UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

EDNA MÁRCIA KOIZUME BRONZATTO

**Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de Indicadores Clínicos
para o Desenvolvimento Infantil na avaliação de bebês em risco para
autismo**

**SÃO PAULO
2013**

EDNA MÁRCIA KOIZUME BRONZATTO

**Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de Indicadores Clínicos
para o Desenvolvimento Infantil na avaliação de bebês em risco para
autismo**

Versão Corrigida

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

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Humano

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lerner

**SÃO PAULO
2013**

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

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

Bronzatto, Edna Márcia Koizume.

Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil na avaliação de bebês em risco para autismo / Edna Márcia Koizume Bronzatto; orientador Rogério Lerner. -- São Paulo, 2013.

118 f.

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

1. Psicanálise 2. Desenvolvimento infantil 3. Autismo 4. Psicopatologia da criança 5. Risco I. Título.

RJ506.A9

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRONZATTO, EDNA MÁRCIA KOIZUME

**Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de Indicadores Clínicos
para o Desenvolvimento Infantil na avaliação de bebês em risco para
autismo**

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

Dissertação defendida e aprovada em ____/____/____

Prof. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

À Deus, por tudo valer a pena
Ao meu marido amado, por seu amor e por
mergulhar comigo na vida
Ao meu filho amado Arthur, por me ensinar as
importâncias e desimportâncias da vida

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre me ensina coisas como: *“Do que adianta o homem ganhar o mundo mas perder a sua alma?”* (Marcos 8:36) e por confirma coisas como: *“O Amor é a única coisa que cresce à medida que se reparte”* (Antoine de Saint-Exupéry). Eu te amo, meu Deus.

Ao meu marido, por seu amor, por ser meu melhor amigo, paixão, companheiro, incentivador, com quem iniciei minhas melhores escolhas: partilhar minha vida e como essa decisão se multiplicou nas melhores coisas que a vida pode ter. Meus mais profundos e sinceros agradecimentos por mergulhar por inteiro comigo na vida e por juntos falarmos a língua do amor. Por sua paciência, dedicação, incentivo, força, presença sensível e por ser infinitamente mais do que eu espero. Eu te amo, meu amor.

Meu filho, vieste com a natureza, *com as mãos camponesas plantadas em mim*, vieste com a cara e a coragem, *com malas, viagens pra dentro de mim...meu amor*. Vieste a hora e a tempo, *soltando meus barcos e velas ao vento*, vieste me dando alento, *me olhando por dentro*, velando por mim. Vieste de olhos fechados, *num dia marcado e sagrado pra mim*.

Ao meu bebê, filho, amor meu, poeta da infância que me ensina a ser mãe, deixou dentro de mim a fertilidade para a poesia, a música, produziu em mim um olhar outro sobre os pequeninos, sobre a vida. Meus profundos, intensos e sinceros agradecimentos por sua presença, por transformar e ressignificar minha vida inteira, por me ensinar quando ainda não dizia uma única palavra...o indizível do amor, a grandeza do ínfimo, as importâncias e desimportâncias da vida e por me fazer ver com os olhos da alma que nosso quintal é maior do que o mundo. Eu te amo, meu filho.

Meu marido e filho amados e queridos, esse momento de mais uma conquista juntos é muito importante pra mim, mas sinto profundamente e verdadeiramente que é tão meu quanto de vocês, amáveis e longânimos, que são essa grande conquista consegue ser ínfima diante da soberania e da importância do que construímos juntos todos os dias, do que significamos uns para os outros, dos sabores, odores e cores que juntos fazemos a vida ter. Obrigada por me deixarem ser livre, por eu não precisar me justificar e nem fazer sentido, mas apenas ser eu mesma.

À amável, querida e companheira amiga Angela, que vê em mim a clínica com bebês e que tornou os dias difíceis caminho de flores, que me apresentou Manoel de Barros e com quem

construí cidades invisíveis, com quem partilhei de muitos momentos especiais nas nossas inesquecíveis caronas-viagens; partilhamos juntas bancos de praças inventadas, com quem numa sombria manhã de inverno debaixo de uma enorme tempestade e de um pequeno guarda-chuva, pudemos rir através do aquecimento que nossa amizade traz aos nossos corações apesar das intempéries do tempo, às vezes, da vida e com quem posso dizer que Budapeste é perto e Paris fica situada numa esquinazinha ali perto de casa, diante da longitude que nossos sonhos podem alcançar.

Às queridas amigas Carolina e Angela, pelo carinho, dedicação, boa vontade em ler, corrigir e ter sua participação nesse trabalho e nos mais diversos momentos desse processo.

Ao querido psicanalista, Marcelo Checcia, a quem posso seguramente chamar de amigo por sua presença sensível que em momentos cruciais, contribuiu com seu saber, seu apoio, seu esforço e extrema boa vontade, meus sinceros e profundos agradecimentos.

Ao meu irmão, que tem uma participação profunda e singular no meu percurso.

Aos meus pais que fazem e sempre farão parte de todo o meu percurso.

Aos meus muitos e queridos amigos, que estão nos “bastidores”, mas tem toda participação em fazer a vida brilhar em mim e que moram no profundo do meu coração; Karina e André, Fabrício e Simone, Dna. Guiomar, Luís e Fabiana, Mateus e a pequena Raquel, Letícia, Daniela, Alexandre, Barca e Patrícia, Dna. Vera, Taty, que me enriquecem a vida, edificam, incentivam e amam com tanto carinho, delicadeza e força e que fazem na minha vida toda a diferença.

Ao meu orientador, Rogério Lerner, pela oportunidade e por ser realmente verdadeiro quando disse que não cobraria de mim mais do que eu pudesse conceder.

À todas as meninas do grupo de pesquisa, por partilharem suas histórias e seus momentos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de auxílio técnico e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

À todos vocês meus mais profundos, sinceros e amáveis agradecimentos. Muito, muito obrigada!!!

Um trabalho, quando não é ao mesmo tempo
uma tentativa de modificar o que se pensa e
mesmo o que se é, não é muito interessante.
Michel Foucault

RESUMO

BRONZATTO, E. M. K. **Estudo exploratório sobre o uso do protocolo de Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil na avaliação de bebês em risco para autismo.** 2013. 118 fl. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

A pedido do Ministério da Saúde foi desenvolvido e validado um protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) capaz de detectar sinais de risco para problemas de desenvolvimento e psíquicos em bebês de 0 a 18 meses.

Os estudos do grupo do qual esta pesquisadora fez parte focam a avaliação de bebês irmãos de autistas, que, segundo a literatura, por serem irmãos de crianças diagnosticadas, podem apresentar risco de problemas psíquicos e de desenvolvimento. No decorrer do trabalho, o campo foi ampliado e passou a compreender Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Centro de Referência da Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo e o Centro Lumi.

A partir do contato com as famílias em avaliação, mudamos o foco da presente pesquisa. Os aspectos concernentes à função paterna mobilizaram intensamente o interesse da pesquisadora e as questões comparativas entre bebês irmãos de autistas e bebês que não são irmãos de autistas deixaram de fazer parte desta dissertação, sendo abordadas em outros trabalhos de demais orientandos do grupo de pesquisa. Emergiram interessantes e originais questões com a utilização do instrumento, como a contradição no próprio instrumento quanto à função paterna, vídeos utilizados para formação dos profissionais e a não convocação do pai real, nem mesmo simbolicamente durante os atendimentos.

Palavras-chave: Psicanálise, Desenvolvimento infantil, Autismo, Psicopatologia da criança e Risco.

ABSTRACT

BRONZATTO, E. M. K. **An exploratory study on the use of Clinical Indicators for Child Development protocol in the screening of babies under autism risk.** 2013. 118 fl. Masters degree – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Upon a request by Ministério da Saúde, a Clinical Indicators for Child Development protocol (IRDI) capable of detecting risk signals for developmental and psychogenic problems in 0 to 18 months old babies has been accomplished and validated.

The studies by the group in which the present author participated focused on the evaluation of brother babies of autists, which, according to the literature, for being brothers of diagnosed babies, may present risk of developmental and psychogenic problems. In the course of the study, the scope was extended to include Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Centro de Referência da Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo e o Centro Lumi.

From the scrutiny of families under evaluation, the focus of present research was changed. The aspects concerning paternal roll called present author's special attention and the comparative issues between brother babies of autists and non-autists babies were transferred to other works by the study group.

Other interesting and unique questions arose about the use of instruments such as contradiction in the instrument itself regarding paternal roll, videos for education of professionals and the non-summoning of real father, not even symbolically during interviews.

Keywords: Psychoanalysis, Child development, Autism, Child psychopathology and Risk.

Lista de quadros

Quadro 1	Bebês avaliados pelos instrumentos IRDI e M-Chat	76
Quadro 2	Bebês avaliados pelo instrumento IRDI	77

Lista de gráficos

Gráfico 1	Pacientes autistas e seus respectivos irmãos	76
Gráfico 2	Bebês avaliados pelo instrumento IRDI	77
Gráfico 3	Bebês avaliados pelos instrumentos IRDI e M-Chat	78

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP3	Avaliação Psicanalítica aos Três anos
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CARS	ChildhoodAutismRatingScale (escala de avaliação para o autismo na infância)
CID	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
Cria	Centro de Referência da Infância e Adolescência
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ED	Eixo 2 – estabelecimento de demanda
FP	Eixo 4 – instalação da função paterna
GNP	Grupo Nacional de Pesquisa
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IPq	Instituto de Psiquiatria
IRDI	Indicador Clínico de Risco para o Desenvolvimento Infantil
M-Chat	ModifiedChecklist for Autism In Toddlers (<i>checklist</i> modificado para o autismo em crianças)
PA	Eixo 3 – alternância presença/ausência
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
QDC	Questionário de Desenvolvimento de Comunicação
SS	Eixo 1 – suposição de sujeito
UPIA	Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Sumário

Introdução.....	17
1 O autismo e sua relação com a psicanálise.....	21
1.1 Histórico e descoberta do autismo e sua entrada no âmbito da psicanálise.....	21
1.2 Contextualização da história social da infância, da família e a construção do sujeito	33
1.3 A metapsicologia do <i>infans</i> e seu funcionamento antônimo no autismo.....	39
1.4 Função Paterna.....	47
2 Apresentação da Pesquisa de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI).....	54
2.1 Criação e relevância do instrumento IRDI	54
2.2 Os quatro eixos e seus fundamentos.....	59
2.2.1 Eixo 1: Suposição de sujeito (SS)	59
2.2.2 Eixo 2: Estabelecimento da demanda (ED).....	60
2.2.3 Eixo 3: Alternância entre presença e ausência (PA)	63
2.2.4. Eixo 4: Instalação da função paterna (FP).....	65
3 Método	67
3.1 Plano de trabalho.....	67
3.2 Desenvolvimento da pesquisa.....	70
3.3 Tabulação dos dados obtidos	75
4 Discussão de casos	76
4.1 Casos que apresentaram risco para o desenvolvimento (IRDI) ou risco para o espectro de autismo (M-Chat) e sua relação com a função paterna.....	79
4.2 Atendimentos clínicos com vinhetas significativas relacionadas à função paterna, sem indicação de risco para nenhum dos instrumentos.....	93
Considerações finais.....	101
Referências	103
Anexos.....	109
Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	110
Anexo 2 – Protocolo IRDI – Folha de rosto.....	111
Anexo 3 – Protocolo IRDI – 1ª Ficha de aplicação.....	112
Anexo 4 – Protocolo IRDI – 2ª Ficha de aplicação.....	113
Anexo 5 – Protocolo IRDI – 3ª Ficha de aplicação.....	114
Anexo 6 – Protocolo IRDI – 4ª Ficha de aplicação.....	115
Anexo 7 – Versão Final do M-CHAT em português	116
Anexo 8 – IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil	117

Introdução

Este trabalho surge do interesse intrínseco desta pesquisadora pelos diversos elementos presentes na relação do bebê com o Outro (mãe, pai ou cuidador), que vê o que ainda não está de fato posto. Essa “aposta” inconsciente que faz com que o bebê possa insurgir como sujeito; a forma como esse Outro lhe transmite uma língua e, com ela, a trama ou rede de significantes que permeiam o sujeito por toda sua existência; a voz; a musicalidade; o manhês; o Outro como função na aquisição da linguagem pela criança, isso é, o investimento num sujeito que ainda não está exatamente lá. Essas inquietações me fizeram percorrer um caminho que me trouxe ao mestrado, para junto desse assunto e de seus especialistas.

Toda essa trama da relação materna, da função paterna, da língua e seus temas associados, como musicalidade, voz, manhês, linguagem e seus efeitos, sempre marcou a minha trajetória de vida e despertou meu interesse, especialmente temas relacionados com o emergir do sujeito mediante o cerceamento a que pode estar sujeito, ou seja, seu próprio meio, cultura, etc).

Por meio do tema do autismo é possível abordar e me haver com as questões relacionadas à fala, uma vez que dentre os comprometimentos significantes que diagnosticam o sujeito como autista está o comprometimento na interação social, o comprometimento com a capacidade de simbolização, implicando significativamente em problemas relacionados com a fala.

Alguns autores conseguiram nomear tal questão desde o título de seus trabalhos com tanta clareza sobre este percurso, como é o caso de Catão (2009), *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*; Wanderley (1997), *Palavras em torno do berço*; e Szejer (1999), *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*.

Há também alguns casos de autismo apresentados em vídeos na internet, como “In my language” ou “Autistic girl expresses profound intelligence”. Utilizo alguns desses casos como forma de transmitir a relevância e a importância da relação do autista com a linguagem.

Esta pesquisa tem como objetivo utilizar-se de um instrumento denominado Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), que já foi validado para detecção de risco de problemas psíquicos e de desenvolvimento (KUPFER et al., 2008) e

que passou por uma adaptação para ser utilizado na identificação de sinais de risco do espectro de autismo (LERNER, 2011), para que se possa verificar, através de seu aspecto programático, seus indicadores de desenvolvimento emocional, psíquico, físico e relacional, dentro do esperado para cada faixa de idade entre 0 a 18 meses. Com isso, observaremos a possibilidade de insurgência do sujeito do desejo (sujeito do inconsciente freudiano) e as formas como o instrumento IRDI pode auxiliar para evitar, impedir, diminuir danos caso esteja havendo dificuldades para que esse sujeito se estruture e desenvolva, podendo, no futuro, se reconhecer como subjetividade, como aquele que pode falar, contar de si com a apropriação dos significantes que o Outro primordial o presenteou através do “banho de linguagem”, do olhar, da voz, de tudo aquilo que somente um ser humano pode transmitir a outro (preferencialmente a mãe e o pai) ou que se coloca no lugar de acolher e amparar a nova vida que lhe surge dos sonhos, do encoberto pelo corpo ao Real (concreto, factual, realidade) dos braços, da vida, do cotidiano.

Há consenso entre os pesquisadores quanto à importância da detecção precoce do risco para transtorno de espectro de autismo, visando intervir nos primeiros sinais de risco, minimizar os danos e potencializar as habilidades antes da total configuração do quadro, porém ainda não se constituíram instrumentos suficientemente satisfatórios para fazer face à complexidade e à variedade da ocorrência desses quadros. Lerner, em seu projeto de “Detecção precoce de riscos para transtorno do espectro de autismo com indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce: capacitação de enfermeiros para o trabalho em unidades básicas de saúde”, tem como objetivo fazer uma avaliação da sensibilidade do instrumento IRDI para detecção de sinais de risco para transtorno do espectro de autismo. Os resultados obtidos pelo grupo de pesquisas com o instrumento IRDI têm sido equiparados com os resultados obtidos com a aplicação do Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) (ROBINS; FEIN; BARTON; GREEN, 2001) que é um instrumento considerado fidedigno para rastreamento de sinais de autismo.

Meu objetivo partiu da possibilidade de avaliar bebês. Para a realização da pesquisa utilizamos o instrumento IRDI, a fim de verificar o sentido singular no laço entre os bebês e seus cuidadores, de maneira que se possa acompanhar de fato o desenrolar das emoções, do desenvolvimento psíquico e físico sustentado pelo relacionamento humano primordial que é fundamental.

A partir do contato com as famílias em avaliação, mudamos o foco da presente pesquisa. Os aspectos concernentes à função paterna mobilizaram intensamente o interesse da pesquisadora e as questões comparativas entre bebês irmãos de autistas e bebês que não são

irmãos de autistas deixaram de fazer parte desta dissertação, sendo abordadas em outros trabalhos de demais orientandos do grupo de pesquisa. Interessantes e originais questões que emergiram com a utilização do instrumento, como a contradição no próprio instrumento quanto à função paterna, vídeos utilizados para formação dos profissionais, a não convocação do pai real, nem mesmo simbolicamente durante os atendimentos, a relevância da utilização do instrumento, que ao longo deste capítulo abordarei mais detalhadamente.

Os dados obtidos em campo, por meio de vinhetas clínicas e dos indicadores e seus eixos, serão lidos à luz da psicanálise, buscando articulações com observações (em *setting*) feitas por psicanalistas da relação do bebê com o Outro primordial, bem como questionando pais ou cuidadores. Com esse percurso, buscamos chegar a uma leitura desses dados obtidos através dos sujeitos participantes da pesquisa, abarcando o verdadeiro fim, que é um conjunto de fatores neurológicos, do desenvolvimento, da constituição psíquica, relacional, ambiental, estrutural e subjetiva que resultam no sujeito, mas, acima de tudo, sem perder de vista os sujeitos que são os fins e não os meios deste trabalho, pois o que almejo é poder, através deles e para eles, inclusive, promover uma intervenção realmente preventiva e uma assistência mais efetiva.

Atualmente, há um profundo interesse em saber da “figura do autista” (FURTADO, 2011), para além do que é o autismo em si ou sua nosografia, pois a figura do autista incita curiosidade, em especial, quanto ao lugar circunspecto e controverso que prevalece em sua existência, apesar da frenética demanda do mundo globalizado.

Um assunto que paira em torno da figura do autista é sua “entronização” (idem). O autor aborda essa questão, destacando o fascínio e a curiosidade desencadeados em torno desse ser que parece viver à revelia dos outros e Outros, provocada naqueles que em especial se debruçam sobre o assunto.

Por ser o autismo um assunto complexo, que abrange diversas áreas do saber, há uma multiplicidade de instituições e espaços especializados tanto para escolarização, quanto para tratamento, o que evidencia uma constante báscula entre o campo da clínica e da educação em torno do tema. Não é uma expressão equivocada de Furtado (2011) dizer que a etiologia é um campo quase “bélico” para tentar dar conta das polêmicas em torno do assunto.

A compreensão do autismo, seja do ponto de vista histórico ou da abordagem da questão em si, implica ora numa aproximação do campo clínico, ora da saúde pública, ora, ainda, numa abordagem a partir do campo educacional. A passagem por tantos campos é uma tentativa de dar conta das polêmicas em torno do assunto, de sua etiologia, instituições de tratamento, práticas que sugerem espaços especializados, discursos que sugerem uma

educação inclusiva (KUPFER, 2000), questões relacionadas à intervenção e seus possíveis caminhos.

Me debruçarei sobre o autismo e os assuntos concernentes à ele, percorrendo seu histórico, sua descoberta pela psiquiatria e sua relação com a psicanálise; farei uma breve referência à história social da infância nas famílias e sua influência na construção do sujeito. Será abordada a metapsicologia do *infans*, a noção de sujeito e estrutura para psicanálise e a falha dessas questões envolvida no autismo. Será explorada a importância da função paterna como um percurso crucial para o desenvolvimento e constituição do sujeito.

Em seguida, apresentarei a necessidade de requerer um instrumento, as questões que mobilizaram a demanda desse instrumento, a instância que o solicitou, a criação do IRDI, a fundamentação do instrumento, a pesquisa realizada por psicanalistas com a utilização do instrumento IRDI, sua relevância, o caminhar da pesquisa e as modificações de campo e foco que refletiram nos resultados, a importância para intervenção precoce, a capacidade de predição atual do instrumento, a aparência do instrumento.

E por fim, serão feitas considerações relativas às contradições e contribuições que emergiram da utilização do instrumento.

1 O autismo e sua relação com a psicanálise

1.1 Histórico e descoberta do autismo e sua entrada no âmbito da psicanálise

O autismo sempre foi um assunto instigante, arenoso, controverso e, justamente por isso, têm-se inúmeras publicações a cerca da questão, envolvendo uma multiplicidade de áreas do saber que tenta dar conta do tema, como a neurociência, a psiquiatria, o desenvolvimentismo, a educação, a psicanálise, saúde pública etc.

A psiquiatria foi a primeira área do conhecimento que buscou categorizar a infância, as crianças “estranhas”, não adequadas aos ideais sociais, eram consideradas “selvagens” e carregavam sobre si a simbolização da “monstruosidade”.

A história da tentativa de classificação dos sofrimentos psíquicos das crianças parte do conhecimento das doenças mentais em adultos através de seus pioneiros Bleuler e, posteriormente, Kanner (MARCELLI, 1998; ARAÚJO, 2004).

Efeito da extensão da psiquiatria, mas como princípio da sua generalização: é que, a partir do momento em que a criança ou a infantilidade vai ser o filtro para analisar os comportamentos, vocês compreendem que, para psiquiatrizar uma conduta, não será mais necessário, como era o caso na época da medicina das doenças mentais, inscrevê-la no interior de uma doença, situá-la no interior de uma sintomatologia coerente e reconhecida. Não será necessário descobrir essa espécie de pedacinho de delírio que os psiquiatras, mesmo na época de Esquirol, buscavam com tamanho frenesi atrás de um ato que lhes parecia duvidoso. Para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatrizável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade. Com isso, serão submetidas de pleno direito à inspeção psiquiátrica todas as condutas da criança, pelo menos na medida em que são capazes de fixar, de bloquear, de deter a conduta do adulto, e se reproduzir nela. E, inversamente, serão psiquiatrizáveis todas as condutas do adulto, na medida em que podem, de uma maneira ou de outra, na forma da semelhança, da analogia ou da relação causal, ser rebatidas sobre e transportadas para as condutas da criança. (FOUCAULT, 1975, p. 387-388)

O termo autismo foi usado pela primeira vez em 1911 por Bleuler, psiquiatra alemão contemporâneo de Freud, para descrever um dos sintomas da esquizofrenia em adultos (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Freud e Jung concordavam acerca da sexualidade como traço predominante na constituição do psiquismo, do mesmo modo em relação a ideias quanto à pulsão sexual e o autoerotismo, porém Bleuler afirmou uma ideia equivalente a do autoerotismo, como um

investimento em si mesmo, porém sem adentrar o âmbito da sexualidade e da libido. Para que isso tivesse sido possível, Bleuler subtraiu Eros de autoerotismo (idem).

