartões 2-4 nos lugares restantes.

Parte II: exemplo A

Dirija a atenção da criança para a página a sua direita. Coloque os cartões do 1 ao 5 na página à sua esquerda. Demonstre o exemplo e também deixe a criança fazê-lo.

Parte III: itens 7-14

Nos itens 7 e 8, os cartões são posicionados na página à sua esquerda e a criança escolhe. Nos itens 9 e 10, as alternativas são, inicialmente, encobertas com a cartolina amarela, dirija a atenção da criança para o desenho e, depois, mostre as alternativas. Iniciando com o item 11, a cartolina amarela não é mais utilizada. No item 12, ambas as figuras devem estar corretas, o correto posicionamento na figura maior não é necessário.

--	--	--	--	--	--

A

--	--	--	--	--	--	--	--

Escore

--	--

4. PADRÕES

Parte I: itens 1-10

Demonstre o desenho nos itens de 1 a 10. Preste atenção na direção em que deve ser desenhado. A criança copiará o desenho.

Parte II: itens 11-16

Tempo limite: 2 minutos e meio por item.

Na parte II, o subteste é interrompido quando dois desenhos consecutivos são feitos incorretamente.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Escore

--	--

ANEXO V - TCLE

Universidade de São Paulo

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Aprimoramento do IRDI-Questionário em sua sensibilidade para detecção de sinais iniciais de TEA (transtorno de espectro de autismo)

Pesquisador responsável: Carolina Valério Barros (IP-USP)

Orientador responsável: Prof. Dr. Rogério Lerner (IP-USP)

Aos pais ou responsáveis,

Para saber mais e para tratar melhor algumas questões sobre o desenvolvimento infantil, como o autismo, estou realizando esta pesquisa, acompanhando crianças e seus pais. Sabendo mais sobre o desenvolvimento infantil, pediatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde poderão auxiliar as crianças a crescerem melhor, com mais saúde e receberem tratamento adequado, quando necessário. Por isso, convido o senhor(a) a colaborar com a presente pesquisa, por meio de conversa, para o preenchimento do instrumento IRDI-Questionário e da *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), e também seu filho, a participar do teste de inteligência não-verbal SON-R 2½-7[a]. A aplicação desses instrumentos não envolve nenhum risco para você ou para seu filho. A entrevista terá no máximo 60 minutos. Garanto que todos os dados pessoais serão mantidos em sigilo e servirão somente para este estudo. Os resultados da pesquisa serão apresentados em publicações e em eventos científicos, sem identificação dos participantes. O (a) senhor (a) tem total liberdade de se recusar a participar desta pesquisa ou mesmo de deixar de participar quando considerar necessário, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo de minha parte, inclusive, em momento algum, o (a) senhor (a) e seu filho deixarão de ser atendidos nesta unidade de saúde caso não participem desta pesquisa. Cabe informar, ainda, que sua participação nesta pesquisa não será remunerada. O senhor (a) também receberá, para sua garantia, uma via deste documento.

Desde já, eu, Carolina Valério Barros, coloco-me à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Para isso, o senhor(a) pode utilizar o meu telefone (11) 95487-5434, pois, sou a pesquisadora responsável por esta pesquisa.

Eu, _____, declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Para maiores esclarecimentos, dúvidas e denúncias quanto às questões éticas, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo através do telefone (11)3091- 4182.

Nome do sujeito da pesquisa ou responsável legal: _____

RG: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____