Bleuler, diferentemente dos psiquiatras de sua época, atribuía uma vida interior aos autistas, dizendo que somente era preciso levantar a barreira autística para se chegar a um mundo interior próprio e afirmava que os autistas possuem um especial interesse por esse mundo interior em detrimento do mundo exterior (idem).

Foi na década de 40, em plena Segunda Guerra Mundial, que Leo Kanner, psiquiatra austríaco naturalizado americano, retoma os estudos de Bleuler de trinta anos antes e os aprimora, propondo uma nova síndrome à psiquiatria infantil, denominando-a “distúrbio autístico do contato afetivo” e somente mais tarde retoma a nomeação de autismo.

Leo Kanner relata que

desde 1938 a atenção dos psiquiatras foi atraída por um certo número de crianças cujo estado difere tão marcada e distintamente de tudo o que foi descrito anteriormente, que cada caso merece – e espero que acabe por receber – uma consideração detalhada de suas fascinantes particularidades (KANNER, 1997, p. 111).

Nesta mesma época afluía um grande interesse nas relações mãe-bebê e na clínica da primeira infância por diversos psicanalistas recém-chegados da Europa, como uma das pioneiras no assunto, Margareth Mahler, que compartilhou com Kanner experiências referentes à clínica da primeira infância (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Na criação desse novo quadro, Kanner observou que algumas crianças não se enquadravam em nenhuma das classificações já existentes no âmbito da psiquiatria infantil, como, por exemplo, a demência precoce, a esquizofrenia infantil e a oligofrenia (atraso mental). O que chamou a atenção de Kanner foi que essas crianças geralmente apresentavam uma excepcional capacidade de memorização, mas, em contrapartida, mostravam uma incapacidade inata para estabelecer contato e interação linguística ou afetiva. E em alguns casos, quando havia a emissão de alguma linguagem, essa era ecológica, irrelevante e desprovida de sentido (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Apesar de todas as divergências, contradições e nomeações sempre presentes em pesquisas e trabalhos clínicos em torno do autismo, diferentes preceitos produziram teorias e representações culturais sobre a questão. E nelas, “a noção de autismo sempre parece estar fortemente associada às ideias de déficit, deficiências e impossibilidade” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 26), indicando um mundo psíquico ermo e desabitado metaforicamente nomeado com alguma conotação de incapacidade ou

impossibilidade por diferentes autores, somada à conjunção de pais incapazes de investir em seus filhos, e crianças incapazes biologicamente de expressar sentimentos, fazer contato com outras pessoas ou se comunicar.

Kanner definiu o autismo como um distúrbio patognomônico, com sinais bastante característicos. A primeira metáfora utilizada por Kanner para ilustrar o autismo foi: “tomada desligada”, o autor acreditou também que os pais de autistas eram incapazes de se vincularem aos seus filhos, nomeando-os de “intelectuais”, “mães emocionalmente frias ou mães-geladeira”, “mães deprimidas”, ou seja, conotando pais incapazes de se vincular ou investir emocionalmente em seus filhos.

Os estudos e metáforas de Kanner influenciaram os primeiros enfoques psicanalíticos, passando a noção de ausência interna e externa nos autistas. Psicanalistas contemporâneos de Kanner, como Margareth Mahler e Bruno Bettelheim, utilizaram diferentes metáforas para definir o autismo influenciados pelas ideias em torno do autismo da época. Mahler utilizou a metáfora “ovo de pássaro”, que foi uma metáfora utilizada por Freud (1911), muito valorizada pelos psicanalistas americanos da época, e também empregada para descrever o funcionamento do bebê do nascimento até os três meses de vida como um autismo primário normal, ou seja, que, como as aves, os bebês vão satisfazendo suas necessidades vivendo de modo autossuficiente, sem se dar conta dos cuidados maternos, sem perceber a existência de um mundo externo que o circunda. Bettelheim, para demonstrar a ausência de um mundo psíquico, utilizou a metáfora “fortaleza vazia” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Francis Tustin adotou a metáfora do “ovo de pássaro” de Mahler, pois entendia que “o autismo é uma defesa ante um encontro prematuro e traumático com o mundo externo que leva a criança a um retraimento profundo, comprometendo de forma avassaladora todo o processo de constituição da vida psíquica.” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 25). Tustin também utilizou o termo “buraco negro” para exprimir a experiência de separação vivida pela criança autista como a perda de partes do corpo, criando a sensação de um cair sem fim, sem contenção, em um “buraco negro” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

E assim muitos outros psiquiatras, psicanalistas e profissionais da área da neurologia foram influenciados por esse pensamento sobre o autismo como deserto, vazio e totalmente comprometido.

Contudo, o advento da psicanálise sempre implicou na mudança de eixo de intervenção: passando da ordem do ver, do assistir o espetáculo das apresentações de históricas consagradas por Charcot, a escutar a fala dessas pacientes, considerando que tal fala está inexoravelmente atrelada ao padecimento que as acometia no corpo (FREUD, 1893-

1895).

Na obra freudiana, *A interpretação dos sonhos* (1900), a infância aparecerá como lembrança e fantasia e consolidará seu lugar como fundante e constituinte do psiquismo. O sonho configura-se como o modo, por excelência, do retorno do infantil, fazendo emergir aspectos das experiências recalcadas que não seriam acessíveis de outro modo.

Foi essa compreensão que possibilitou à Freud descolar-se da realidade vivida para a realidade psíquica e a perceber que é no infantil da história peculiar de cada um em que estão enraizadas as questões de organização estrutural, que se dá na relação com o Outro primordial e no modo como essa estrutura influencia os aspectos instrumentais e funcionais do desenvolvimento infantil.

Os aspectos estruturais abarcam o biológico, o sujeito psíquico, a capacidade cognitiva, além de compreender também o ambiente familiar e cultural no qual o sujeito está inserido.

No aspecto estrutural, o biológico relaciona-se com o todo corporal, mas principalmente com o sistema neurológico, que viabiliza e possibilita o intercâmbio do sujeito com o meio, cuja estruturação permitirá a amplitude ou limitação nas trocas relacionais.

O sujeito psíquico é a forma como o sujeito se organiza em seu funcionamento psíquico (sistema mnêmico) e, internamente, com suas questões tanto de âmbito psíquico, quanto emocional, apreciando que essa organização sofre forte influência da estrutura familiar e do lugar ocupado pelo sujeito dentro da família. Tudo isso se soma à capacidade cognitiva do sujeito, que é a capacidade de desenvoltura e plasticidade tanto para aquisição do conhecimento, como para experimentar, apreender, lidar e utilizar a interação com o ambiente cultural no qual articula suas relações.

Os aspectos instrumentais e funcionais estão relacionados às ferramentas necessárias para que o sujeito esteja apto a realizar suas próprias interações (que possa atender aos próprios desejos a partir do que sua estruturação venha a viabilizar) e também para que possa estabelecer interações com o mundo ao seu entorno. Essas ferramentas são: a linguagem, a motricidade, a psicomotricidade, a aprendizagem, a brincadeira e a socialização. A funcionalidade está relacionada ao exercício das atribuições biológicas usuais para que cada função orgânica específica possa atender às necessidades instrumentais empreendidas.

Retomando Freud, na carta 46 que nos consta *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess* (1950[1892-1899]), o psicanalista apresenta a noção de transcrição do funcionamento psíquico. A metáfora será retomada posteriormente na Carta 52 e em “Notas sobre o Bloco Mágico” (1925[1924]) onde irá apresentar o aparelho psíquico através da noção de inscrição

de traços mnêmicos inapagáveis e da possibilidade inesgotável da realização de novas inscrições.

Nesse momento, Freud menciona duas noções fundamentais: a inacessibilidade do material recalcado referente aos anos iniciais da vida e a ideia de que na passagem entre os diversos períodos da vida, as cenas vividas nos períodos precedentes sofrem uma tradução. Em relação a esse último aspecto, Freud considera que o período referente aos primeiros anos de vida é intraduzível, porém, que essas experiências possuem grande valor na determinação dos sintomas.

A inauguração da psicanálise com bebês, assim como a questão do padecimento das histéricas, tem em comum o debruçar-se sobre o sofrimento, na medida em que é possível verificar, a partir de sintomas que aparecem na relação com o Outro primordial (pai, mãe), ou com o cuidador (quem exerce os cuidados de puericultura do bebê em seus primeiros anos de vida), e na constituição psíquica, onde o bebê com comprometimento do desenvolvimento não responde aos apelos (invocações pelo olhar, pela fala etc.) desse Outro para adentrar o circuito pulsional, ou seja, oferecer-se para ser gozado pelo Outro. Consequentemente, há uma manifestação desse posicionamento estrutural na organização corporal, nas produções do bebê refletindo-se nos movimentos, no tônus, na dificuldade do controle esfíncteriano. Há, ainda, a criança que apresente condições fisiológicas e maturacionais para tal, mas se recusa a alimentar-se, desafiando a própria lei da sobrevivência; bebês que não dormem à noite apesar de todo um cuidado favorável e propiciador por parte dos pais ou cuidadores. Isso ocorre com o bebê por se tratar de manifestações que procedem das pulsões de desejos inconscientes e para além de suas intenções. Dessa forma, podemos dizer que o autismo está diretamente relacionado com um comprometimento no laço, na relação com o Outro.

Fazer prevenção quer dizer intervir no laço pais-criança. Eu considero que a síndrome autística clássica é uma consequência de uma falha no estabelecimento deste laço, sem o qual nenhum sujeito pode advir. Para afirmar isto não é necessário supor uma psicogênese na origem dos problemas. (LAZNIK, 2004, p. 23)

A psicanálise inicialmente sofreu – e ainda sofre por parte de alguns autores – forte influência das contribuições de Kanner quanto à tendência a atribuir a etiologia do autismo às falhas maternas e sua falta de recursos internos para cuidar dos seus bebês, mães que não investem o suficiente em seus bebês, mães que não conseguem atribuir significações ao filho, que não falaram e não olharam suficientemente para seus bebês (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Assim como o pai permaneceu excluído durante décadas em virtude de posicionamentos teóricos de que o pai até o final do primeiro ano de vida do bebê não teria nenhuma função efetiva em seu desenvolvimento (CAVALCANTI; ROCHA, 2001). No capítulo relacionado à função paterna, há uma reflexão sobre a importância fundamental do papel do pai no desenvolvimento da criança.

Os efeitos dessa maneira de pensar dificultam a compreensão do autismo até hoje tanto para os pais quanto para os próprios psicanalistas. Os pais se sentem culpabilizados pela etiologia dos transtornos de seus filhos, oferecendo resistência ao tratamento psicanalítico, e os psicanalistas necessitam de “jogo de cintura” diante de todo esse contexto de controvérsias. Segundo Cavalcanti e Rocha (2001, p. 65):

compreendemos em toda sua extensão que, quando proclamadas e plenamente aceitas, certas ideias, imagens e traços ligados a uma doença podem e tendem a se transformar em verdades da natureza, logo imutáveis. A clínica, apesar de ter mais chance de interrogar a teoria e assim formular novas questões – mais claramente a clínica psicanalítica – ainda assim não pode prescindir dos pontos de apoio situados na história que contextualiza a sua construção. Porém, certamente, é neste lugar de tensão entre clínica e narrativas necessárias a sua transmissão, que podemos nos interrogar incessantemente.

Nessa conjuntura de construções, contexto histórico e clínico, alguns psiquiatras e psicanalistas reviram suas teorias, abandonaram ideias, reconstruíram suas teorias por novos caminhos. Kanner mesmo havia afirmado a ausência de linguagem no “autismo infantil precoce”, posteriormente chamou de “inacreditável capacidade poética e criadora” dessas crianças e chegou à conclusão de que a linguagem dos autistas é metafórica, que seus processos linguísticos não são diferentes dos das pessoas em geral, contudo destaca que os enunciados dessas crianças são como pertencentes a uma língua estrangeira e necessitam de tradução (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

Tustin também retomou sua teoria e abandonou a ideia da criança autista como inacessível, com ausência de um mundo psíquico e se deu conta de que é muito importante escutar o material clínico de uma criança autista não como pura repetição de situações passadas, mas como algo vivo, dinâmico, para que se abra a possibilidade de vivenciar coisas novas em vivências passadas e abre também a possibilidade de uma construção paulatina, contudo, progressiva.

O psicanalista britânico Winnicott, que contribuiu com ideias originais no campo da psicanálise infantil, também contribuiu grandemente quanto à questão do autismo, porém suas perspectivas eram bastante contrárias a dos psiquiatras e pediatras da época, tecendo críticas

àqueles que buscavam um rótulo ou classificação para definir a etiologia e a psicopatologia para apenas convenientemente colocar o autismo em um grupo para um reconhecimento artificialmente claro sobre a questão.

Para este psicanalista que em uma conferência proferida em uma sociedade de pais de autistas, ousou dizer que o autismo não existia (CAVALCANTI; ROCHA, 2001), mas que se tratava de um sofrimento psíquico intenso no processo de desenvolvimento emocional e relacional da criança ainda muito pequenas e cuja dificuldade no processo maturacional assinala que as relações e o ambiente para o desenvolvimento dessas crianças não se apresentam como facilitadores.

Ainda na contramão da compreensão sobre o assunto, Winnicott propôs, baseado em sua vasta experiência clínica e diversificada em contraposição às formalidades científicas que sempre regeu a medicina, que o autismo continuasse dentro do conceito de esquizofrenia infantil, aventado nas primeiras tentativas de classificar essa dificuldade psíquica da infância. Segundo Winnicott, uma vez que o autismo não seria uma doença, mas problemas encontrados durante o desenvolvimento e constituição do psiquismo, e seus sintomas poderiam ser encontrados em qualquer criança, inclusive naquelas consideradas normais e saudáveis, pois se trata, num primeiro momento do desenvolvimento infantil, de uma defesa contra as sensações de agonia experimentadas no processo de adaptação à mãe e ao ambiente, onde a criança vivencia períodos de desilusões, ilusões de onipotência, angústias primitivas, dentre outras inúmeras e difíceis percepções psíquicas pertinentes a esse período da vida (MARCELLI, 1998; CAVALCANTI; ROCHA, 2001; ARAÚJO, 2004).

Ora, ao dizer que o autismo não é uma doença, mas um problema do desenvolvimento, de constituição do psiquismo e que seus supostos sintomas podem ser encontrados em qualquer criança, inclusive naquelas tomadas como crianças comuns e saudáveis, Winnicott esfumou as fronteiras entre o mórbido e o não mórbido, entre o normal e o anormal e com isso, como ele mesmo refere, atirou aos ares a necessidade de classificação patológica. (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 102)

É possível fazer a detecção precoce e intervenção, devido a importantes e atuais investigações psicanalíticas quanto ao psiquismo de bebês, no período em que as estruturas cerebrais ainda estão em processo de formação.

(...) a abordagem clínica do bebê e da criança não pode deixar de considerar os aspectos estruturais — a instauração do psiquismo na criança, através do processo de sua constituição como sujeito — como organizadores do desenvolvimento neuropsicomotor.

A consequência principal desta argumentação é a importância do diálogo das

diversas áreas da saúde com a psicanálise. O método de investigação psicanalítica do psiquismo permite avançar possibilidades de detecção precoce, propor encaminhamentos para intervenções precoces, quando as estruturas cerebrais ainda estão em formação, com chances de boa recuperação para a criança. Sabe-se hoje que há chances de remissão de quadros psicopatológicos na infância, quando atendidos a tempo. (BERNARDINO, 2006, p. 38-39)

A psicanálise vem se apresentando como uma importante ferramenta de abertura para uma nova leitura de resultados de pesquisas relacionadas às psicopatologias da infância, abrindo caminho não apenas em sua vertente de origem, ou seja, as questões relacionadas à metapsicologia, mas também favorecendo o diálogo entre as diversas áreas que se debruçam sobre o assunto – neurologia, pediatria, psiquiatria infantil, cognitivismo, desenvolvimentismo, saúde mental –através, inclusive, de instrumentos construídos com base psicanalítica que permitem avaliações que abranjam a singularidade dos sujeitos avaliados, porém sem eximir ou perder o foco do aspecto programático, como é o caso do instrumento IRDI.

Normalmente os instrumentos não são influenciados pela singularidade vivida, já o IRDI faz o caminho oposto, através da singularidade é que permite a avaliação, porém sem deixar de lado o aspeto programático, que no caso do IRDI é avaliar como vem se desenvolvendo o bebê, como a mãe está interagindo com a criança, se está podendo atender as necessidades psíquicas e físicas necessárias para o desenvolvimento do bebê e principalmente como está se desenvolvendo a relação mãe, pai e bebê.

O grande salto de contribuição da psicanálise no âmbito do autismo é a avaliação dos aspectos estruturais, instrumentais e parentais que não só influenciam, mas têm grande peso determinante na constituição do sujeito. A psicanálise muito contribuiu para que se chegasse a um consenso no que concerne às causas do autismo, como sendo um imbricamento que abarca a predisposição genética e o meio familiar e cultural em que a criança está inserida, somado ao posicionamento do próprio sujeito.

As pioneiras que abriram campo para esse trabalho já foram mencionadas anteriormente, contudo, nessa linha de pesquisa e atuação seguem-se muitos outros profissionais dedicados às questões de constituição do sujeito na infância, são eles: Laznik (2004), Bernardino (2006), Lerner (2008), Kupfer (2008), Jerusalinsky (2008), dentre muitos outros. Esses profissionais mencionados vêm se dedicando a pensar como os aspectos estruturais, instrumentais e parentais estão profunda e intrinsecamente relacionados com as questões psíquicas, consequentemente influenciando no desenvolvimento e na qualidade desse desenvolvimento no bebê e na criança pequena.

(...) o que é uma boa mãe? O que as mães vêm buscar, quando trazem seu filho para a consulta pediátrica? Qual a relação entre a função materna e o desejo de filho? Destas questões, parte para a análise de uma série de pesquisas sobre autismo e psicose na infância, centradas em uma abordagem neurológica ou cognitivista, apontando a psicanálise como uma importante ferramenta de leitura dos resultados destas pesquisas para avaliar os aspectos estruturais, instrumentais e parentais em jogo. Cita ainda a importância da sensibilização dos pediatras para as questões psíquicas do bebê e da criança pequena. (BERNARDINO, 2006, p.13-14)

Constatamos, então, que pesquisas psicanalíticas que vem sendo realizadas com bebês mostram-se propícias para que a psicanálise estabeleça trocas com diversas áreas da saúde, agregando assim conhecimento e realizando também importantes contribuições no diálogo estabelecido com essas diversas áreas da saúde já mencionadas.

O trabalho desenvolvido por Laznik (2004), na associação PRÉAUT, é um dos pioneiros nesse âmbito, que possui o objetivo de detectar sinais iniciais de evolução autística. Laznik desenvolveu uma ampla pesquisa envolvendo bebês e capacitando pediatras do serviço público francês, através de sinais preditivos (ou indicadores clínicos) em bebê de 0 a 18 meses.

Laznik aponta que é preciso se atentar para alguns sinais que podem vir a indicar a ocorrência ulterior de autismo. Na tentativa de buscar subsídios que permitam antecipar a ocorrência de problemas de desenvolvimento infantil, para auxiliar através de intervenções que possam amenizar os danos e antes que estes se tornem crônicos, a pesquisadora propõe que é possível provocar alterações em uma patologia que está em curso.

No trabalho acima mencionado, é constatado que, além da predisposição genética, o ambiente de convívio do bebê é propiciador para agravamento do transtorno, assim como a própria escolha inconsciente do sujeito. Há, primordialmente no caso da psicanálise com bebês, a necessidade de intervenção no laço (na relação) mãe-bebê, pois há uma falha fundamental (alienação fundamental) nesse laço que é a dificuldade de bebê e mãe obterem prazer interno/inconsciente e externo/físico, dificultando o bom desenvolvimento do bebê.

Outros transtornos podem ser identificados atentando-se a relação mãe-bebê que não só o autismo, como, por exemplo, a psicose infantil, apontada por alguns autores como um excesso de investimento afetivo, que acarreta em uma dificuldade da criança e da mãe em separarem-se: a criança encontra uma enorme dificuldade em separar-se do Outro, dificuldade para sair do momento alienante (se deixar gozar pelo Outro), pois implica em reconhecer os limites existentes entre eu-Outro (LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2006).

Há, ainda, uma outra pesquisa muito importante que vem sendo realizada por Laznik, Muratori, Maestro e Parlato-Oliveira, relatada na obra *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição* (2006), que discute a voz, e como esta é bastante investida pelo bebê desde o nascimento, pois os bebês demonstram ter um interesse especial pela voz materna. Nesse estudo, que é mais um dos resultados de pesquisas sobre os sinais precoces de autismo, foram analisados filmes familiares de bebês que se tornaram autistas mais tarde, em que foram percebidos fenômenos estranhos nas atividades cotidianas de troca de roupa, banho, alimentação. Os “fenômenos estranhos” eram que esses bebês, de repente, podiam não só olhar como até mesmo começar a responder, mesmo que de forma rudimentar, uma espécie de “protoconversa”, uma vez que o bebê não pode estabelecer, literalmente, uma conversa. Pesquisadores como Fernald e Simon (1984) e Malloch e Trevarthen (2009) debruçam-se bastante sobre esse assunto.

Freud descreveu alguns objetos como sendo objetos pulsionais, isto é de clássico investimento da pulsão humana, são eles: seio, pênis e as fezes, porém Lacan acrescentou o olhar e a voz a essa lista.

Laznik, Muratori, Maestro e Parlato-Oliveira fizeram uma comparação entre duas vozes com um aparelho que faz a análise espectral da voz, uma das vozes era de uma mãe de criança típica (“normal”) e a outra de uma mãe de criança autista. Ao serem confrontados os espectrogramas das vozes, foi possível observar que a voz da mãe da criança autista não apresenta as características prosódicas do manhês, é uma voz monótona enquanto que a voz da mãe da criança que não é autista é mais bem entoada. Os pesquisadores inclusive relatam que a diferença de entonação é tão grande e bastante clara que mesmo para quem não é um especialista em análise acústica (BERNARDINO, 2006, p. 97) é muito nítida a percepção.

Uma das grandes contribuições que se desdobrou dessa pesquisa foi a evidência de que a condição da criança, no caso de ser autista, de não responder, afeta e impacta diretamente no manhês dos pais. Vale lembrar que essa melodia prosódica diante da criança é uma manifestação de alteração da melodia vocal prosódica (vocalização das palavras) que sofre uma “afetação” totalmente inconsciente, ou seja, há um desejo implícito contido na musicalidade que se expressa pela voz e está total e diretamente relacionada à pulsão invocante contida nesse objeto pulsional (voz). Somente frente ao bebê Real, verdadeiro objeto de desejo materno, é que a prosódia melódica vocal sofre essa “alteração para o manhês”, pois nessa mesma pesquisa foi verificado que a voz gravada sem que a mãe pudesse olhar para o bebê Real, torna a mãe incapaz de produzir a prosódia característica, que é a voz postada um tom mais alto e a entonação exagerada. Essas modificações resultam em formas melódicas doces,

longas e com grandes extensões e cortes entre dois fragmentos sonoros, que são essenciais para captar o bebê nessa invocação e que só se encontram no manhês.

Abaixo, a observação dos pesquisadores sobre a voz da mãe de uma criança autista:

Apesar da força do desespero com que a mãe apela ao seu bebê, o que, aliás, provoca uma intervenção do pai, que tinha vindo pegar o bebê no colo e assim romper a cena, vemos que não há nenhum pico prosódico. A voz permanece plana. Observamos também a ausência de corte entre os segmentos sonoros (BERNARDINO, 2006, p. 99).

A pesquisa também revela que no filme relacionado à citação acima, há uma marcante exceção: quando o bebê chega aos 15 meses, essa mãe torna-se completamente silenciosa (BERNARDINO, 2006, p. 101-102)

Frente a todas essas pesquisas e inúmeras outras, seja no âmbito da psicanálise, do desenvolvimento, da pediatria, da neurociência, assim como todas essas áreas do conhecimento debruçadas sobre esse assunto no decorrer de muitos anos até os dias de hoje, foi imprescindível que a psiquiatria tivesse que ser revista, bem como seu modo de fazer diagnóstico.

“Como foi a histeria para Freud e as psicoses para os kleinianos e os lacanianos, o autismo é, hoje, um objeto privilegiado de estudo para os psicanalistas contemporâneos” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 24).

As questões relacionadas ao autismo passaram por inúmeras transposições, já se acreditou que o autismo tivesse a ver com as primeiras descrições de psicoses infantis (...) (demência precocíssima de Sante de Sanctis em 1905, demência infantil de Heller, 1906, sobre o modelo da demência precoce, esquizofrenia infantil de Potter em 1933 e de Lutz, em 1936, sobre o modelo de esquizofrenia de Bleuler) (MARCELLI, 1998, p. 201).

O transtorno de Asperger também sempre foi uma questão difícil para psiquiatria, principalmente em sua diferenciação do autismo, tendo já sido denominado inclusive como “autismo de alto funcionamento”, por geralmente não apresentar incidência de retardo mental ou severos comprometimentos cognitivos e funcionais, tendo como principal peculiaridade que o diferenciava do autismo a não existência de um atraso geral clinicamente importante da linguagem como é o caso do transtorno autista ou “autismo de baixo funcionamento”.

Na contemporaneidade, há um consenso de que o autismo decorre de uma predisposição genética, reforçada por fatores ambientais. Entretanto, quando há uma intervenção profissional desde os primeiros meses de vida do bebê, os danos podem ser

amenizados, o que indica que a predisposição não é um destino determinante, mas sim, um dos destinos possíveis.

Diante de todos esses temas em questão, a psiquiatria, especialmente por esta colocar-se como responsável pela classificação e diagnóstico das doenças, teve que se rever, principalmente porque foi uma das primeiras ciências a ter interesse pelas questões relacionadas à infância e buscou deter para si esse conhecimento, destituindo inclusive os pais de qualquer saber (esse assunto será tratado com mais acuidade na próxima seção deste trabalho). Porém, a disciplina reviu seus conceitos sobre o autismo, especialmente frente à contribuição da psicanálise que aponta o quanto o bom desenvolvimento do *infans* está estreitamente relacionado à qualidade relacional com o casal parental, especialmente no caso do autismo, em que é refletido nitidamente o desencontro relacional já nos primeiros momentos da vida do bebê (LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2006; LERNER, 2008; KUPFER, 2008; CATÃO; 2009).

O autismo foi desde sempre um assunto polêmico, estimulante e obscuro e sobre o qual muitas coisas são pensadas e ditas e posteriormente revistas e repensadas, como ocorreu com a psiquiatria sobre questões relacionadas ao autismo e demais transtornos do desenvolvimento que se afiguraram ele (como o transtorno de Rett e de Asperger) e cujas revisões se veem refletidas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e também na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID). Atualmente, no novo DSM-V, nos CID-9 e CID-10, e em artigos como de Lampreia (2003), Klin (2006), Matson et al. (2012), Worley e Matson (2012), o tema é abordado diferentemente. Nesta abordagem atual da psiquiatria há uma nova configuração diagnóstica tanto para o transtorno autista, quanto para o transtorno de Asperger, pois ambos estão sendo visualizados dentro da perspectiva do transtorno do espectro de autismo por possuírem diferentes intensidades e formas de manifestação.

A psicanálise, ao se debruçar sobre a questão do autismo, deu sua contribuição e permitiu que houvesse maior diálogo entre as diferentes áreas do saber, além de ter auxiliado na ampliação de pensamentos muito organicistas, mostrando que existe uma questão relacional, no laço, no vínculo e isso só ajudou a enriquecer ainda mais as contribuições das outras áreas como a psicopatologia da infância, pediatria, neurologia, entre outras.

1.2 Contextualização da história social da infância, da família e a construção do sujeito

Antes de começar a falar da construção do sujeito, assunto relevante para esta pesquisa, contextualizarei brevemente a construção empreendida historicamente da infância e da família até que se chegasse à singularidade de cada história, à subjetividade e, finalmente, ao sujeito. O que se via em épocas anteriores era a tentativa de tornar hegemônico o pensamento de que a infância é apenas mais um estágio do desenvolvimento que acontece naturalmente. Porém, as ideias que pairavam em torno da criança e da família foram se modificando de acordo com parâmetros do pensamento de cada época.

O lugar do *infans* na família também sofreu mudanças, a nova família, esta que começou a se formar no fim do século XIX, está inteiramente construída em torno da criança. Diz Ariès (1977): a família adquiriu o monopólio da afetividade. Dolto acrescenta: na sociedade moderna, nos cercamos de crianças como uma fonte de vida que alimenta o deserto dos adultos. Podemos dizer: os pais gozam com seus filhos... (TEPERMAN, 2008, p. 09)

Ariès (1981), Costa (2008) e Roudinesco (2003) demonstram como a definição de criança sofreu alterações com o decorrer do tempo.

A criança, entre os séculos XVI e XVIII (Idade Média), era vista como um encargo muito pesado aos pais, praticamente um estorvo. À infância não se dava nenhum crédito. Tal pensamento teve procedência com Santo Agostinho, que denominava a infância como uma época em que predomina sobre a criança a maldade e também como uma época em que as crianças aprendem as corrupções dos adultos, pois não havia, nesse período, a ideia de educar e moralizar as crianças por meio de manuais de civilidade.

A Idade Média, marcada por períodos e transições, foi também chamada de “idade das trevas”, representa uma época na qual a influenciada Igreja estabelecia um lugar central reservado à onipotência de deus-pai, que legitimava uma autoridade simbólica paterna. Roudinesco (2003, p. 22) vai dizer que “o cristianismo impõe o primado de uma paternidade biológica à qual deve obrigatoriamente corresponder uma função simbólica”, o que lhe conferia transposição de um poder dominante denominado feudalismo, significando uma supremacia dada ao homem no Real, na crueza da vida real e que certamente teve influência simbólica, estendendo-se conseqüentemente sobre a cultura e sociedade da época.

Como consequência, a paternidade não decorre mais, como no direito romano, da vontade de um homem, mas da vontade de Deus, que criou Adão para gerar uma descendência. Só é declarado pai aquele que se submete à legitimidade sagrada do casamento, sem o qual nenhuma família se integra (ROUDINESCO, 2003, p. 22).

A família dita “tradicional”, nesse período, era considerada uma estrutura nuclear de base composta de pai, mãe e filhos, que supõe uma aliança de um lado (o casamento) e uma filiação de outro (os filhos), “serve acima de tudo para assegurar a transmissão de um patrimônio” (Roudinesco, 2003, p. 19), que posteriormente, na idade Moderna ou Renascentista, será considerada como um modelo dominante.

Na era Medieval ou Escolástica a criança era vista como um pequeno adulto, deixando seus lares aos quatro ou cinco anos para aprenderem um ofício. Havia desconsideração quanto a uma série de particularidades intelectuais, comportamentais e emocionais inerentes às crianças. Quanto à aprendizagem e à socialização das crianças, não havia uma contextualização das crianças por suas famílias de origem biológica ou pela escola, mas pela interação com a comunidade. É igualmente perceptível que, no tempo medieval, a compreensão sobre o infantil e as questões que lhe competem não tinham relevância.

Em todos esses períodos havia um baixo investimento nas crianças, devido a inúmeros fatores que comprometiam até mesmo a sua sobrevivência: questões como doenças, problemas habitacionais para a grande maioria, a inserção precoce no trabalho e assim por diante.

No período Renascentista ou Moderno, onde há o estabelecimento de outra visão de mundo empreendida a partir da transição teórica operada por Descartes como estabelecimento da autonomia da razão e consolidada pela Revolução Industrial e, sucessivamente, pelo desenvolvimento do capitalismo, ocorre uma modificação da mentalidade da época com enormes repercussões sobre a cultura, a filosofia e inclusive sobre a forma dos membros da estrutura familiar se relacionarem.

Também a partir do período Renascentista com a contextualização dos espaços é que passa a haver uma diferenciação entre o espaço privado e o público, e a família se estabelece como um grupo coeso. Nasce o conceito de humanização e, nesse processo, a criança passa a ser vista como o centro do grupo familiar e a ocasião da infância passa a ser considerada como um importante período de preparação para o futuro. Passa a haver uma preocupação com as questões psicológicas e morais, há ainda nesse período uma forte preponderância religiosa herdada da era medieval, embora haja também uma alteração do pensamento que até

então predominava: a infância vincula-se à noção de inocência por influência da religião que é posteriormente acentuada pela educação.

A infância necessita ser preservada e a educação se torna um meio possível para que esse novo conceito de vida seja alcançado.

Nessa época surgem os manuais de civilidade, ensinando como a pessoa deveria se comportar em sociedade, boas maneiras, como trajar-se, como comportar-se em uma conversa etc. Ariès (1981) afirma que nesse momento era necessário controlar os desejos infantis para educá-los, transmitir-lhes a cultura através dos métodos pedagógicos ensinados pelos mestres, assim como os deveres e as responsabilidades de conduta que deveriam ser transmitidos pelos familiares na relação com as crianças.

A educação ganha um importante status para as famílias, para os homens da lei, para os educadores, para a comunidade de um modo geral. É quando surge a pedagogia, ciência da educação. A palavra *pedagogia* tem origem no grego antigo, *paidós* (criança) e *agogé* (condução).

O primeiro educador (pedagogo) da história, verdadeiramente, foi Platão (427-347 a.C.), não só por ter concebido um sistema educacional para o seu tempo, mas, principalmente, por tê-lo integrado a uma dimensão ética e política.

Para Platão, o objeto da educação era a formação do homem moral por meio de uma prática humana e social naquilo que modifica os indivíduos e os grupos em seus estados físicos, mentais, espirituais e culturais.

De fato, o que a educação deseja, juntamente à influência religiosa e posteriormente com a psiquiatria, é conter os impulsos sexuais, normatizar e conduzir – como a própria conotação etimológica da palavra educar sugere – o homem em seu desenvolvimento num ser completo e integrado, com plena expressão de suas faculdades espirituais, morais, físicas e culturais. Tal desenvolvimento, por meio do processo de transmissão do conteúdo da mediação cultural (ensino) torna-se o patrimônio da humanidade e a realização nos sujeitos da humanização, processo pelo qual ocorre a apropriação do conteúdo (aprendizado), para realização a posteriori de propósitos e feitos culturalmente aceitos.

(...) a psiquiatria pôde se constituir como instância geral para a análise das condutas. Não foi conquistando a totalidade da vida, não foi percorrendo o conjunto do desenvolvimento dos indivíduos desde o nascimento até a morte; foi, ao contrário, limitando-se cada vez mais, revirando cada vez mais profundamente a infância, que a psiquiatria pôde se tornar a espécie de instância de controle geral das condutas, o juiz titular, se vocês quiserem, dos comportamentos em geral. (FOUCAULT, 1975, p. 392)

Na contramão de todo esse processo histórico, religioso e cultural, um novo olhar é dirigido à criança através do advento da psicanálise, com Freud, que abordará o tema da sexualidade infantil e escandalizará a época com suas teorias controversas, pois defendeu que a pulsão sexual era a energia motivacional primária da vida humana, tendo expressado essa questão de forma bastante clara e polêmica em seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905).

Nessa obra, Freud aborda a realidade psíquica permeada por desejos inconscientes, fantasias e sexualidade infantil, ocorre então uma modificação no conceito de infância, deixando de ser vista apenas pela lógica cronológica, desenvolvimentista e genética. É o nascimento do sujeito, no sentido de retirá-lo da imersão em que se encontrava até então.

Em “Romances Familiares” (1909), Freud trata da instituição do casamento e demonstra que imerso no cerne da relação matrimonial há muitas questões inconscientes inseridas no amor, no desejo, nas paixões, no sexo, que fazem simplesmente emergir os dramas humanos.

O que Freud faz é revolver as construções e discursos acerca dessas questões muito importantes, intensas, profundas, controversas e muitas vezes até mesmo obscuras da realidade humana. O discurso freudiano pôde teorizar efetivamente através da psicanálise e formular a tese sobre o mal-estar na modernidade, considerando justamente o fim da linha, isto é, os desastrosos efeitos do modernismo sobre o sujeito moderno. (BIRMAN, 2006, p. 163)

Ocorre que, nesse momento, a criança passa a ser objeto de um discurso científico: a educação no contexto escolar. Os responsáveis pela criança necessitavam de um rigor moral, o que acabou por contribuir para a aproximação das famílias com as crianças, e fez com que emergissem os sentimentos de infância e de família outrora desinvestidos. Contudo, esse ideal social sobre a infância estava apenas começando, e foram ainda necessários muitos anos para que se desenvolvesse e se desenrolasse, estendendo-se pelo período da modernidade.

Vimos que na Idade Média a educação das crianças era garantida pela aprendizagem junto aos adultos, e que, a partir de sete anos, as crianças viviam com uma outra família que não a sua. Dessa época em diante, ao contrário, a educação passou a ser fornecida cada vez mais pela escola. A escola deixou de ser reservada aos clérigos para se tornar o instrumento normal da iniciação social, da passagem do estado da infância ao do adulto. Já vimos como isso se deu. Essa evolução correspondeu a uma necessidade nova de rigor moral da parte dos educadores, a uma preocupação de isolar a juventude do mundo sujo dos adultos para mantê-la na primitiva, a um desejo de treiná-la para melhor resistir às tentações dos adultos. Mas ela correspondeu também a uma preocupação dos pais de vigiar seus filhos mais de perto, de ficar mais perto deles e de não abandoná-los mais, mesmo temporariamente, aos cuidados de uma outra família. A substituição da

aprendizagem pela escola exprime também uma aproximação da família e das crianças, do sentimento da família e do sentimento da infância, outrora separados. A família concentrou-se em torno da criança. Esta não ficou, porém, desde o início, junto com seus pais: deixava-os para ir a uma escola distante, embora, no século XVII, se discutissem as vantagens de se mandar a criança para o colégio, e muitos defendessem a maior eficácia de uma educação em casa, com um preceptor (ARIÈS, 1981, p. 231-232).

Posteriormente, com a ascensão da pedagogia, da psiquiatria, do capitalismo e dos ideais burgueses, os valores individuais ganham cada vez mais importância e o pequeno *infans* passa a ser visto como um importante investimento para o futuro da civilização.

A família começa a se ocupar de todas as questões relacionadas ao bom desenvolvimento físico, moral, de higiene; a criança passa a ocupar um lugar central nas famílias e na cultura. Há um caráter normatizador que passa a operar sobre a infância:

A infância como fase histórica do desenvolvimento, como forma geral de comportamento, se torna o instrumento maior da psiquiatrização. E direi que é pela infância que a psiquiatria veio a se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos. (FOUCAULT, 1975, p. 386-387)

Com o desenvolvimento das ciências, o sujeito “contido” na criança fica imerso e posteriormente há uma desqualificação das famílias quanto à possibilidade de gerir e educar as crianças, por parte da psiquiatria e da educação.

(...) a infância é um território novo que foi, a partir de certo momento, anexado à psiquiatria – parece-me que foi tomando a infância como ponto de mira da sua ação, ao mesmo tempo do seu saber e do seu poder, que a psiquiatria conseguiu se generalizar. Ou seja, a infância parece-me ser uma das condições históricas da generalização do saber e do poder psiquiátricos. (FOUCAULT, 1975, p. 387)

Birman (2006) afirma que a cientificidade, a civilização e o racionalismo, assumiram os poderes que eram atribuídos à figura de Deus, ao pai primitivo, e tornaram-se os responsáveis pelo esvaziamento da figura do pai simbolicamente e politicamente sendo pelo enveredando por esse viés propriamente, evidenciando a condição de desamparo constitutiva do sujeito.

Freud propõe o mito do totemismo, que, como ele mesmo disse, é o único mito que a época moderna teria sido capaz de absorver por se tratar da origem da Lei, criada a partir do assassinato do pai. Com a introdução das divindades paternas, uma sociedade sem pai gradualmente transformou-se numa sociedade organizada em base patriarcal. A família

constituiu uma restauração da antiga horda primeva e devolveu aos pais uma grande parte de seus antigos direitos. (FREUD, 1913, p. 178)

Lacan (1959-1960) diz que em “Moisés e o monoteísmo”, Freud escreve textualmente sobre o pleno desenvolvimento e seu acabamento na trama judaico-cristã, abordando o tema da lei moral. Naquele tempo no Egito, havia um único deus poderoso, senhor do tempo e do mundo.

Freud só pode encontrar a via motivada para a mensagem de Moisés racionalista na medida em que essa mensagem transmitiu-se na obscuridade, isto é, que essa mensagem encontrou-se vinculada, no recalque, ao assassinato do Grande Homem. É precisamente por meio disso que pode ser veiculada, conservada num estado de eficácia que podemos medir na história. É tão perto da tradição cristã que é impressionante – é na medida em que o assassinato primordial do Grande Homem vem emergir num segundo assassinato, o do Cristo, que, de alguma forma, o traduz à luz, que a mensagem monoteísta se termina. É na medida em que a maldição secreta do assassinato do Grande Homem cujo poder advém unicamente do fato de ressoar sobre o fundo do assassinato inaugural da humanidade, o pai primitivo (LACAN, 1959-1960, p. 209-210).

Freud (1913) discute que a cena de sujeição do pai primevo e sua morte, que se vinculava à imagem do Grande Homem (Lacan, 1959-1960) é que garantiu o triunfo supremo da horda fraterna, estabelecendo uma marca simbólica, interna nos filhos que assassinaram o pai: “Cada um dos irmãos que tinham se agrupado com o propósito de matar o pai estava inspirado pelo desejo de tornar-se semelhante a ele e dera expressão ao mesmo incorporando partes do representante paterno na refeição totêmica.” (Freud, 1913, p. 177).

Foi preciso que houvesse um mito, pois que abordou algo da ordem simbólica que é a função do pai, ou seja, há aí o estabelecimento da Lei, não mais num sentido moral, mas que marca o homem em seu psiquismo para que possa apreender o Real, a realidade concreta, tal como nos apresenta Freud em *Mal-estar na civilização* (1930).

Freud não negligencia o Nome-do-Pai. Pelo contrário, fala dele extremamente bem, em *Moisés e o monoteísmo* – de uma maneira certamente contraditória aos olhos de quem não tomaria *Totem e tabu* pelo que ele é, isto é, por um mito –, dizendo que na história humana o reconhecimento da função do Pai é uma sublimação, essencial à abertura de uma espiritualidade que representa como tal uma novidade, um passo na apreensão da realidade como tal. (LACAN, 1959-1960, p. 217)

Com esse novo tempo, moderno e pós-moderno, quando Deus está morto, enuncia-se a nova figura do pai, de que nos fala Birman (2006), com atributos da falha e da falta, acompanhado do trágico cortejo de morte, destruição e violência, desvelando o desamparo

constitutivo do sujeito, sua nova posição descentrada, o que promove uma maternalização crescente, como apontada por Roudinesco (2003).

Apoiada desde seu nascimento em tal concepção da sexualidade, a psicanálise foi, portanto ao mesmo tempo o sintoma de um mal-estar da sociedade burguesa, presa das variações da figura do pai, e o remédio para esse mal-estar. Contribuiu para a eclosão, no seio da família afetiva, de novos modos de parentalidade – família dita “das mulheres e dos filhos – e mais tarde dos homossexuais – à rebelião dos filhos contra os pais. Eis por que foi impulsionada pela industrialização, pelo enfraquecimento das crenças religiosas e por uma diminuição cada vez mais intensa dos grandes poderes autocráticos, teocráticos, monárquicos (ROUDINESCO, 2003, p. 93-94).

1.3 A metapsicologia do *infans* e seu funcionamento autônomo no autismo

O autismo é um transtorno invasivo do desenvolvimento, e para se obter o diagnóstico, constata-se que a criança apresenta comprometimentos em diversas áreas, como déficits qualitativos na interação social, déficits na comunicação e na fala, comportamento com padrões repetitivos e estereotipados, além de um repertório restrito de interesses e atividades.

Na teoria de Spitz (1998) e de Winnicott (1994), a interação mãe-bebê é um processo organizador do psiquismo e essa interação influencia diretamente no decurso de maturação e desenvolvimento da criança, surtindo efeito facilitador ou não no processo de construção subjetiva de cada um.

Freud, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, convoca a pensar que antes da interação mãe-bebê, há toda a questão filogenética, a história pregressa, os fantasmas e os mitos.

O sujeito sobre o qual se debruça a psicanálise é o sujeito do inconsciente, o sujeito da linguagem. Dolto (1999), em *Tudo é linguagem*, consegue nos explicitar isso claramente: esse sujeito sofre a influência interna de suas pulsões, o desejo dos Outros (mãe/pai ou cuidador) e a influência externa da cultura em que está inserido, o sujeito é o encontro entre discursos.

As experiências emocionais e languageiras vivenciadas com a mãe e o pai viabilizam a constituição da *imagem inconsciente do corpo*, que servirá de organização psíquica de base, antes da constituição do corpo próprio com o reconhecimento da própria imagem no espelho. (CATÃO, 2009, p. 29)

A organização psíquica do *infans* não pode prescindir do contato com o Outro materno e paterno, pois são as experiências emocionais e languageiras vivenciadas com ambos que

viabilizam a constituição da imagem inconsciente do corpo, que dará suporte à organização psíquica de base, anterior à constituição do corpo próprio que será reconhecido posteriormente por sua visualização no espelho.

Tanto para Lacan (1949) como Freud (1895) e Aulagnier (1993), é impossível que o “filhote de homem” venha tornar-se sujeito sem o contato com o Outro. “É preciso um Outro encarnado, não apenas um Outro da linguagem, tesouro dos significantes”, vai dizer Catão (2009, p.29-30), pois é preciso que a pulsão encontre solo para passar pelo circuito pulsional, para que se possa conjecturar um sujeito que *a posteriori* venha a se estabelecer. É a partir desse referencial que podemos pensar o autismo sob uma via, que Laznik chama de via possível de prevenção.

É muito novo o que você está dizendo há vinte anos, ensinaram-nos que o autismo era somente psicogênico e que era necessário procurar suas causas nos desejos mortíferos dos pais. Ora, conhecemos muitos desses pais, nós os vimos funcionar em completa adequação com os filhos mais velhos. Não podíamos considerá-los culpados. Então, calamo-nos. Dez anos depois, ensinaram-nos que o autismo era uma doença orgânica e que nada havia a se fazer senão reeducar posteriormente estas crianças. Pensamos, então, que o melhor era deixar um momento ainda de esperança para os pais e continuamos a nos calar. Você diz que existe uma terceira via possível, a de uma dinâmica de prevenção, e isto nos interessa. (LAZNIK, 2004, p. 157)

A partir do pressuposto de que todo significante precisa de um corpo que será investido libidinalmente, Aulagnier (1993), discute sobre os movimentos constitutivos dos “destinos” da psique em relação ao corpo e vice-versa, enfatizando que o engendramento do espaço psíquico com o espaço somático são indissociáveis. As marcas que a percepção sensorial irá criar na psique e esta que por sua vez imputará à atividade das zonas sensoriais o poder de engendrar suas experiências.

Aulagnier é uma importante psicanalista francesa que dialogou com ideias da teoria lacaniana e contribuiu com a psicanálise com uma compreensão metapsicológica bastante inovadora, em especial no campo das psicoses. Suas ideias abrangeram também o campo da relação mãe-bebê, quando diz que há necessidade de uma certa violência para constituição do EU e o pai deve estar desde sempre inserido nessa relação, segundo suas afirmações, pois possui diversas funções, desde a existência encarnada, que produz seus efeitos através de sua participação no Real, como corpo, como singularidade, até a produção de seus efeitos simbólicos, isto é, como aquele que possui a escuta inconscientemente do desejo da mulher de gerar filhos e, consequentemente, de ser mãe.

Nesse mesmo texto, Aulagnier, salienta que apesar do encontro com a Lei paterna, que possui as chaves de acesso ao simbólico, “doador” do Nome-do-Pai, há uma ambiguidade no lugar que outorga essa Lei, que é o discurso materno, o verdadeiro responsável pelo antinomia existente entre o sujeito do enunciado e o sujeito desejante. Dessa forma, é o discurso materno o responsável para que o funcionamento e surgimento do Eu (sujeito) seja possível ou se obstaculize.

Não tenho a pretensão de apresentar tão complexa obra da teoria de Piera Aulagnier neste breve espaço, o que desejo apenas é abordar algumas construções que nos ajude a refletir sobre a relação mãe, pai e bebê, especialmente entoar algumas questões importantes e inovadoras construídas por essa psicanalista considerável.

No campo da constituição da subjetividade, Aulagnier sempre inseriu a realidade externa e contexto histórico-social como algo que não apenas faz parte do contexto do sujeito, mas produz efeitos na construção da subjetividade, pois entende que o discurso cultural está instituído e permeia inevitavelmente a relação dos pais com o bebê.

A psicanalista francesa expõe em sua obra a noção a qual nomeou contrato narcisista, que se refere a um contrato inconsciente assinado entre a criança e a cultura, ou seja, assim como os pais inconscientemente antecipam seus filhos atribuindo-lhes nome, sexo, ocupação, aparência, lugar no contexto familiar etc., o meio também dá um lugar para cada criança e espera que esta possa se apropriar e seguir com ele. Contudo, são os pais que revelarão que na cultura existe um determinado lugar que pode ser ocupado por essa criança, garantindo a ela o direito de ocupar esse lugar, assim permitindo que essa criança se projete no futuro e possa investir em uma imagem de si, cabendo, porém à criança legitimar e apropriar-se desse lugar assegurado e validado pelos pais e também pelo meio.

Os pais possuem, então, um papel mediador, tanto na apresentação desse lugar que pode ser ocupado pela criança, tanto no grupo, quanto no mundo externo. Estes também são mediadores no investimento feito sobre a criança para que se sinta em condições de investir e apropriar-se desse lugar almejado.

O contrato narcisista é importante porque impulsiona o investimento dos pais na criança, assim como da criança nos pais, tornando o grupo coeso. Esse movimento configurando as verdades do grupo, tornando-o avalista dos discursos da cultura, transmitido e veiculando, entre seus integrantes, certezas quanto à origem, a finalidade de cada um, suas leis e ideais. O passado é revelado e o futuro pode ser em parte garantido por meio do investimento mútuo entre os integrantes do grupo (pais e crianças) que reconhecem inconscientemente que há uma interdependência entre cada um deles e a cultura.

Quando “tudo vai bem” na teoria de Aulagnier, a criança se apropria do investimento dos pais e do meio, das transmissões das verdades do grupo, de suas leis, no sentido do que é ético e lícito para esse grupo, apropria-se também do asseguramento que o investimento feito por eles lhe transmite. Assim, a criança apropria-se desse discurso fundamental, para que mais à frente, quando estiver se estruturando, poderá se utilizar de uma porção desse discurso fundamental que permeia e influencia suas escolhas, porém que lhe aponta para um futuro no meio. A essa porção de discurso, soma-se a castração, ou seja, a renúncia da mãe, que é viabilizada pelo discurso paterno, com o aval do meio. Este, um espaço imprescindível para que o sujeito possa estabelecer novos laços, porém levando dentro de si os ditos parentais, o que lhe “adverte” quanto aos limites de seus avanços e quando sobrepujados imputam sobre o sujeito consequências psíquicas nesse projeto de criar-se e recriar-se.

Caso os pais fracassem em apresentar o meio, que auxilia o sujeito a ter uma dimensão histórica entre passado, presente e projeção de futuro, acarretam-se dificuldades na constituição psíquica da criança. Nesse caso, o contrato narcísico não está inteiro, mas rompido: a criança não terá um lugar no meio onde possa independer do núcleo familiar, não se apropriará de si, do discurso do grupo para que possa se pensar, investir em si e no grupo, será apenas um sujeito sujeitado aos desejos dos Outros sem um lugar em que consiga insurgir, funcionando sem uma apreensão ou percepção de si mesmo. Está é uma forma de funcionamento psicótica muito abordada no particular trabalho clínico de Aulagnier.

É preciso passar pelo “banho de linguagem”, filiação, pré-história, significantes atribuídos pelo Outro para que a criança venha a ser capturada pela língua e torne-se um ser falante, pois o advento do sujeito está também estreitamente relacionado com linguagem e a passagem pelo Complexo de Édipo. Eis, contudo, no autismo, o oposto disso que faz sobressair uma significativa diferença.

No autismo há um extravio no laço (relação) que leva em direção ao Outro (mãe, pai ou cuidador), há uma dificuldade na ligação erótica, na tentativa de inscrever (no psiquismo e no corpo) e convocar, na relação, o Eros por parte do Outro. Há, também, uma dificuldade em deixar-se inscrever, convocar e em “ceder” a esse apelo pelo Outro, ou seja, uma dificuldade em convocar o Eros que se desarticulou do autoerotismo (investimento pelo desejo, de origem interna ou externa).

O autismo resulta de uma falha num momento fundamental da constituição psíquica, a alienação. É nesse momento primordial que o bebê se coloca na posição de objeto a ser gozado pelo Outro, para que o Outro encontre nele o eco de seu desejo e possa então banhá-lo

com seus significantes (ex. “que bebê gostoso!” “Cadê o docinho da mamãe!”), significantes que ajudarão a “recortar” o corpo do bebê, ou seja, possibilitar que o bebê possa perceber a dimensão interna, de que ele é um sujeito, tem suas próprias vontades, permitindo uma apropriação de seus próprios desejos, cuja percepção marcará o externo do corpo do bebê, dando-lhe um contorno propriamente dito das dimensões do corpo, deixando clara a percepção de que habita um corpo que é só seu, separado do corpo materno. Porém, esse corpo é marcado, inscrito pela mãe que insere o bebê-sujeito e o corpo em uma filiação, em uma pré-história, através dos significantes de seu banho de linguagem, que insere e atribui significados internos e externos ao bebê. Diz-se “que pezinho lindo!” “tem a boquinha igual do papai!” ou “tem a cor dos olhos da vovó!”, para que o bebê posteriormente possa deparar-se com essas partes “recortadas” diante do espelho e verificar, ainda sob legitimação do Outro, que se trata de um todo, um corpo que é outro, para além desse Outro, para que o bebê possa aos poucos separar-se nesse laço com o Outro, com a ajuda da função paterna simbolizada pelo pai, para tornar-se ele próprio. Contudo, para que o infante possa advir e tornar-se ele próprio, um sujeito, é necessário que, num primeiro momento, ele tenha sido um só com o Outro através do momento que a psicanálise denominou alienação.

É importante lembrar que Freud (1915a) situou o autoerotismo como condição necessária para a constituição do indivíduo.

Se nós retiramos o termo *Eros* de autoerotismo, nos encontramos face ao *autismo*! Só podemos falar de um verdadeiro autoerotismo se a dimensão de representação do Outro, e mesmo do seu gozo, se inscreveu sob a forma de traço mnêmico no aparelho psíquico da criança. (LAZNIK, 2004, p. 29)

Quanto da passagem pelo Complexo de Édipo para inscrição da Lei paterna, juntamente com o aparato e banho de linguagem à Lei, é que situa e organiza o sujeito que virá a referir-se a si como um Eu. A inscrição dessa Lei no filho só é possível se a mãe possui essa marca em sua própria estrutura.

Se a mãe não está simbolicamente submetida à Lei paterna, ou seja, barrada de fazer de seu filho objeto de seus desejos, não poderá transmitir essa Lei ao seu filho, porque a Lei não está marcada em seu próprio psiquismo. Lacan (1957-1958) vai dizer: “Está bastante claro que o pai não castra a mãe de uma coisa que ela não tem.” (p. 191)

Essa não submissão à Lei paterna é o que caracteriza a psicose, ou seja, a psicose é o resultado da forclusão do Nome-do-Pai, da Lei, e, como efeito, há um sujeito assujeitado ao gozo do Outro.

Portanto, a submissão à Lei possibilita o sujeito possa insurgir no laço. Laço, este que pode ser construído a partir do ritmo, por exemplo. Nós, seres humanos, somos, desde o início, fortemente influenciados pelo ritmo. Uma das primeiras coisas que se desenvolvem no feto é o coração, que funciona como uma bomba rítmica que bombeia o sangue para proporcionar o desenvolvimento do feto. Posteriormente, é a melodia rítmica da voz materna que irá alienar o bebê no desejo desse Outro. A mãe marca psiquicamente o corpo de seu bebê, através do circuito pulsional, de caminhos que a pulsão (desejos inconscientes) irá percorrer, através da abertura inicial pela pulsão invocando o desejo inconsciente da mãe pelo bebê, que se manifesta no desejo contido na voz materna, denominado pelos psicanalistas como *manhês*, onde antes mesmo da pulsão oral, a mãe captura seu bebê com o ritmo de seu desejo contido em sua voz, *o manhês* é uma pulsão invocante: “O bebê é, portanto, sensível à voz, à fala e ao afeto veiculado na linguagem: suas reações são diferentes quando a mãe lhe fala de modo triste, zangado, alegre” (BERNARDINO, 2008, p. 15), o bebê fica “ativamente passivo”, porque ele se faz objeto, assujeitando-se a ser fagitado pelo gozo do Outro, ele quer causar o desejo de ser gozado pelo Outro.

(...) a passividade do bebê neste terceiro tempo do circuito pulsional é apenas aparente. É muito ativamente que ele vai *se fazer* comer por este outro sujeito, para o qual ele *se faz*, ele próprio, objeto. E nós vimos como este assujeitamento visa fagar o gozo deste Outro. É involuntariamente que o inscrevemos aqui com letra maiúscula. O bebê vai à pesca do gozo de sua mãe, enquanto ela representa para ele o grande Outro primordial, provedor dos significantes. (LAZNIK, 2004, p. 28)

E que posteriormente irá se manifestar na pulsão oral, desejo pelo seio materno, onde o desejo de ambos pelo contato (que alimenta psiquicamente, ou de forma simbólica, o desejo, a relação materna, a relação de filiação e de ambos por terem para si um lugar nessa relação) é maior que a própria alimentação Real (concreta) e que conotará em muitos outros caminhos que serão adentrados, como por exemplo, o desejo escópico (ser visto pelo Outro, olhar seu falo/bebê), adentramento pelo desejo no Complexo de Édipo e assim sucessivamente de forma que vai marcando o sujeito e toda sua trajetória.

O sujeito, não apenas nasce e se desenvolve, ele se constitui a partir do Outro, o filhote de homem não possui instintos – “Os desejos distinguem-se das necessidades pelo fato de que podem ser falados e satisfeitos de forma imaginária.” (DOLTO, 1999, p. 44) – ele precisa de um Outro que atribua sentido a ele, que o nomeie, que lhe forneça referências em uma filiação, o Nome-do-Pai, que o capture através da melodia e da prosódia de sua voz, que o insira em um discurso, ou seja, que ofereça um enodamento dessa criatura humana no real, no

simbólico e no imaginário, para que ele possa emergir como sujeito. Isso tudo só é possível se a criança fizer parte do desejo materno.

O bebê, ao nascer, é

um ser completamente indefeso, sem nenhuma condição de se cuidar sozinho e que, à diferença do que ocorre com os animais, é carente de instintos e não nasce dotado dos *imprintings* imaginários necessários à sobrevivência. O bebê possui reflexos que só funcionam quando encontram alguém para dar sentido – direção, significado, sensibilidade – a eles. Portanto, pode-se perceber aí a dimensão do lugar que ele vai dar a esse que vai “humanizá-lo”: um Outro primordial que, com suas palavras, seu olhar e seus toques, marca-o com seu desejo, sua imagem. Só assim é que um “desenvolvimento” poderá se dar.

Como atualmente se sabe, o bebê só finalizará suas estruturas mais nobres – como o processo de corticalização do sistema nervoso central – a partir do contato com este outro e dos chamados que receber para perceber o mundo, responder aos estímulos, manifestar-se enquanto olhar, boca, choro, gritos. (BERNARDINO, 2006, p. 31)

Ainda que no âmbito do desenvolvimento humano, estão atrelados aspectos orgânicos e psíquicos e, portanto, o laço que o bebê estabelece com o Outro. A organização psíquica e a constituição cerebral, estão intrinsecamente relacionadas, e ambas são enriquecidas pelas experiências de vida que se estabelecem com o ambiente e nas relações com as pessoas. Na primeira infância, essa relação se dá especialmente no laço com os pais ou cuidadores, cuja qualidade tem influência nas trocas das bases neurofisiológicas.

O desenvolvimento dessas bases tem a ver com o processo de maturação da criança, que é o desenrolar filogenético do processo orgânico. A mãe, porém, retira o bebê da condição de organismo, porque ela o lê na linguagem do seu desejo, atribui a cada uma de suas manifestações um sentido, que por mais que possa ser relacionada a uma necessidade, é sobrepujada pelo desejo inconsciente que se lhe impõe.

Esse desejo foi muito bem retratado por Clarice Lispector em seu texto “Desenhando um menino”, do qual foi selecionado o fragmento abaixo:

O sono do menino é raiado de claridade e calor, o sono vibra no ar. Até que em pesadelo súbito, uma das palavras que ele aprendeu lhe ocorre: ele estremece violentamente, abre os olhos. E para o seu terror, vê apenas isto: vazio quente e claro do ar, sem mãe. O que ele pensa estoura em choro pela casa toda. Enquanto chora, vai se reconhecendo, transformando-se naquele que a mãe reconhecerá. Quase desfalece em soluços, com urgência ele tem que se transformar numa coisa que pode ser vista e ouvida senão ele ficará só, tem que se transformar em compreensível senão ninguém o compreenderá, senão ninguém irá para o seu silêncio, ninguém o conhece se ele não disser e contar, farei tudo o que for necessário para que eu seja dos outros e os outros sejam meus, pularei por cima de minha felicidade real que só me traria abandono, e serei popular, faço a barganha de ser amado, é inteiramente mágico chorar para ter em troca: mãe.

Até que o ruído familiar entra pela porta e o menino, mudo de interesse pelo que o poder de um menino provoca, para de chorar: mãe. Ele trocará todas as

possibilidades de um mundo por: mãe. Mãe é: não morrer. (LISPECTOR, 1999, p.87-88).

No trabalho clínico com bebês transparece a necessidade de uma interlocução com outras áreas do saber, como a neurologia e a genética no que tange as questões relacionadas ao processo de maturação e desenvolvimento; a linguística e a fonoaudiologia quanto à aquisição da linguagem; a psicopedagogia e a epistemologia para a compreensão dos processos de aprendizagem e de construção do pensamento; a fisioterapia e a psicomotricidade quanto aos movimentos do corpo; e a pediatria e a enfermagem com seu saber acerca da puericultura.

Geralmente, as crianças são encaminhadas para tratamento quando, aos três anos de idade, ainda não adquiriram a fala, infelizmente e erroneamente, pois já é possível verificara incidência da manifestação de sinais de risco para o espectro de autismo e outras patologias, desde muito cedo. O próprio instrumento IRDI teve significativa capacidade de predição de riscos de transtorno do desenvolvimento infantil.

Warren et al., (2009), afirmam o crescente consenso de que intervenções precoces e com intensidade podem melhorar significativamente a curto e em longo prazo as consequências para o indivíduo e sua família. Os pesquisadores também apontam que crianças que recebem intervenção de serviços especializados quando ainda muito pequenas apresentam ganhos significantes no funcionamento cognitivo e adaptativo e podem alcançar uma melhor integração nas salas de aula com crianças da mesma faixa etária. Também ressaltam que vincular uma intervenção intensiva, apropriada e específica para autismo ao diagnóstico precoce, pode reduzir consideravelmente os danos, associado a um valioso sistema de demandas de longa duração.

O risco pode estar estabelecido muito antes deste período nos primeiros tempos de vida do bebê e o risco pode ser verificado pela avaliação da qualidade do laço com o outro (Outro).

Quanto mais precoce a intervenção quando se percebe que há dificuldades no laço, menor a possibilidade de haver sequelas menor o tempo decorrido nos casos de instalação do espectro de autismo, pois como já se sabe através de especialistas, como Laznik (2004), Crespim (2004), Kupfer (2008), Lerner et al. (2008), Catão (2009), é o tipo de patologia que devemos correr contra o relógio, pois devemos intervir juntamente com o processo de maturação neuronal.

1.4 Função Paterna

A função paterna é um percurso essencial do processo que o sujeito, para ser realmente desejante, deve ter marcado em sua estrutura. Essa marca possibilita seu bom desenvolvimento, constituição, organização como sujeito; possibilita a passagem de pulsão ou “carne em movimento”, a organismo, de sensação e percepção a letra, de letra a palavra e, finalmente, a prazer e desprazer: assim se faz o sujeito desejante.

Embora possamos reconhecer o caráter de escrita na lógica da linguagem que estrutura o sujeito constituído no discurso parental antes do nascimento da criança. Certamente, que as manifestações do bebê sejam para nós “legíveis” (e não meramente observáveis) deve-se a que no seu corpo já tem se operado, em alguma medida, a inscrição da gramática do desejo materno. Mas, o que está em questão aqui são as condições de transmissão da linguagem para que ela opere nesse pequeno filhote humano. Nesse ponto nos parece plausível sustentar que, embora possa haver na linguagem ela mesma uma estrutura de escrita latente (que organiza sua lógica e perfaz a diferença de significante a significante, marcando inclusive até seu ordenamento sintático), a sua transmissão opera por um ato de fala. Estamos afirmando, de fato, que a transmissão da linguagem precisa de uma forma de mediação que possibilite a inversão da demanda do Outro, a saber, o equívoco, o lapso, o mal-entendido, um signo que carregue ao mesmo tempo a lei e seu avesso: o gozo e sua interdição. (JERUSALINSKY, 2008, p. 49-50)

Para que o bebê humano venha a se constituir como sujeito, ele irá depender das operações sustentadas pelo agente materno, “o bebê humano, desde que entra em contato com o outro da relação, deixa seu estatuto de ser de necessidade para se transformar em ser de desejo.” (CRESPIN, 2004, p.21), pois as operações sustentadas pela mãe ou cuidador são fundamentais para a instalação e mobilização da pulsão.

A força da necessidade está muito presente no humano; porém ela não tem uma programação passível de lhe permitir satisfazê-la de maneira autônoma: é isso que a diferencia do instinto, e que os psicanalistas, a partir de Freud, chamaram “pulsão” (idem, p. 26),

pois o agente materno ou cuidador é quem irá supor um sujeito, ou seja, trata-se de uma antecipação feita pelo agente materno, pois o bebê ainda não está constituído e a mãe vê no corpo e no psiquismo de seu bebê o que ainda não está lá. Contudo, essa antecipação é de vital importância para que a constituição subjetiva do bebê venha a acontecer (JERUSALINSKY, 2002; CRESPIN, 2004; LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2006; CATÃO, 2009).

O sujeito maternante é quem irá prestar os cuidados de puericultura, porém com um interesse especial pela criança, uma vez que há implicação de seu desejo imbricado nessa

relação, esse mesmo sujeito que desempenha esse papel é quem traduzirá em palavras as ações do bebê, assim como traduzirá em ações seu próprio discurso, trata-se do estabelecimento da demanda (CATÃO, 2009).

É ainda o agente materno que estabelecerá a alternância presença/ausência e autenticará a fundamental inscrição da função paterna. No caso da alternância o agente materno responderá ao bebê com uma alternância tanto física quanto simbólica, pois entre o que o bebê está demandando e a satisfação que será obtida por resposta específica é preciso que haja um intervalo, uma experiência de descontinuidade necessária para que advenha a resposta do bebê, como alteridade, ser desejante, autônomo e singular.

Quanto à função paterna, é imprescindível que haja um terceiro nessa relação, o pai, para que a mãe seja impedida de fazer do bebê um objeto unicamente de seu gozo. Inicialmente, quando mãe e bebê estão numa relação ainda simbiótica e o bebê está no lugar desse objeto a ser gozado, cabe a instalação da função paterna para barrar esse gozo. Porém, é fundamental que essa marca já esteja estabelecida a priori na estrutura, no psiquismo materno, para que os desejos inconscientes desta, de fazer do bebê um objeto de seu gozo, possam se subjugar e dar espaço para a entrada desse terceiro como reforçador. Um reforçador com função impeditiva do empuxo do desejo, separador psíquico e mesmo físico na relação com o bebê e, também literalmente, como espaço para marcar no psiquismo e na carne do próprio *infans*, essa Lei que institui e marca a castração, a falta no sujeito, mas que o faz a partir de então um sujeito desejante.

A interdição produzida por essa instância terceira, o pai, permite que se estabeleça uma função simbólica, que causará uma distância entre a mãe e o bebê, pois essa marca simbólica no psiquismo do bebê será como um substituto da presença da mãe (Outro). Todo esse mecanismo torna possível que o bebê adentre a linguagem. A interdição simbólica produzida por essa instância terceira permite que a criança procure novos modos de satisfação para além do corpo da mãe.

Fazendo apenas um adendo, Lacan vai dizer que o Pai seria uma quarta instância (Lacan 1956-1957): “para que haja os três termos do trio, é preciso um espaço fechado, uma organização do mundo simbólico, que se chama o pai” (p. 57), pois a relação, na realidade, já começa configurada com a mãe, o bebê e o falo: “A noção da relação de objeto é impossível de compreender, e até mesmo de exercer, se não pusermos nela o falo como um elemento, não digo mediador, pois isso seria dar um passo que ainda não demos juntos, mas terceiro.” (idem, p. 28). Essa configuração é nomeada por Lacan de tríade imaginária.

O fato de que, para a mãe, a criança esteja longe de ser apenas a criança, já que ela é também o falo, constitui uma discordância imaginária, sobre a qual se formula a questão de saber de que maneira a criança, tanto menino como menina, é induzida, ou introduzida, aí. Isso está ao alcance da experiência. Certos elementos que daí se destacam mostram-nos, por exemplo, que a criança só tem acesso a isso depois de uma época de simbolização, mas que, em certos casos, é de uma maneira de certa forma direta que ele aborda o dano imaginário – não o seu, mas aquele em que a mãe se encontra quanto à privação do falo. (idem, p. 56)

Também, por sua vez, as operações psíquicas sustentadas pela função paterna permitem uma certa estabilidade psíquica que advém do trabalho de enodamento (entre as instâncias do Real, do Simbólico e do Imaginário), que possibilita que o sujeito tenha uma existência simbólica, permitindo uma identificação, sexuação e filiação por meio das marcas propiciadas e permitidas somente através da função paterna.

O pai carrega em si um símbolo da Lei, do limite entre a mãe e o bebê, mas o pai não é somente um símbolo da Lei, antes, é o homem Real que exerce ações concretas de cuidado, proteção, intervenção e sustentação das relações familiares, os “nãos” da mãe são como um primeiro sinal do pai e,consequentemente, da Lei.

A topologia borromeana, os círculos heterogêneos representados por Lacan como R (Real), S (Simbólico) e I (Imaginário), enlaçam-se uns aos outros, supondo-se que essas dimensões sejam incessantes e indestrutíveis.

A seguir,discurrerei sobre essas instancias tão fundamentais para o psiquismo e que só podem ser mantidas unidas pela sustentação da função paterna.

O **R (Real)** é a coisa inapreensível, onde o inconsciente se sustenta. É o obstáculo do qual nada pode ser deduzido. O **S (Simbólico)** é aquele que faz com que o Real possa ser situável num lugar do espaço. O termo incide em sua própria ausência, pois é no campo discursivo, no campo da linguagem que veicula sua incidência.Sua veiculação é cifrada, essa dimensão inapreensível o envolve ao mesmo tempo em que é a partir dele que é produzido o deslizamento significante. O significante é o desejo do Outro (um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante (LACAN, 1966, p. 833)), a mãe ou cuidador que marca, que funda o sujeito com seu banho de linguagem, que é o discurso inconsciente do Outro, onde quando há qualidade na relação há uma “aposta” do que ainda não está lá, mas onde o Outro encontra interlocução e deposita seu desejo no porvir.Essas questões são examinadas pormenorizadamente na teoria e nos temas winnicottianos, como: “a loucura necessária das mães” (WINNICOTT, 1994), “a mãe dedicada comum” (idem), “a mãe suficientemente boa” (LITTLE, 1992), “a preocupação maternal primária” (idem).

O **I (imaginário)** está marcado como uma instância de desconhecimento, fantasias e alienação ao Outro. O Eu está situado no registro imaginário, é um desdobramento do estágio do espelho. O estágio do espelho de Lacan é uma experiência inaugural e primordial. A criança tem uma imagem imaginária do corpo-próprio como um corpo despedaçado, justamente pelo discurso da mãe ou cuidador que vai elegendo “pedaços” do corpo para investir e nomear em seu discurso, como em “que narizinho lindo, que barriguinha gostosa você tem”. Quando o bebê se vê pela primeira vez no espelho, ele não vê um ser despedaçado, mas coeso, contínuo, globalizado, podendo, a partir desse momento, ter duas imagens diferentes de si mesmo, a imagem inconsciente do corpo e a escópica (ou imagem especular). Para Lacan a imagem especular produz na criança um impacto de “júbilo”, enquanto que para Dolto há uma constatação feita pela criança da distância entre a imagem imaginária e a imagem refletida que o espelho lhe devolve, que surte o efeito de uma castração, pois a imagem especular contribuirá para modelar e individualizar a imagem inconsciente, que transita pelo imaginário da criança, e a assunção da autoimagem por parte da criança instaura-se com a individuação narcísica primária, já encetada pelo narcisismo fundamental. Segundo Dolto (1984; 1987), todo sujeito teria uma imagem inconsciente do corpo, constituída de vivências de imagens extremamente arcaicas e precoces de corpo, situadas na base do narcisismo.

O Eu é uma instância intrapsíquica que se destina a assegurar o equilíbrio das funções internas e, para tal, administra as instâncias do inconsciente e do supereu (derivado da função paterna, onde há a entrada do terceiro, o pai, decorrente da diferenciação eu-outro (mundo externo) (Freud, 1915b)), proveniente do narcisismo primário como resultado do estágio do espelho.

Para Freud, o Eu é uma instância oriunda do narcisismo primário e está relacionado ao sistema percepção-consciência, que é o processo responsável pela diferenciação eu-outro.

Freud não abordou a noção de sujeito em sua obra fazendo a diferenciação entre o Eu e o sujeito, apenas usou por poucas vezes o termo *subjekt*, como em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915a), a diferenciação entre Eu e sujeito emerge com Lacan.

O Eu (Freud, 1915b), que não sabe tudo sobre si mesmo, divide o sujeito entre a consciência e os apelos das pulsões provenientes do inconsciente. Suas pulsões se impõem e se opõem ao mundo externo e atravessam o sujeito à procura da satisfação de seus desejos. O Eu, num primeiro momento, é indiferente ao objeto que o inconsciente elege para satisfazer-se. Freud nomeou de Eu-real esse Eu que está em busca de obtenção de prazer e, conseqüentemente, de descarga. Somente num segundo momento, pela interferência das

proibições do supereu (fundado pela função paterna) e pelas imposições da cultura, abordado em “Mal-estar na civilização” (Freud, 1930), é que o Eu compreenderá como desprazerosas muitas das escolhas de descarga e satisfação eleitas pelo inconsciente.

Lacan debruça-se sobre o Eu-real freudiano e diz que esse eu-real não está carregado de pulsão, porque não funciona num sistema relacional entre o eu e o Outro. Este também não investe em si mesmo através do autoerotismo, sendo apenas um mediador entre as funções internas Eu, Isso (pulsões inconscientes) e o Supereu (barra que recalca as imposições das pulsões inconscientes).

Num primeiro momento, o bebê está misturado com a mãe, ele não sabe que é outro, está ligado com a mãe de forma simbiótica, mesmo porque nesse primeiríssimo momento eles realmente eram um, enquanto o bebê encontrava-se no útero materno. Lacan (1957-1958) afirma que demanda e desejo da criança é poder satisfazer o desejo da mãe.

No segundo momento, o bebê acredita ser o falo, que ele basta para a mãe. Entretanto, quando a mãe é barrada simbolicamente (castração), ou seja, impedida de fazer do bebê seu objeto de gozo, possuindo outros desejos, pois, de acordo com Lacan (1957-1958), o pai irá intervir como privador da mãe, dando limite ao desejo de ambos (mãe e bebê), o bebê passa a endereçar o desejo para outros objetos, passando para um terceiro momento de sua estruturação psíquica.

Em terceiro lugar, o pai se revela como aquele que tem. É a saída do Complexo de Édipo. Essa saída é favorável na medida em que a identificação com o pai é feita nesse terceiro tempo, no qual ele intervém como aquele que tem o falo. Essa identificação chama-se *Ideal do eu*. Ela vem inscrever-se no triângulo simbólico no polo em que está o filho, na medida em que é no polo materno, que começa a se constituir tudo o que depois será realidade, ao passo que é no nível do pai que começa a se constituir tudo o que depois será o supereu. (LACAN, 1957-1958, p. 200-201)

Lacan (1962-1963) distingue o eu (*moi*), que é o sujeito da construção imaginária, do eu (*je*) sujeito do inconsciente, logo, sujeito do desejo. O sujeito lacaniano é o sujeito do inconsciente que só existe no campo da linguagem.

Sendo assim, Jerusalinsky afirma, em seu trabalho “Saber falar – Como se adquire a língua?” (2008), que o sujeito desejante é efeito do campo da linguagem, pois é por meio das primeiras relações entre a mãe e o bebê que esta vai lhe dando um banho de linguagem, que vai marcando o corpo do bebê num processo que o autor denominou letra a letra. É um sujeito-efeito das inscrições da “gramática do desejo materno”, que vai marcando o corpo do bebê nesse processo. Ele aponta que desde as primeiras manifestações do bebê são legíveis

para a mãe e não somente da ordem da observação, essa gramática marca o corpo do bebê transcrevendo o mundo sobre esse corpo e traduzindo o mundo para esse sujeito.

A conclusão a que se chega frente a todas essas formulações é que todo bebê está inserido no universo da linguagem e é através dela que o Outro (mãe ou cuidador) lhe introduz no mundo que já existia antes de sua chegada e é também através do Outro e da linguagem que este lhe transmite que o bebê, futuro sujeito desejante, passa a fazer sua própria leitura de mundo, porém sempre a partir da leitura que o Outro transmitiu.

Ainda que o sujeito passe por um processo de análise, sempre estará um pouco alienado ao Outro que o fez surgir, como corpo e como sujeito do desejo.

Essa alienação, meu deus, não se pode dizer que ela não circula hoje em dia. O que quer que se faça, sempre se está um pouquinho mais alienado, quer seja no econômico, no político, no psicopatológico, no estético e assim por diante. Não seria mau, talvez, ver no que consiste a raiz dessa famosa alienação. (...) O sujeito está condenado a só se ver surgir *in initio*, no campo do Outro (Lacan, 1964, p. 205-206).

A mãe como Outro primordial não é apenas importante, mas fundamental, para que através de seu desejo, o sujeito venha a insurgir. Porém, do mesmo modo é fundamental que o pai esteja inserido nessa relação, para que através de sua função simbólica, que é a função paterna, o desejo da mãe pelo bebê possa sofrer a mediação de sua intervenção e possa haver limites do gozo materno sobre o bebê.

A função paterna também será responsável devido ao impedimento que impõe pela castração, de colocar um vazio no psiquismo do bebê que precisará ser preenchido por algo, um objeto de desejo, pois era com o que ele, o bebê, gozava de uma completude ao identificar-se imaginariamente como objeto que faltava à sua mãe, ou seja, o falo.

O confronto da função paterna, ou seja, a Lei do Pai, que coloca o impedimento de uma vivência de gozo absoluto com a mãe e, junto a ela, coloca o bebê ou a criança em falta, fazendo-o adentrar o Complexo de Édipo. Esse complexo fará com que imaginariamente a criança, pela fantasia, acredite que o pai tem isso que completa a mãe, indo se identificar com ele para que possa ter aquilo que a mãe deseja, fazendo com que adentre a existência simbólica da identificação, da filiação, da sexuação, apropriando-se do que já fora transmitido e autenticado a priori pela figura materna.

O sujeito-efeito já referido anteriormente é resultado do funcionamento e da incidência dos discursos históricos e culturais mediados pela leitura de mundo dos grandes Outros, a mãe e o pai, o que produz marcas e inscrições psíquicas que serão organizadas na cadeia significantes (ter o discurso organizado dentro de si) a partir da Lei paterna, o Nome-do-Pai, a

partir da proibição do incesto, de ser um com a mãe, o objeto de desejo primordial.

Mas, o ponto em que queremos insistir é que não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade –, ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei. (LACAN, 1966, p. 585)

Na obra de Winnicott (1957), é apontado o quanto o pai é tão valioso quanto à mãe, primeiramente porque o pai ajuda a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito para poder dedicar-se ao bebê, o bebê, por sua vez, percebe o relacionamento dos pais, o ambiente que acontece a sua volta e, quando este é harmonioso, o bebê sente-se mais seguro, sendo mais tranquilo de lidar com ele.

Posteriormente, pelo fato de o pai ser fundamental para dar amparo à mãe, como apoio moral, sustentação à lei e à ordem que está implanta na vida da criança. Um terceiro ponto a se destacar na figura paterna é que esse sujeito Real é extremamente valioso por sua singularidade e por todas as outras atribuições que lhe conferem um lugar único e que o distinguem dos outros homens.

Nesse ponto o pai pode ajudar. Pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule à vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter de ocupar-se das coisas externas que acontecem à sua volta, numa época em que ela tanto precisa concentrar-se, quando tanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus próprios braços e no centro do qual está o bebê (WINNICOTT, 1957, p. 27).

2 Apresentação da Pesquisa de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)

2.1 Criação e relevância do instrumento IRDI

Neste capítulo, farei uma exploração do instrumento IRDI: a importância para a intervenção precoce, a relevância da pesquisa, o objetivo da pesquisa IRDI, a origem da demanda do instrumento, o IRDI como expressão das inúmeras nuances do encontro com o Outro, a fundamentação do instrumento e a sua criação, além das questões e desdobramentos que ocorreram durante a utilização do instrumento IRDI em campo.

A atenção à saúde da criança no Brasil foi implementada pelo Ministério da Saúde através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que existe no Brasil desde 1984 e que visa o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo como estratégia fornecer assistência às crianças menores de cinco anos, com serviços da rede básica de saúde implantados pelo Ministério da Saúde.

Dentre as ações previstas pelo programa é priorizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil para identificação precoce de processos patológicos, favorecendo assim a intervenção, o diagnóstico precoce e o acompanhamento da evolução dos casos.

Wing e Potter (2002) afirmam que a incidência do diagnóstico de autismo tem aumentado muito na população nos últimos anos e situam que, após o estudo original de Kanner publicado em 1943 – em que o autismo era raro, com uma prevalência em torno de duas a quatro por dez mil crianças – pesquisas evidenciam aumentos anuais na incidência de autismo em crianças a partir da década de 1990.

Têm sido relatadas prevalências de autismo de 60 por dez mil crianças, ou até maiores, por intermédio de um critério de diagnóstico expandido. As possíveis razões para esse aumento incluem novos critérios para diagnóstico, desenvolvimento do conceito de espectro de autismo, diferentes metodologias utilizadas no decurso dos estudos, maior percepção e conhecimento do problema pelos pais e profissionais, desenvolvimento de serviços especializados, além do aumento real do número de casos.

Em relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2001, nota-se a incidência e prevalência de transtornos mentais infantis entre 10 a 20% da população. A atenção dada à

assistência fornecida à população, entretanto, é evidentemente insuficiente, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao que se refere ao acompanhamento e tratamento.

Dada a prevalência dos casos de autismo nas crianças, muitos pesquisadores tem se debruçado sobre os estudos de detecção de sinais precoces de transtornos do desenvolvimento infantil, dentre eles podemos destacar Laznik (2004), na Associação PRÉAUT, na França, como um dos trabalhos pioneiros no campo da psicanálise.

Esse trabalho tem como objetivo detectar sinais iniciais de evolução autística. A autora acima citada desenvolveu uma ampla pesquisa envolvendo 25.000 bebês e cerca de 600 pediatras do serviço público francês, utilizando sinais preditivos ou indicadores clínicos em bebês de 0 a 18 meses.

A pesquisa de Laznik (2004) incitou outras pesquisas no Brasil, dentre elas podemos destacar a pesquisa realizada pelas prof.^{as} S. Rabello e P. Visani (2012), da PUC-SP, e pela prof.^a Maria Cristina Machado Kupfer, do IP-USP, intitulada “Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise”, o que configurou um Projeto Temático da FAPESP no período 2004-2008.

O referido projeto temático propôs como principais objetivos verificar o poder dos indicadores para detecção de problemas de desenvolvimento na infância. Os resultados apontaram a capacidade dos IRDIs para predizer problemas de desenvolvimento e destacaram ainda 15 indicadores com capacidade de predizer risco psíquico para a constituição subjetiva (Cf. LERNER; KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2009)².

Desse modo, a partir de uma iniciativa governamental e do aumento dos casos de autismo, surge a necessidade de um instrumento que não gere muitos custos ao serviço público, que possa ser acessível e de fácil utilização para as pessoas das múltiplas áreas e que fosse favorável à identificação precoce de uma possível configuração patológica nos bebês.

Porém, devemos nos ater ao fato de que se não fizermos uso comedido do instrumento, poderemos cair num engodo, posto que o instrumento é ínfimo diante do sujeito humano. Não quero e não estou de forma alguma desmerecendo o instrumento, apenas como psicanalista sei que o humano transcende o mensurável. Mediante Dolto, é possível elucidar a questão, “A

² Para os fins da pesquisa, considerou-se que problemas de desenvolvimento sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança sem questionar a instalação do sujeito psíquico. Risco psíquico, por sua vez, seria uma categoria que compreende as dificuldades do desenvolvimento sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva, apontando problemas mais estruturais, um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento (Cf. KUPFER et al., 2009).

dança é uma linguagem, e essa linguagem não é apenas uma satisfação do corpo ou do corpo-a-corpo. É uma arte que transcende o corpo.” (Dolto, 1999, p. 31).

Ou ainda quando Françoise Doltonos faz refletir que o ser humano, como organismo biológico, busca se enlaçar no universo da linguagem para que possa advir como sujeito. “Para mostrar a vocês como agir é linguagem” (Dolto, 1999, p. 02).

O IRDI é um instrumento que se faz importante e fundamental quando nos permite vislumbrar as sutilezas e nuances da relação, do laço, da linguagem, além de nos permitir através dele, como uma porta, a aproximação do pequeno *infanse* de sua relação com o Outro parentale poder ajudá-lo quando surgem sinais de sofrimento precoce, nesse momento tão delicado e tão sutil de sua incipiente vida.

Os indicadores IRDI foram construídos tendo como base a noção psicanalítica de sujeito e a noção de estrutura, que é o que diferencia o desenvolvimento organicista do sujeito, embora haja entre esses aspectos uma interdependência. Quando for falar, mais adiante, neste mesmo capítulo, dos quatro eixos teóricos psicanalíticos que fundamentaram os indicadores, a noção de sujeito para psicanálise e a noção de estrutura à que me refiro serão abordadas com mais acuidade.

O instrumento possuía inicialmente 31 Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e tem sido utilizado para a detecção de autismo, atualmente, com 33 indicadores. Essa mudança ocorreu devido à importância de tais indicadores evidenciarem que dificuldades com os gestos e com a ação de tomar algo que se estenda à criança aos 12 meses são sinais significativos de tendência ao autismo (LERNER, 2011).

Todas as faixas dos protocolos do instrumento IRDI³ solicitam o preenchimento das seguintes informações: nome da criança, data de nascimento, número na pesquisa, campo onde está sendo aplicado o instrumento, número do prontuário, profissional que aplicou, data de aplicação, nome do cuidador que acompanhou a criança e, em seguida, um campo para assinalar com um “x”, se o cuidador que acompanhou o bebê foi a mãe, o pai ou outro, no caso de assinalado o campo “outro”, há um campo à frente para que haja a identificação de quem foi a pessoa que acompanhou (avós, tios, vizinho etc.).

Os protocolos são divididos por faixa etária:

- Protocolo IRDI – 1ª ficha de aplicação: 0 a 3 meses e 29 dias

³ Os protocolos do instrumento IRDI encontram-se na seção destinada aos anexos, assim como o instrumento MChat, uma vez que ambos os instrumentos são utilizados em campo e terão os dados obtidos através deles equiparados.

- Protocolo IRDI – 2ª ficha de aplicação: 4 meses a 7 meses e 29 dias
- Protocolo IRDI – 3ª ficha de aplicação: 8 meses a 11 meses e 29 dias
- Protocolo IRDI – 4ª ficha de aplicação: 12 meses a 17 meses e 29 dias.

Na época de construção do instrumento IRDI, o Grupo Nacional de Pesquisa⁴ responsável pela construção dos IRDI partiu da experiência clínica acumulada dos pesquisadores através de entrevistas e análises com crianças pequenas, da capacitação e/ou transmissão da noção de sujeito que advém da transferência.

Embora tenham dispensado somente no primeiro momento de realização da pesquisa a fundamentação teórica, conceituaram, no entanto, de forma fidedigna os quatro grandes eixos teóricos psicanalíticos que fundamentam os indicadores. São eles: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e instalação da função paterna.

Posteriormente, contaram com o embasamento teórico psicanalítico de que o nascimento do sujeito acontece na transferência com os Outros, ou seja, com as figuras paterna e materna ou quem faz a função destes.

A pesquisa multicêntrica utilizou um desenho de corte transversal e um estudo longitudinal numa amostra de 674 crianças atendidas nas clínicas pediátricas em unidades de saúde de nove cidades brasileiras. Após três anos, as crianças foram avaliadas por meio de uma Avaliação Psicanalítica (AP3) e uma Avaliação Psiquiátrica e averiguadas as associações com os indicadores.

Os resultados do estudo IRDI validaram a capacidade de predição de riscos de transtornos para o desenvolvimento infantil (LERNER; KUPFER, 2008).

É importante ressaltar que os indicadores não são indicadores de doença, a ausência de dois ou mais indicadores indica sofrimento e pede nossa atenção, uma vez que podem favorecer a origem de problemas durante o desenvolvimento da criança. Esse esclarecimento

⁴ O Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) é a denominação dada ao grupo de *experts* reunidos pela profª Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), para construir o protocolo de indicadores e conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. O grupo foi constituído pela profª Dra. Leda M. Fischer Bernadino, da PUC do Paraná, Paulina S. B. Rocha e Elizabeth Cavalcante, do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e Maria Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele de B. Wanderley, de Salvador, profª Dra. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Regina M. R. Stelin, da Universidade de Fortaleza (Unifor), Flávia G. Dutra, de Brasília, prof. Dr. Otavio Souza, do Instituto Fernandes Figueira (IFF), do Rio de Janeiro, Silvia E. Molina, do Centro Lydia Coriat, de Porto Alegre, com coordenação técnica de Maria Eugênia Pesaro, coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional da profª Dra. Maria Cristina M. Kupfer.

se faz necessário para que os indicadores não se tornem o objetivo e o fim de puros signos de doença (PESARO, 2010).

Na pesquisa com o instrumento IRDI, há uma legenda instruindo a utilizar P, para sinalizar presença do indicador, pois a presença dos indicadores significa que o desenvolvimento está ocorrendo; utilizar A, para sinalizar ausência do indicador, que significa risco para o desenvolvimento; e utilizar NV, quando não foi possível a verificação desse indicador.

O autismo e demais patologias/transtornos provenientes de comprometimento psíquico se estabelecem no sujeito, pois este é o ponto de enlaçamento entre a predisposição genética somada ao ambiente sociocultural que pode ser favorecedor para que patologias emerjam.

A pesquisa foi demandada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), cujo desenho para a construção e a necessidade do instrumento partiu de uma metodologia experimental para a incorporação de indicadores psíquicos na ficha de acompanhamento do desenvolvimento, que é um instrumento integrante das Normas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

O instrumento surge sob a necessidade de um método experimental e de pesquisa, porém, em contrapartida, sua fundamentação ocorre por meio de um recorte teórico psicanalítico, e sua construção se dá embasado na experiência clínica de seus idealizadores, o que abre para uma discussão interessante a respeito dos métodos e, simultaneamente, para uma expansão e troca de conhecimentos entre as áreas afins.

O instrumento foi validado para uso pediátrico, porém tem sido amplamente difundido e utilizado por pesquisadores, estudiosos e profissionais que lidam com bebês e em especial por profissionais com foco na detecção e acompanhamento.

Entretanto, os IRDIs sofreram adaptações para expansão de seu uso no campo da educação na tese de doutorado de Mariotto (2009), na mesma direção de estudo desenvolveram-se outros trabalhos.

Em consequência da difusão e utilização do instrumento, a psicanálise vem dialogando com outras áreas do saber, como a articulação da psicanálise com a saúde pública, devido à utilização de campo de pesquisa como CAPS e instituições que trabalham com bebês e crianças pequenas e utilizam o instrumento como medida preventiva, contribuindo e conjuntamente agregando conhecimentos, o que é enriquecedor para ciência de um modo geral (KUPFER; VOLTOLINI, 2008).

Nos indicadores IRDI são priorizados os comportamentos observáveis, mas quando estes não são possíveis durante o acompanhamento, os pais ou cuidadores são interrogados.

A ausência de dois ou mais indicadores sinaliza que a criança, embora esteja se desenvolvendo, está enveredando para algum tipo de comprometimento, seja do desenvolvimento, psíquico ou estrutural.

Para o tratamento clínico, os bebês chegam através dos profissionais que fazem o trabalho de acompanhamento das primeiras consultas durante a primeira infância, são eles os pediatras, geneticistas, neurologistas, enfermeiros, orientadores educacionais, profissionais que utilizam o instrumento IRDI como auxílio para detecção, capacitados a perceber a sutileza⁵ com que algo não vai bem com o pequeno *infans*, quando o problema já excedeu a possibilidade de acompanhamento no âmbito médico, educacional ou no núcleo familiar quando há estranhamento no comportamento ou uma dificuldade relacional.

O IRDI apoia-se em quatro eixos fundamentais que orientam as funções e o desenvolvimento tanto psíquico, quanto físico do pequeno *infans*. Com o instrumento e seus indicadores, é possível apreender a relação da mãe com o bebê, seu posicionamento ou de quem exerce a função de cuidador, também o contrário, ou seja, o posicionamento do bebê em relação à mãe ou ao cuidador e cuja percepção com o auxílio do instrumento irá resultar em uma expressão sobre a qualidade dessa relação.

2.2 Os quatro eixos e seus fundamentos

2.2.1 Eixo 1: Suposição de sujeito (SS)

É o sujeito de que trata a psicanálise, ou seja, o sujeito do inconsciente, porém, esse sujeito no *infans* só é possível se antecipado pela mãe, que pode pressupor o que ainda não está lá.

O sujeito incipiente que é o bebê é investido porque é desejado inconscientemente por sua mãe, que se posiciona frente ao bebê convocando-o pelo júbilo que é denunciado através do manhês, o desejo contido na emissão de sua voz. Não é o que a mãe ou cuidador falam ao pequeno *infans*, é a prosódia, as escansões, as extensões, o ritmo, a musicalidade contida na voz que revela o desejo e o convoca a vir a ser.

⁵ Sutileza, pois as dificuldades não estão explícitas, mas implícitas nas falas parentais, no desencontro da relação (mãe/bebê), na dificuldade de olhar, na expressão corporal do bebê, da mãe, na ausência do manhês, etc.

O lactente para assumir-se ele próprio, deve ser assumido por um outro; ele sozinho não pode ter a experiência de existir. Aquele que cuida do bebê deve transmitir-lhe não só a ideia de que ele é, mas a ideia de que ele será, a ideia daquilo que se tornará. É o projeto desejante para a criança que a torna viva.” (MATHELING, 1999, p. 43)

A mãe funciona como uma intérprete para o bebê, atribuindo sentidos de desejos e necessidades aos seus vagidos. Quem efetua os cuidados com o bebê seja a genitora ou cuidador, situa-o numa filiação, numa história parental, o bebê antes de nascer no corpo, nasceu no desejo e na linguagem.

Esse desejo transpareceu com clareza simbolizado por Honoré Balzac em seu texto *A mulher de trinta anos*, do qual selecionamos o trecho abaixo:

Ah! o amor me fez sonhar uma maternidade maior, mais completa; eu acariciei num sonho desvanecido a criança que os desejos conceberam antes que fosse gerada, enfim, essa deliciosa flor nascida na alma antes de nascer para a vida. (Balzac, 1985, p. 97)

No instrumento IRDI a suposição de sujeito pelo Outro (mãe ou cuidador) é demonstrada pela participação e investimento do Outro como operador das estruturas mentais do bebê, tanto a atribuição de sentido às produções da criança, como a atribuição de um sujeito ao pequeno *infans*, confere ao Outro um lugar de extrema importância em relação à estrutura e ao aparelho mental da criança.

Abaixo, os indicadores que foram fundamentados e separados a partir de sua construção embasada nos quatro eixos teóricos (PESARO, 2010) que demonstram a suposição de sujeito pela mãe ou cuidador caso possa ser verificado como presente (P) na relação mãe–bebê:

- 1 Quando uma criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?
- 2 A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”)?

2.2.2 Eixo 2: Estabelecimento da demanda (ED)

É representado pelo apelo do bebê que convoca o Outro, ou seja, a mãe ou cuidador a satisfazê-lo.

Há um movimento em busca de uma troca prazerosa na relação entre a mãe e o bebê, onde existe uma manifestação dos desejos que se configuram nas várias formas da pulsão.

A demanda é um pedido que o bebê envia pelo choro, grito, descarga motora, que sinaliza para mãe que precisa de algo. Esta fará uma leitura e decodificará esse pedido, nomeando uma necessidade de seu bebê, na tentativa de satisfazê-lo.

Em Lacan, a pulsão, portanto, não é mais um conceito de articulação entre o biológico e o psíquico, mas, sobretudo, um conceito que articula o significante e o corpo. Porém, esse corpo não é o organismo, é uma construção que implica uma imagem totalizante, i(a), em cuja composição o olhar do Outro desempenha um papel importante. (LAZNIK, 2004, p. 94)

Esse jogo na relação mãe-bebê estabelece a presença do circuito pulsional, é importante ressaltar que o circuito pulsional está presente nos quatro eixos do IRD. É a partir do circuito pulsional que vão se estabelecer as questões relacionadas aos demais eixos sob o qual a criança irá se desenvolver e se organizar.

Quando falo da teoria das pulsões, começo mostrando como Lacan releu a teoria freudiana separando, definitivamente, necessidade e satisfação pulsional propriamente dita. Em outras palavras, como ele separa o registro orgânico de um registro que não seria apenas orgânico. É muito importante para a clínica do autismo. Pois a criança autista possui um organismo que parece perfeitamente capaz de se manter em vida. Na França, pelo menos, os autistas estão em bom estado físico, sua saúde é boa, mesmo em uma idade adulta avançada. É preciso separar o conceito de pulsão daquilo que seria o instinto de sobrevivência; senão não poderemos trabalhar. A primeira coisa que trabalho com os médicos é esta distinção entre a noção de pulsão e a de necessidade. Isto é uma leitura lacaniana, pois Freud (1915), em *As Pulsões e suas vicissitudes*, oscila. Ele começa dizendo que a fome e a sede são pulsões, mas, como observa Lacan, a própria coerência do texto nos leva a pensar que não se trata de pulsões verdadeiras. As verdadeiras pulsões são as que Freud chama *pulsões sexuais parciais*. Qual é a primeira que ele descreve? Olhar-se e ser olhado. É curioso, não? Certamente, ele chama a isso *exibicionismo e voyeurismo*; mas Freud, neste texto, não está interessado pela perversão. O que ele descreve é o estabelecimento da pulsão. (LAZNIK, 2004, p. 167)

No caso da “suposição do sujeito” (eixo 1), a pulsão invocante se caracteriza pela antecipação do sujeito do desejo (sujeito do inconsciente) realizada pela mãe ou cuidador, que ainda não está de fato instaurado, porém em vias de constituir-se, especialmente por esse investimento do Outro. O bebê, quando tudo vai bem diante dessa antecipação materna, sente intenso prazer e a essa manifestação do bebê a mãe responde com manifestações de júbilo, que se refletem, por exemplo, em seu olhar, sua voz (manhês), o que fará com que o bebê busque corresponder ao que foi antecipado sobre ele. Desse modo, a subjetividade ainda não instalada pode efetivamente constituir-se (KUPFER et al. 2009).

Quanto ao “estabelecimento da demanda” (eixo 2) a pulsão invocante aparece nas reações involuntárias do bebê, tal como o choro, os balbucios que são reconhecidos pela mãe

ou cuidador como um pedido que o bebê está dirigindo a ela. O reconhecimento do pedido pela mãe é lido pela psicanálise como a possibilidade de construção de uma demanda.

Lacan (1964) vai dizer que a demanda é sempre um apelo de amor, na forma de demandar do Outro (mãe ou cuidador), essa demanda estará presente para o sujeito durante todas as suas relações, manifestando-se inconscientemente na linguagem e nas próprias relações.

O que se passa no registro do olhar, também acontece no registro acústico. Quando uma mãe, cuidando de seu bebê, fala com ele, o bebê lhe responde com um som qualquer. Também este som é investido falicamente pela mãe, ela escuta algo que vai além de um barulhinho; ela o traduz, isto se torna, por exemplo, um “*mamãe!*”. Ela lhe responde então: “Sim, meu bebê, eu te amo”. E assim por diante. E quando o marido chega, ela lhe diz: “Papeamos a manhã toda”. (LAZNIK, 2004, p. 166)

As ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente correspondem ao eixo 3 – “alternância da presença e ausência”.

A pulsão invocante no bebê deseja avidamente a presença materna. Porém, a ausência materna é marcada no psiquismo do bebê como um acontecimento que o obriga a desenvolver uma forma subjetiva para simbolizar e lidar tanto com a ausência da mãe, como posteriormente com toda ausência humana que ocorrer durante sua existência. Sendo assim, a presença da mãe não será apenas física, mas, sobretudo, simbólica.

Esse mesmo mecanismo também é expresso na experiência de satisfação das demandas associadas pela mãe e registradas no psiquismo na forma de presença materna, porém espera-se que haja um intervalo no qual a criança possa manifestar sua resposta a essa saciedade. Dessa maneira, irá criar-se um circuito pulsional de demandas e respostas futuras, tanto na relação mãe-bebê como nas futuras relações.

No eixo 4, “função paterna”, busca-se encontrar os efeitos na criança que presentifiquem a operação dessa função, que baliza as ações maternas. Sendo a função paterna uma terceira instância, ela produz o efeito de uma separação simbólica entre a dupla mãe-bebê, sofrendo também os efeitos da cultura.

A mãe submetida à função paterna em sua estrutura leva em consideração os parâmetros culturais que convocam a criança e ela na aquisição desses parâmetros, pois a função paterna carrega em si a transmissão da cultura, tirando a criança da condição de objeto voltado unicamente para a satisfação do Outro.

É da função paterna que depende a separação entre mãe–bebê para a singularização da criança como sujeito e sua diferenciação em relação ao corpo e à separação das palavras maternas (KUPFER, 2009).

Por fim, o bebê obtém satisfação pelo fato de esse Outro (mãe ou cuidador) saber o que ele deseja: sumir e reaparecer, falar de um jeito que o captura (manhês). Por outro lado, o bebê se coloca no lugar do objeto de ser gozado pelo Outro, por perceber o prazer que provoca nesse Outro que lhe transmite isso através da voz, do olhar, do toque, assim como na relação estabelecida com ele, por isso é preciso uma instância de basta, separadora, para que a criança não fique alienada nesse circuito pulsional, mas que possa expandi-lo, buscando outras fontes de prazer, mesmo que todas sejam reflexo da busca do prazer experimentado nesse primeiro momento da constituição, pois é nesse descolamento que se dará sua diferenciação psíquica e corporal, podendo, assim, apropriar-se de suas próprias palavras para falar de si.

Abaixo os indicadores que foram fundamentados e separados a partir de sua construção embasada nos quatro eixos teóricos (PESARO, 2010), referente a esta seção sobre o estabelecimento da demanda:

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

2.2.3 Eixo 3: Alternância entre presença e ausência (PA)

Esse eixo tem a ver com a alternância entre a presença e momentos de ausência do agente materno ou cuidador, no cuidado cotidiano com o bebê. A presença repetitiva da mãe ou cuidador, uma certa estabilidade de sua aparição para suprir as diversas necessidades pulsionais e físicas do bebê, proporciona a ele um sentimento de coesão (unidade), de continuidade e cuja estabilidade assegura uma possibilidade de sua existência.

A alternância presença e ausência são importantes para a criança para construção da imagem corporal e como um espaço para que haja a incidência da função paterna.

A variação de presença e ausência da mãe marca para a criança que há na mãe outros desejos que não só pela criança. Essa variação tem uma estreita relação com a função paterna, pois faz com que a mãe tenha que movimentar o seu posicionamento para outros desejos, diante da condição que à barra para o gozo obtido na relação entre ela e seu bebê, pois mostra que existe um assujeitamento da mãe que a faz não toda e que consequentemente reconfigura os sentidos que ela atribui as produções do bebê, permitindo também que o sentido que o bebê emite tenha um novo impacto para mãe ou cuidador que o recebe.

Winnicott (1971) fala da capacidade das mães em serem *suficientemente boas*, que compreende ser uma mãe não toda, é uma mãe que não sabe tudo sobre seu filho, não faz uma leitura infalível da criança, é uma mãe que falha e apesar de suas falhas, busca corrigir-se, o que revela sua natureza humana e humaniza a criança também.

A mãe não é uma máquina, é um ser humano, erra, busca remediar seus erros, eis aí a função da alternância, que não faz da mãe um ser perfeito, nem todo, o que também seria comprometedor para constituição do sujeito, mas alguém que busca adaptar-se ao novo sujeito: o *infans*. Winnicott vai dizer que a criança não precisa de uma maternagem perfeita, mas de alguém que consiga possibilitar uma adaptação boa e possível.

Abaixo os indicadores que foram fundamentados e separados a partir de sua construção embasada nos quatro eixos teóricos (PESARO, 2010), referentes à alternância entre presença e ausência:

- 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação?
- 6- A criança começa a diferenciar o dia da noite?
- 8- A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta?
- 9- A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases?
- 11- A criança procura ativamente o olhar da mãe?
- 12- A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço?
- 13- A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva?
- 17- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular?
- 18- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela?
- 19- A criança possui objetos prediletos?
- 22- A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada?

2.2.4. Eixo 4: Instalação da função paterna (FP)

É preciso que a mãe esteja marcada pela Lei paterna simbólica em sua estrutura – “Está bastante claro que o pai não castra a mãe de uma coisa que ela não tem”(LACAN, 1957-1958, p. 191) – para que o pai possa adentrar a relação entre a mãe e o bebê e impedir que a mãe viva somente para o bebê, contribuindo para uma organização psíquica do pequeno *infans*, auxiliando para que a criança venha a se tornar uma unidade, um sujeito e não uma extensão da mãe como eram fisicamente durante o tempo da constituição corporal do bebê.

Mesmo enquanto intraútero, a criança é um sujeito que virá a ser, pois é falado como um sujeito que possui peculiaridades. No caso das mães não marcadas pela Lei Simbólica de que nos fala Lacan, Aulagnier (1990) vai dizer que para essas mães é como se não houvesse nada intraútero, elas não podem funcionar como intérpretes do desejo desse sujeito, o pequeno *infans*, porque não há sujeito e sim apenas um prolongamento delas mesmas.

Para que o bebê venha a constituir-se como um sujeito é preciso que o agente maternante ou cuidador sustente a instalação da alteridade que, embora incipiente, é efetiva, e as produções do bebê que são pressupostas, antecipadas pelo desejo materno, desejo daquilo que ele venha a ser, esse desejo abre a possibilidade de um espaço para que o pequeno *infans* possa realizar suas produções e construções.

A mãe faz esses investimentos todos sobre o bebê, e o pai “com seu papel” de função simbólica é aquele que sustenta a mãe dando-lhe apoio para que desempenhe suficientemente seu papel e primordialmente sustentando a lei e a ordem que vem sendo estabelecida nesse meio relacional, porém só é possível que o pai faça sua função se a castração estiver estruturalmente marcada na mãe.

Abaixo os indicadores que foram fundamentados e separados a partir de sua construção embasada nos quatro eixos teóricos (PESARO, 2010), referentes à instalação da função paterna:

- 23- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses?
- 24- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas?
- 25- A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno?
- 26- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede?
- 27- A criança olha com curiosidade para o que interessa à sua mãe?
- 28- A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai?

- 29- A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos?
- 30- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança?
- 31- A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios?

3 Método

A pesquisa principal e maior da qual esta é um desdobramento, já foi apresentada com acuidade no capítulo anterior, porém é importante salientar que esta atualpesquisa é mais uma vertente dos diversos desdobramentos dessa pesquisa principal que é muitoextensa e bastante anterior à esta atual.A pesquisa a que me refiro foi idealizada pelo GNP e vem sendo realizada desde 1999, com financiamento do Ministério da Saúde, do CNPq e da Fapesp (projeto temático 2003/09687).

A pesquisa teve início com o desenvolvimento do instrumento IRDI, composto por 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança.Após a criação do instrumento, a equipe capacitou pediatras para que o instrumento pudesse ser empregado em consultas nas unidades básicas e/ou centros de saúde, a fim de que se pudesse detectar precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil.

3.1 Plano de trabalho

Os campos selecionados para execução da pesquisa foram oHospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado no Distrito de Saúde do Butantã, São Paulo;osCentros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de São Paulo;o Instituto de Psiquiatria(IPq); o Centro de Referência da Infância e da Adolescência (Cria); a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA);o Centro de educação especializada, Centro Lumí, que tem foco no tratamento e educação de crianças autistas e os CAPSide Embu.

A equipe era composta dos seis integrantes descritos abaixo com seus respectivos campos de atuação:

Angela (doutoranda): IPq e UPIA (para aplicar os instrumentos IRDI e M-Chat em irmãos de crianças autistas e demais instrumentos contidos em seu trabalho como o AP3 (Avaliação Psicanalítica aos três anos) e CARS (ChildhoodAutismRatingScale – Escala de avaliação para autismo infantil), para avaliação de bebês); CAPSide Santo Amaro, Mooca, Ipiranga e Vila Prudente (para aplicar os instrumentos já mencionados em irmãos de crianças autistas e também em outros pacientes bebês quando houvesse no serviço) e HU (aplicação

dos instrumentos IRDI e M-Chat) em quantos bebês dentro da faixa de idade exigida pelos instrumentos fosse possível encontrar nesse serviço.

Gabriela (doutoranda): Cria, IPq (para aplicar os instrumentos IRDI e M-Chat em irmãos de crianças autistas e demais instrumentos contidos em seu trabalho como o AP3 e o CARS, que utilizam para avaliação de bebês) e CAPSi de Guarulhos, Jabaquara, Mooca e Lapa (para aplicar os instrumentos já mencionados em irmãos de crianças autistas e também em outros pacientes bebês quando houvesse no serviço).

Nathália (mestranda):Lumi, CAPSide Ipiranga, Brasilândiae Mooca e HU (aplicação dos instrumentos IRDI e M-Chat) em quantos bebês dentro da faixa de idade exigida pelos instrumentos fosse possível encontrar nesses serviços e em bebês irmãos de criança diagnosticada como autista

Márcia (mestranda):HU, UPIA, CAPSide Santo Amaro, Mooca, Vila Prudente (aplicação dos instrumentos IRDI e M-Chat) em quantos bebês dentro da faixa de idade exigida pelos instrumentos fosse possível encontrar nesses serviços e em bebês irmãos de criança diagnosticada como autista.

Ana (mestranda):capacitação de enfermeiros e ACS (Agentes Comunitários de Saúde) para aplicação dos instrumentos IRDI e M-Chat nos CAPSido Embu e, se possível,em todos esses casos em que a aplicação dos instrumentos foi realizada por enfermeiros e ACSs, era necessário que houvesse uma reaplicação por nossa equipe para que fosse constatado que essas aplicações eram confiáveis (processo de confiabilidade da aplicação dos instrumentos), mas devido ao grande número de casos para aplicação não foi possível para a equipe abarcar toda essa demanda.

Andréia (mestranda):capacitação de enfermeiros e ACS para aplicação dos instrumentos IRDI e M-Chat nos CAPSido Embu e, se possível, em todos esses casos em que a aplicação dos instrumentos foi realizada por enfermeiros e ACSs, era necessário que houvesse uma reaplicação por nossa equipe para que fosse constatado que essas aplicações eram confiáveis (processo de confiabilidade da aplicação dos instrumentos), mas devido ao grande número de casos para aplicação não foi possível para equipe abarcar toda essa demanda.

Na seção seguinte, referente ao desenvolvimento da pesquisa, explicitarei os critérios que levaram a equipe de pesquisadores a selecionarem os campos acima relatados, assim como o decorrer do trabalho nesses locais.

Porém, antes que nós pesquisadoras, fôssemos a campo, passamos por um processo de capacitação para aplicação do instrumento IRDI que consistiu em ler a apostila de capacitação

desenvolvida pelo grupo de experts do GNP, assistir a inúmeros vídeos em que um grupo de pediatras do HU foi capacitado para aplicação do instrumento. Nesses vídeos, estão diversos bebês em atendimentos individuais de rotina, acompanhados de seus pais ou responsáveis e que o pediatra está interrogando e também procurando investigar os indicadores do instrumento dentro de suas respectivas faixas etárias. Durante cada vídeo a que assistimos, aplicamos o IRDI em conformidade com cada faixa etária dos bebês para verificar se os indicadores estavam presentes, ausentes ou não verificados.

Também participamos de aulas, palestras, congressos com conteúdo relacionado ao desenvolvimento, à psicanálise, à detecção precoce etc. Essas aulas referem-se tanto às disciplinas obrigatórias para conclusão do mestrado, como ao próprio decorrer de nossa trajetória nesse âmbito.

O andamento do plano de trabalho, após a abertura dos campos e preparação para adentrá-los, a organização para alcançar o objetivo da pesquisa foi que houvesse duas subamostras, uma contendo crianças consideradas em risco, avaliadas pelo instrumento IRDI, e outra contendo crianças consideradas sem risco, também com avaliação do instrumento IRDI, ambas as amostras foram submetidas ao M-Chat, instrumento já validado para tal detecção e utilizado no mundo todo para esse tipo de pesquisa.

O instrumento IRDI foi aplicado pelas pesquisadoras em quantos bebês foram possíveis nos HU, com o consentimento dos pais sobre a participação na pesquisa. Antes da aplicação do instrumento IRDI, os pais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo), nesse documento consta um breve esclarecimento do objetivo do IRDI e também do M-Chat, ambos com a finalidade de captar riscos para o desenvolvimento do bebê.

Além do termo de consentimento livre e esclarecido e da aplicação do instrumento IRDI, coletamos em campo outros dados dos prontuários dos pacientes participantes da pesquisa. Esses dados são algumas variáveis clínicas da criança, da mãe e também algumas variáveis demográficas, através de um instrumento denominado Protocolo IRDI – Folha de Rosto (em anexo).

O Protocolo IRDI para a coleta de variáveis clínicas da criança foi composto das seguintes indicações: apgar aos cinco minutos, idade gestacional, peso ao nascer e sexo.

No mesmo instrumento, as variáveis clínicas da mãe eram: idade materna, número de consultas em pré-natal, e escolaridade materna. Também foram coletadas as variáveis demográficas: data de nascimento, posição da criança na família, duração da amamentação exclusiva, época de desmame, data da observação, serviço onde a criança é atendida e motivo

da consulta (KUPFER et al., 2003) e os dados com endereço completo e telefones dos pais para contato.

Quanto ao instrumento IRDI, procedemos aplicando duas vezes em cada faixa etária do instrumento. A fim de viabilizar tais aplicações, a amostra seria dividida em grupo A (início no primeiro mês da pesquisa) e B (início no segundo mês da pesquisa), conforme o cronograma estabelecido no projeto da pesquisa.

No decorrer da pesquisa, optamos por fazer um estudo exploratório da expressão de aspectos concernentes à função paterna quando da utilização do IRDI.

3.2 Desenvolvimento da pesquisa

O HU-USP, no Butantã, foi o campo de trabalho onde se iniciou a coleta de dados da pesquisa, e foi escolhido por ser um serviço cuja demanda de bebês para os atendimentos de puericultura é muito grande. O local representou também para nossa equipe de psicanalistas uma grande oportunidade para o contato com os bebês, uma vez que para os psicanalistas terem acesso a bebês, nesse momento tão incipiente de suas vidas é bastante difícil e incomum, e para a aplicação do instrumento IRDI para a detecção de risco para o desenvolvimento infantil e do instrumento M-Chat para detecção de risco do espectro de autismo.

Foram iniciados 50 acompanhamentos no HU, destes, apenas 25 foram finalizados. Os acompanhamentos consistiam em duas aplicações em cada faixa do instrumento IRDI e por fim a aplicação do M-Chat, ou seja, acompanhamos esses bebês da faixa de 0 a 18 meses de idade aplicando o IRDI e somente aos 18 meses aplicamos o M-Chat.

Não conseguimos concluir os outros 25 bebês por algumas variáveis como dados da família já não eram mais os mesmos e por isso não conseguimos localizar os bebês; alguns pais desistiram de participar da pesquisa; ou porque mesmo marcando por diversas vezes com os pais uma data combinada e determinada por eles para que trouxessem o bebê e viessem conversar com os profissionais da equipe para fechamento da avaliação e obter um retorno a respeito do que observamos no bebê e na família ao longo dos acompanhamentos, os pais ou responsáveis não compareciam.

Alguns casos já chamavam a atenção da equipe durante o decorrer do processo de aplicação dos instrumentos, por emergirem questões, como a dificuldade na relação da mãe e bebê e a dificuldade da mãe ou cuidador em interpretar as manifestações do bebê, essas

questões podem vir futuramente a se revelar em dificuldades para o desenvolvimento da criança. Alguns desses casos, no decorrer das aplicações do IRDI, também já iam apresentando sinais de ausência de alguns dos indicadores, contudo, havia casos que chamavam a atenção da equipe pela razão já mencionada e, no entanto, não apresentavam sinais de preocupação pelo IRDI. Era oferecida a escuta como auxílio, mesmo durante o processo de aplicação do instrumento, conforme a preocupação que o caso despertava, porém, antes de oferecer a escuta, o caso era ponderado nas reuniões da equipe e, quando era realmente preciso dar suporte à família e aos bebês era então oferecido um espaço para escuta. Todos os casos que preocuparam a equipe foram sendo ouvidos ao longo das aplicações com seus respectivos desfechos, que podia ser apenas uma conversa com os pais, como um retorno do que chamou a atenção e preocupou ou quando se fizesse necessário o encaminhamento para um serviço onde pudessem ser acompanhados (estes casos estão contemplados e pormenorizados na seção 4.1 deste trabalho).

Para os casos que, ao final da aplicação dos instrumentos, se mostraram como casos que necessitavam de acompanhamento, os profissionais sinalizaram em devolutiva com ética e cautela as preocupações que chamavam a atenção da equipe e então foi proposto às famílias que, se tivessem interesse, suas questões seriam ouvidas e acompanhadas por um profissional, para então posteriormente serem encaminhadas para serviços específicos que pudessem abarcar essas demandas.

Ao final das aplicações, tínhamos como parâmetro para nos debruçarmos às dificuldades sinalizadas pelos instrumentos, somadas às preocupações levantadas e observadas ao longo dos acompanhamentos dos casos e à verificação da apresentação geral do caso.

No HU, seis casos sinalizaram a possibilidade de algum risco para o desenvolvimento infantil. Um deles, foi um caso que chamou atenção desde o início, pois apresentou ausência em dois ou mais indicadores do IRDI, mas não apresentava risco no âmbito do espectro de autismo quando aplicado o instrumento M-Chat, para equiparação com o IRDI.

Quanto a esses bebês que apresentaram risco, eticamente foi oferecida escuta a essas famílias por membros da equipe que se colocaram a disposição para tal como apontamento das dificuldades e suporte nesse primeiro momento e em seguida foram oferecidos encaminhamentos para acompanhamento com psicanalistas em instituições como a Cria e a clínica de atendimento da PUC (Pontifícia Universidade Católica). Destes, somente três foram encaminhados e os outros, após a escuta, constatou-se que não havia necessidade de acompanhamento.

Aqueles que quiseram um acompanhamento profissional para ser ouvido como família foram encaminhados para acompanhamento com psicanalistas em instituições como a Cria e a clínica de atendimento da PUC, pois nessas instituições podiam receber atendimento imediato tanto para aspectos que implicam questões emocionais quanto os aspectos da ordem do desenvolvimento físico propriamente dito, possuindo acompanhamento adequado, pois há profissionais capacitados para abarcar as questões dos aspectos mensurados que envolvem tanto os bebês, quanto seus familiares.

Quanto ao campo em que nos deparamos com esses bebês e seus respectivos casos, o HU foi o primeiro campo que adentramos, porém percebemos que embora a demanda de bebês fosse grande, não estavam emergindo casos com risco para o espectro de autismo, o que nos fez ter a necessidade de ampliar a pesquisa para os outros campos.

No decorrer do trabalho nesse campo de pesquisa num primeiro momento tínhamos um “n” grande, pois quando o caso é de baixa aparição epidemiológica é preciso uma amostra com um “n” muito grande para ser significativo, porém quando percebemos no decorrer do campo que estava sendo difícil encontrar casos de risco para o espectro de autismo, passamos a ampliar o campo para os CAPSi de São Paulo, o IPq, o Cria, a UPIA, e o Centro Lumi.

A partir do contato com as famílias em avaliação, mudamos o foco da presente pesquisa. Os aspectos concernentes à função paterna mobilizaram intensamente o interesse da pesquisadora e as questões comparativas entre bebês irmãos de autistas e bebês que não são irmãos de autistas deixaram de fazer parte desta dissertação, sendo abordadas em outros trabalhos de demais orientandos do grupo de pesquisa.

Para que pudéssemos adentrar os CAPSi, fizemos primeiramente uma apresentação da pesquisa para as equipes de cada uma das unidades. Posteriormente, efetuamos a verificação de cada um dos prontuários dos pacientes situados em cada unidade que visitamos, assim como contamos com a colaboração das equipes locais para o levantamento do total de pacientes diagnosticados como autista (F84, CID-10) de cada unidade. Além disso, também fizemos o levantamento dos possíveis bebês que o serviço eventualmente poderia ter para que fossem avaliados pelos instrumentos.

Nessas crianças identificadas como autistas, fizemos uma triagem por faixa etária a fim de abarcar e organizar as crianças a serem avaliadas pelas diferentes vertentes da pesquisa, assim como seus possíveis irmãos e para aplicação dos respectivos instrumentos utilizados.

Nesse levantamento, separávamos os bebês de 0 a 18 meses, cujos irmãos são diagnosticados como autistas, para serem avaliados com o IRDI e com o M-Chat. Separamos

também, nesse levantamento, crianças autistas de até 06 anos para avaliar o grau dentro do espectro de autismo por outra vertente da pesquisa, os instrumentos AP3 e CARS .

Segundo Meccaet al. (2011), irmãos de autista possuem maior propensão para o risco de apresentarem o espectro de autismo, por isso a importância de querermos avaliar esses bebês.

São, ao todo, 14 CAPSi na cidade de São Paulo. A equipe conseguiu visitar nove deles. Abaixo, relato quais os CAPSi que foram visitados pela equipe, bem como o número de pacientes sob o diagnóstico de autismo (F84) e de irmãos de autistas. Em algumas unidades visitadas, essas informações nos foram “apresentadas” diretamente pela equipe, sem que se recorresse aos arquivos.

CAPSi Santo Amaro – são 22 pacientes diagnosticados como autistas (F84). A unidade possui apenas três bebês que são irmãos de crianças autistas e que estavam dentro da faixa de idade que avaliamos com os instrumentos IRDI e M-Chat. Entramos em contato com as três famílias, porém só conseguimos aplicar os instrumentos em um único bebê, pois os outros não foram trazidos à unidade por diversas vezes em que foram agendadas as avaliações. O bebê avaliado apresentou alguns indicadores ausentes no instrumento IRDI, o que sinaliza que pode haver risco para o transtorno de desenvolvimento, mas não risco para o espectro de autismo, porque ao aplicarmos o M-Chat¹, o bebê apresentou somente três indicadores com a resposta “sim”. Mais detalhes sobre esse caso, e sua relação com a função paterna, são encontrados no capítulo quarto, seção 4.1, Bebê H.

CAPSi Vila Prudente – são 33 pacientes diagnosticados como autistas (F84). A unidade possui apenas três bebês que são irmãos de crianças autistas e que estão dentro da faixa de idade que avaliamos com o IRDI e o M-Chat. Conseguimos avaliar um bebê; os outros não foram trazidos à unidade por diversas vezes em que foram agendadas as avaliações. O bebê avaliado apresentou alguns indicadores ausentes no instrumento IRDI, o que sinaliza que pode haver risco para o transtorno de desenvolvimento, mas não apresentou risco para o espectro de autismo, quando avaliado pelo instrumento M-Chat que é fidedigno para essa avaliação. Mais detalhes sobre esse caso, e sua relação com a função paterna, são encontrados no capítulo quarto, seção 4.1, Bebê N.

CAPSi Ipiranga – são 14 pacientes diagnosticados como autistas (F84). Três bebês foram avaliados neste serviço pelos instrumentos IRDI e M-Chat, porque se encontravam dentro da faixa de idade que avaliamos com esses instrumentos.

¹ O bebê que apresentar acima de três na pontuação do instrumento é avaliado como autista)

O primeiro bebê, que denominarei K., chegou ao serviço encaminhado pela escola, já diagnosticado dentro do espectro de autismo. K. era paciente da unidade e apresentou risco tanto para o desenvolvimento infantil, quanto para risco do espectro de autismo.

O segundo bebê, que denominarei L., chegou ao serviço encaminhado pela creche e também um familiar notou que algo não estava bem com o bebê. L. estava em avaliação na unidade, para investigação diagnóstica. Apresentou risco tanto para o desenvolvimento infantil, pelo instrumento IRDI, quanto para risco do espectro de autismo, pelo M-Chat.

E o terceiro bebê, que denominarei M., era irmã de uma criança diagnosticada como autista e também estava sendo acompanhada pelo serviço. M. apresentou somente risco no instrumento IRDI, sinalizando risco para o desenvolvimento infantil.

CAPSi Mooca – havia dois bebês irmãos de autistas que foram avaliados com os instrumentos IRDI e M-Chat. Esses dois casos não apresentaram risco em nenhum dos instrumentos.

CAPSi Guarulhos – havia quatro bebês irmãos de autistas que foram avaliados com os instrumentos IRDI e M-Chat. Esses casos também não apresentaram risco em nenhum dos instrumentos.

CAPSi Brasilândia – dois bebês eram irmãos de autistas e foram avaliados com os instrumentos IRDI e M-Chat. Ambos apresentaram risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, porém não apresentaram risco para o espectro de autismo pelo instrumento M-Chat. No capítulo seguinte esses casos serão identificados como bebê O. e bebê P.

Os **CAPSi Lapa, Jabaquara e Sé** foram visitados pela equipe de pesquisadores, porém nessas unidades não havia bebês para serem avaliados.

Já nos casos dos **CAPSi Embu**, o instrumento IRDI foi aplicado tanto por profissionais da nossa equipe quanto por profissionais locais que foram capacitados por nossa equipe. Esse trabalho tem parceria com o Projeto Desenvolver, para que os bebês que participaram dessas aplicações caso apresentassem risco, ou chamassem a atenção para um acompanhamento mais de perto, poderiam ser encaminhados e acompanhados aos cuidados dos profissionais que fazem parte deste projeto.

Esses bebês não entraram nessa pesquisa, porque precisavam passar pelo processo de confiabilidade, ou seja, nos bebês cuja aplicação foi realizada por enfermeiros e ACSs, era necessário que houvesse uma reaplicação por nossa equipe para que fosse constatado que essas aplicações eram confiáveis, mas devido ao grande número de casos para aplicação não foi possível para equipe no momento abarcar toda essa demanda.

Abaixo se encontram outros campos de pesquisa e o número de bebês que vêm sendo avaliados com os instrumentos IRDI e M-Chat. No capítulo seguinte, serão abordados apenas os casos que foram mencionados que seriam tratados mais detalhadamente.

Cria – havia um bebê irmão de criança autista sendo avaliado tanto pelo instrumento IRDI, quanto pelo instrumento M-Chat. Esse caso não apresentou risco em nenhum dos instrumentos.

LUMI (Centro Lumi) – havia um bebê sendo avaliado tanto pelo instrumento IRDI, quanto pelo instrumento M-Chat. Apresentou tanto risco para o desenvolvimento, quanto risco para o espectro de autismo.

HU-USP – havia 50 bebês sendo avaliados tanto pelo instrumento IRDI, quanto pelo M-Chat. Destes, 25 bebês completaram a avaliação em ambos os instrumentos.

UPIA – havia 26 pacientes diagnosticados como autistas (F84). A equipe entrou em contato com algumas dessas famílias, outras foram avaliadas pela leitura dos prontuários. Em nenhum dos casos havia bebê de até 18 meses com irmão autista para ser avaliado.

IPq – são 496 pacientes. Foram encontrados 4 bebês na faixa de idade que avaliamos com o IRDI e o M-Chat, porém somente duas famílias se prontificaram a trazer os seus bebês para serem avaliados. Dois bebês foram avaliados tanto pelo instrumento IRDI, quanto pelo instrumento M-Chat, por serem irmãos de crianças diagnosticadas como autistas.

Esses dois casos apresentaram tanto risco para o desenvolvimento, quanto risco para o espectro de autismo. No capítulo seguinte eles são referidos como bebê I. e bebê J.

3.3 Tabulação dos dados obtidos

O quadro abaixo se refere aos campos adentrados, ao total de bebês até 18 meses encontrados nas respectivas instituições e por fim o número de bebês que puderam ser avaliados pelos instrumentos IRDI e M-Chat aplicados pela equipe de psicanalistas pesquisadores.

Procuramos bebês até 18 meses irmãos de autistas, porque pesquisas atuais (MECCA et al., 2011, LAMPREIA, 2009) demonstram que irmãos de crianças autistas possuem maior probabilidade de apresentarem risco para o transtorno de espectro de autismo. Os campos foram selecionados por já trabalharem habitualmente com pacientes que apresentam questões e comprometimentos de ordem mental, psíquica e de desenvolvimento.

Quadro 1 - Bebês avaliados pelos instrumentos IRDI e M- Chat

Campos da Pesquisa	Bebês até 18 meses	Bebês Avaliados
CAPSi - Santo Amaro	3	1
CAPSi - Vila Prudente	3	1
CAPSi - Ipiranga	3	3
CAPSi - Mooca	2	2
CAPSi - Guarulhos	4	4
CAPSi - Brasilândia	2	2
CAPSi - Lapa	0	0
CAPSi - Jabaquara	0	0
CAPSi - Sé	0	0
Cria	1	1
Centro Lumi	1	1
UPIA	0	0
IPq	4	2
Total	23	17

O gráfico a seguir demonstra quantos pacientes autistas cada campo possuía e quantos irmãos de autistas a equipe encontrou para avaliar com os instrumentos IRDI e M-Chat.

O quadro e o gráfico a seguir indicam outros campos (que geraram o grupo controle, campos de bebês sem risco) e o número de bebês que foram avaliados pelo instrumento IRDI, pelo instrumento M-Chat ou por ambos.

No HU, todos os bebês encontrados com até 18 meses foram avaliados tanto pelo instrumento IRDI, quanto pelo instrumento M-Chat, cujos instrumentos foram aplicados pela própria equipe de pesquisadores.

O Embu foi um campo em que houve a capacitação de ACS (agentes comunitários de Saúde) e enfermeiros para aplicação dos instrumentos IRDI, e que estavam sendo capacitados por membros da equipe de pesquisa.

Houve também no Embu a avaliação dos bebês pelo instrumento IRDI, porém nem todos os bebês até 18 meses foram avaliados pelo instrumento M-Chat.

Quadro 2 - Bebês avaliados pelo instrumento IRDI

Campos da Pesquisa	Bebês até 18 meses
HU	50
Embu	159
Total	209

Gráfico 2 - Bebês avaliados pelo instrumento IRDI

No gráfico a seguir, há representado quantos bebês até 18 meses encontramos nos respectivos campos e quantos foram avaliados pelos instrumentos IRDI e M-Chat.

4 Discussão de casos

4.1 Casos que apresentaram risco para o desenvolvimento (IRDI) ou risco para o espectro de autismo (M-Chat) e sua relação com a função paterna

Os casos que serão apresentados nesta seção já foram mencionados de forma geral no capítulo terceiro, seção 3.2 quando tratei do desenvolvimento da pesquisa. Porém, agora os casos serão analisados de forma mais pormenorizada.

A análise que segue não pretende ser um estudo de caso no sentido clínico, pois não houve intervenção em nenhum dos casos. É preciso esclarecer, ainda, que os seguintes fatores foram levados em conta para sinalizar risco para o desenvolvimento: dificuldade física ou psíquica no processo de estruturação do sujeito; a posição do *infans* na relação com o Outro primordial; qualidade da relação mãe, pai, ou cuidador(es) e bebê; posição do bebê no contexto familiar.

Nos casos dos bebês do HU e seus respectivos pais ou cuidadores, foi sempre preservada a ética do sigilo e oferecida escuta por profissionais psicanalistas do próprio grupo de pesquisa, que se colocaram disponíveis para a escuta desses casos.

Nos outros serviços como o CAPSi e o IPq, os bebês que foram abarcados pela pesquisa para aplicação dos instrumentos IRDI e M-Chat, eram irmãos de pacientes autistas acompanhados pelo serviço.

Houve apenas uma exceção no CAPSi-Ipiranga, onde, além dos pacientes avaliados por serem irmãos de autista, foi solicitado por parte dos profissionais do serviço a aplicação dos instrumentos em um bebê que já era paciente do local e estava dentro da idade que os instrumentos avaliam. Pelo fato de o caso chamar a atenção, os instrumentos foram aplicados e o bebê foi considerado em risco tanto para o desenvolvimento infantil, como risco para o espectro de autismo. Esse caso será descrito em Bebê K.

No caso do Centro Lumi, havia somente um bebê sendo avaliado. Após a constatação de risco, a profissional integrante do grupo que acompanhava o processo ofereceu escuta à família.

No HU, as observações foram feitas durante o atendimento de puericultura de rotina que era realizado pelo pediatra. E, no caso de alguns indicadores que não puderam ser observados durante a aplicação do instrumento, a mãe, o pai ou cuidador foi entrevistado.

Para aplicação do instrumento M-Chat, entregamos o instrumento para que os pais lessem-no e o preenchessem; ficamos ao lado para possível esclarecimento de dúvidas.

Nos CAPSi, a equipe explicava às famílias selecionadas por já terem filho diagnosticado como autista, que era importante que os demais filhos pudessem passar por uma avaliação para averiguação de possível risco para o desenvolvimento físico e emocional da criança e também por uma avaliação para detecção de risco para o espectro de autismo. Foi-lhes explicado também que os instrumentos IRDI e M-Chat seriam aplicados em todos os filhos com idade sensível ao exame.

Já para os pais de crianças de até 06 anos diagnosticados como autistas, a equipe explicava que estes seriam avaliados pelos instrumentos AP3 e CARS, para ser verificado o grau que se encontravam no espectro de autismo. Essas aplicações fazem parte de outra vertente desta pesquisa, realizada por outros profissionais, cujo trabalho será exposto em artigos e em suas respectivas teses e dissertações. Seus resultados não se aplicam diretamente a esta pesquisa, apenas os mencionei para dar um panorama de como sucedia o projeto em um âmbito geral, desde a entrada nas instituições até a finalização do trabalho.

Posteriormente à aplicação dos instrumentos, houve o recorte das vinhetas, porém foram selecionadas apenas aquelas relacionadas com a função paterna, porque no decorrer deste trabalho foi verificado que há uma tendência à exclusão do pai durante a aplicação do instrumento, o que pode ser entendido como uma contradição do próprio instrumento pelo fato de este ter como um de seus eixos, justamente a função paterna. Observou-se que quando o pai está presente, este não é convocado ou é pouco convocado a participar. Os próprios profissionais da saúde excluem inconscientemente o pai, pois, em sua própria formação, há uma defasagem desse “olhar atravessado pela função paterna”, ou do olhar sobre o bebê pela óptica paterna. Esse assunto será tratado com mais acuidade nas considerações finais, capítulo destinado aos resultados da pesquisa.

Buscarei fazer uma relação das vinhetas associadas à função paterna, verificando se cada um dos casos selecionados apresenta relação específica com os indicadores que tratam do tema, bem como, com os eixos de base do instrumento. Para tal procedimento, utilizarei o artigo de Kupfer et al. (2009) sobre as bases do instrumento.

Para a seleção dessas vinhetas, foram verificadas a primeira e a segunda aplicações do IRDI em todas as faixas etárias de todos os atendimentos realizados tanto no HU, quanto nos CAPSi e selecionadas as vinhetas clínicas em que aparecem falas importantes relacionadas à função paterna.

Para que um bebê seja considerado com risco para o desenvolvimento, este precisa registrar a ausência de dois ou mais indicadores no instrumento IRDI. Para a detecção de risco para o espectro de autismo, o bebê deve registrar mais de três pontos no instrumento M-Chat. Para fins deste estudo, quando o *infans* foi considerado em risco pelo IRDI, aplicou-se o instrumento M-Chat para que fosse feita a equiparação entre os instrumentos e avaliação do caso para predição de risco para autismo ou somente de risco para o desenvolvimento.

Dessa forma, podemos verificar quando o bebê apresenta risco para o desenvolvimento (IRDÍ), mas não apresenta risco para o espectro de autismo (M-Chat). Quando ambos os instrumentos indicaram risco, a equipe ficou bastante atenta e se deteve a peculiaridades clínicas que pudessem ser observadas e questionadas durante o acompanhamento das aplicações do instrumento IRDI (de 0-4, de 4-8, de 8-12 e de 12-18 meses de idade), levando em conta aquilo que se espera que o bebê já possa estar realizando. Tais peculiaridades clínicas dizem respeito à qualidade da relação entre mãe e bebê, pai e bebê e entre mãe, pai e bebê; se o bebê apresenta algum tipo de rejeição seletiva com a mãe, pai ou ambos; se o bebê apresenta dificuldades para dormir, comer, ganhar peso etc.

Quando o caso era considerado preocupante, era oferecida escuta para essa família, e caso a escuta já com intervenções (somente no fechamento do caso) se mostrasse insuficiente para dar conta da necessidade da demanda, era feito então o encaminhamento dessa família para alguma instituição que pudesse abarcá-los e dar suporte às questões e dificuldades que estavam emergindo.

Durante a discussão, os bebês serão identificados por iniciais fictícias para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa. Informarei a qual instituição o sujeito estava vinculado, fazendo menção somente às vinhetas relacionadas à função paterna, independentemente do contexto e desfecho dos casos. Na análise dos casos, apontarei quais foram os indicadores em que foi observada ausência, bem como as faixas etárias em que ocorreram. Além disso, informarei se houve, em cada caso, risco para o desenvolvimento, risco para o autismo ou se não apresentou nenhum risco. A explanação dos casos teve sempre seu limite pautado na ética e no sigilo que devemos e temos por compromisso com cada um dos sujeitos da pesquisa.

A discussão tem por finalidade demonstrar a importância da figura paterna seja no âmbito Real como presença e subjetividade, no âmbito Simbólico como função em colocar limites à relação entre a mãe e o bebê ou no âmbito Imaginário, quanto às fantasias e alienações tanto do bebê quanto da mãe em relação à esse Outro que se encontra presentificado na figura paterna.

Para me referir aos eixos temáticos, utilizarei as abreviações abaixo que foram adotadas por Kupferet al. (2009):

- Eixo da suposição do sujeito = SS
- Eixo do estabelecimento da demanda = ED
- Eixo de alternância presença/ausência = PA
- Eixo da função paterna = FP

Foram aplicados os instrumentos IRDI e M-Chat em todos os bebês abaixo mencionados, porque eles estavam dentro da idade que esses instrumentos avaliam os bebês.

Os bebês a seguir foram considerados casos de risco para o desenvolvimento infantil, ou de risco para o psiquismo do bebê pelo instrumento IRDI, porém não apresentaram nenhum risco no instrumento M-Chat.

Não necessariamente quando o bebê apresenta risco pelo instrumento ele é encaminhado para atendimento, pois os casos são discutidos individualmente pela equipe que possamos avaliar seu contexto geral para então ponderarmos se há necessidade de oferta de escuta ou, conforme a preocupação com o caso, de encaminhamento da família para acompanhamento com um profissional.

4.1.1 *Bebê A.*

A. estava sendo acompanhada no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. A criança apresentava dificuldade para ganhar peso, o bebê realmente parecia pequeno quando comparado aos outros bebês que acompanhamos no mesmo período de vida. A. também apresenta outra peculiaridade, não dorme bem à noite.

A mãe de A. diz ao pediatra que A. toma três mamadeiras de suco por dia, o pediatra chama a atenção da mãe por ter introduzido o suco e diz que A. poderia estar com mais peso se estivesse mamando só no peito.

A mãe diz que foi o marido quem mandou, o pediatra, incomodado com a resposta, questiona: “Você vai ouvir o pai ou a mim? Se vai ouvir ele nem coloco meu time no campo.” A fala do médico avilta e destitui o saber paterno. O pai nunca compareceu às consultas.

Após a consulta, a mãe é chamada para conversar com a pesquisadora, e diz que está com dificuldades para amamentar, pois o peito rachou logo nos primeiros meses.

Quando a mãe e A. vão embora, pesquisadora e pediatra conversam sobre o caso e pediatra diz que acha que há algo de estranho com a mãe.

O caso chamou a atenção de todas as profissionais pesquisadoras (duas mestrandas (contando comigo) e uma doutoranda, cada uma de nós em atendimentos diferentes), pois todas perceberam uma certa restrição seletiva da bebê pela mãe, ela preferia olhar para o médico, para nós, para as coisas ao redor do que para mãe (estou destacando essas questões, porque nesse período da vida do bebê em que estamos realizando acompanhamento para aplicar os instrumentos há uma preferência nítida do bebê pela busca da mãe em todos os sentidos, ou seja olhar, contato físico, atenção), e um certo desinvestimento da mãe pelo bebê, aparentando um “desânimo” subjacente da mãe pela bebê.

Na primeira aplicação do instrumento surge o pai apenas como alguém que é referido pela fala materna, porém que rapidamente tem seu saber destituído pelo pediatra, que ignora a fala da mãe, sob a “tentativa de trazer a presença do pai” no contexto familiar, ou seja, como marido e como pai de A..

A. presentifica todos os indicadores na primeira faixa (0 a 4 meses incompletos), no entanto, percebe-se uma contradição no próprio instrumento, pois não há nenhum indicador, ou eixo destinado à função paterna, como se nesse primeiro momento de vida do bebê só importassem a mãe e o bebê.

Nas seções anteriores deste trabalho, em especial a seção destinada à função paterna, fica demonstrado que o pai está presente desde o início como símbolo da função paterna que carrega sobre si, como um mediador que não permite que a mãe faça do bebê um objeto de seu gozo (LACAN, 1956-1957), como pessoa (pai Real) e também como função (função paterna/simbólico) que possibilitam que a mãe possa sentir-se bem consigo mesma para que possa estar disponível para atender as demandas do bebê, assim como o pai também possibilita que a mãe possa se dedicar ao bebê.

A., na 2ª faixa (4 aos 8 meses incompletos), sinaliza ausência no indicador 6 (que se refere aos eixos ED/PA) e indicador 11 (eixos ED/PA).

Quanto à 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), A. sinaliza ausência no indicador 15 (eixo e ED), indicador 16 (ED), indicador 21 (ED) e o indicador 23 (QDC 3 – Questionário de Desenvolvimento da Comunicação). Esse questionário é resultado de um estudo multicêntrico conduzido por Bursztejn et al. (2003), com uma série de 27 sinais caracterizados na literatura como suscetíveis de anunciar um transtorno autístico e que, ao final dessa pesquisa, teve 6

sinais considerados suficientemente confiáveis para serem utilizados na idade de 8 a 13 meses e também suficientemente confiável para anunciar um transtorno autístico.

Na 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), a ausência foi anotada no indicador 25 (eixos ED/FP) e no indicador 29 (eixo FP).

A. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI e não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat. Contudo, além de apresentar risco para o desenvolvimento pelo instrumento IRDI, este bebê chamou a atenção dos profissionais da equipe, pelas questões já relatadas sobre a observação e as falas. Assim, foi oferecida escuta à mãe e ao bebê, a mãe aceitou.

A mãe, em contexto geral, parecia estar deprimida, potencializando a dificuldade na relação de um encontro harmônico entre a mãe e o bebê.

Foi constado pela profissional da equipe que ofereceu escuta a essa família que havia necessidade de um acompanhamento do caso, a família foi encaminhada ao Cria, onde há profissionais capacitados para atender a demanda dessa família, além de possuírem uma agilidade importante para o atendimento, pois em especial quando se tratam de bebês em risco, a agilidade da intervenção é importante devido ao “tempo de abertura” que a configuração neurológica do *infans* permite.

4.1.2 Bebê B.

B. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não houve nenhuma demonstração de qualquer preocupação em relação ao desenvolvimento ou ao comportamento por parte da mãe e do pediatra, porém o pai manifestou uma preocupação em relação à mãe de B. porque achava que a mãe de B. estava dormindo muito pouco devido ao bebê estar acordando de madrugada para mamar. O pai acreditava que o bebê deveria ser alimentado com algo mais, além do leite materno. No momento desta fala do pai, B. estava com 05 meses. A mãe se opõe à fala paterna dizendo que quer amamentar só com o leite materno, porque diz que é “algo de sentimento”.

Quanto à 3ª faixa do IRDI (8 aos 12 meses incompletos), estavam ausentes o indicador 14 (que se refere aos eixos ED/SS) e indicador 17 (eixos SS/PA). Na 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), foi observada ausência no indicador 29 (eixo FP).

B. foi, portanto, um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, pois apresentou a ausência de dois ou mais indicadores na mesma faixa etária. Não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Apesar de ter sido considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, quando ponderado pela equipe o contexto geral do caso, ou seja, as observações, as falas, as aplicações dos instrumentos, esse caso não foi considerado um caso com demanda para oferecimento de escuta ou de encaminhamento.

4.1.3 Bebê C.

C. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não há nenhum tipo de preocupação em relação ao bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

O pai de C. diz durante uma consulta: “Ela está brava comigo, não está me olhando porque não a segurei durante a consulta, ela quer que eu a segure.”

Houve a observação de ausência nos indicadores 15 (que se refere ao eixo ED) e 19 (eixo ED) da 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos).

C. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Apesar de que pelo instrumento IRDI o bebê tenha sido considerado em risco para o desenvolvimento infantil, quando ponderado pela equipe o contexto geral do caso, este não foi considerado como um caso com demanda para oferecimento de escuta ou de encaminhamento.

4.1.4 Bebê D.

D. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não há nenhum tipo de preocupação em relação ao bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Observou-se ausência nos indicadores 23 (que se refere aos eixos ED/**FP**) e 25 (eixo ED/**FP**), ambos da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

D. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Apesar de ter sido considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo IRDI, quando ponderado pela equipe o contexto geral do caso, este não foi considerado um caso com demanda para oferecimento de escuta ou de encaminhamento.

4.1.5 Bebê E.

E. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não há nenhum tipo de preocupação em relação ao bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), foi observada a ausência no indicador 18 (que se refere ao eixo **FP**) e, na 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), nos indicadores 28 (eixo **FP**) e 31 (eixo **FP**).

E. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Nos acompanhamentos de puericultura se notava que E. era um bebê muito agitado, bastante inquieto enquanto está sendo examinado.

E. foi um bebê que chamou a atenção de alguns profissionais do grupo, porque não falava uma única palavra, nem *mamãe* ou *papai*. Quando queria subir na maca, por exemplo, emitia sons, batia com as mãozinhas na escada que fica em frente da maca. O grupo ponderou que deveria ser oferecida escuta a essa família.

A profissional da equipe que ofereceu escuta constatou que havia necessidade de um acompanhamento do caso, pois o bebê apresentava-se agitado e que inclusive os próprios pais levantaram essa questão sobre o bebê, solicitando auxílio em relação a essa questão durante a escuta das dificuldades e questões vivenciadas por essa família.

O grupo familiar foi então encaminhado à PUC, onde há profissionais capacitados para atender a demanda da família, além de possuírem uma agilidade importante para o

atendimento, pois em especial quando se tratam de bebês em risco, a agilidade da intervenção é importante devido ao “tempo de abertura” que a configuração neurológica do *infans* permite.

4.1.6 *Bebê F.*

F. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não há nenhum tipo de preocupação em relação ao bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Contudo foram observadas ausências nos indicadores 23 (que se refere aos eixos ED/FP) e 29 (eixo FP) da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

F. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Apesar de ter sido considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo IRDI, quando ponderado pela equipe o contexto geral do caso, este não foi considerado um caso com demanda para oferecimento de escuta ou de encaminhamento.

4.1.7 *Bebê G.*

G. estava sendo acompanhado no ambulatório de pediatria do HU, em exames de rotina de puericultura. Não há nenhum tipo de preocupação em relação ao bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada ausência, na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), nos indicadores 17 (que se refere aos eixos SS/PA) e 19 (eixo ED).

Também se observou ausência nos indicadores 23 (eixos ED/FP) e 25 (que se refere aos eixos ED/FP), da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

G. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo pelo instrumento M-Chat.

Apesar de ter sido considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo IRDI, quando ponderado pela equipe o contexto geral do caso, este não foi considerado um caso com demanda para oferecimento de escuta ou de encaminhamento.

A seguir foram apresentados os casos de alguns bebês considerados em risco pelo instrumento IRDI, ou pelo instrumento M-Chat, ou por ambos os instrumentos.

4.1.8 Bebê H.

H. é irmão de uma criança diagnosticada como autista que é acompanhada pela equipe do CAPSi de Santo Amaro.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foram observados indicadores ausentes na 1ª faixa (0 a 4 meses incompletos), são eles o indicador 1 (que se refere aos eixos SS/ED), o indicador 2 (eixo SS) e o indicador 3 (eixo ED).

Na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), foi observada ausência no indicador 21 (eixo ED).

Há também a observação de ausência nos indicadores 24 (eixos ED/FP) e 25 (eixos ED/FP) da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

H. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo.

H. foi encaminhado para acompanhamento no mesmo serviço em que o irmão é atendido, pois a equipe do serviço já conhece a família, tem disponibilidade para abarcar o caso e também por questões de logística da família.

4.1.9 Bebê I.

I. é irmão de uma criança diagnosticada como autista que é acompanhada pela equipe do IPq.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observado um indicador ausente na 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), o indicador 8 (que se refere aos eixos ED/PA). Também foi observado um indicador ausente na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), o indicador 21 (eixo ED). Houve ausência no indicador 24 (eixos ED/FP) da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

Esse bebê foi considerado como um dos casos do grupo com risco para o desenvolvimento (IRDI) e risco para espectro de autismo (M-Chat), pois apresentou a ausência de dois ou mais indicadores no instrumento IRDI e pontuou acima de três no instrumento M-Chat.

O serviço do IPq encaminhou o caso, pois no momento não tinha condição de abarcar o caso.

4.1.10 Bebê J.

J. é irmã de uma criança diagnosticada como autista que é acompanhada pela equipe do IPq.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada ausência no indicador 24 (que se refere ao QDC 6) na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos). Foram observadas ausências nos indicadores 28 (eixo FP), 29 (eixo FP) e 31 (eixo FP) da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

Esse bebê foi considerado como um dos casos do grupo com risco para o desenvolvimento (IRDI) e risco para espectro de autismo (M-Chat), pois apresentou a ausência de dois ou mais indicadores no instrumento IRDI e pontuou acima de três no instrumento M-Chat.

O serviço do IPq também encaminhou o caso, pois no momento não tinha condição de abarcá-lo.

4.1.11 Bebê K.

K. (mencionado na abertura deste capítulo) era um bebê paciente do CAPSi do Ipiranga, que chegou encaminhado pela escola para acompanhamento e já diagnosticado como dentro do espectro de autismo.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada a ausência em indicadores da 1ª faixa (0 a 4 meses incompletos): indicador 4 (que se refere ao eixo PA) e indicador 5 (SS/PA). Também na 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), indicador 8 (eixos ED/PA), indicador 11 (eixos ED/PA), indicador 12 (eixos SS/ED/PA) e indicador 13 (eixos ED/FP).

Na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), também foram observados indicadores ausentes, são eles: indicador 14 (eixos ED/SS), indicador 15 (eixo ED), indicador 18 (eixo FP) e indicador 21 (eixo ED).

Na 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), houve ausência apenas no indicador 24 (eixos ED/FP).

Esse bebê foi considerado como um dos casos do grupo com risco para o desenvolvimento (IRDI) e risco para espectro de autismo (M-Chat), pois apresentou a ausência de dois ou mais indicadores no instrumento IRDI e pontuou acima de três no instrumento M-Chat.

K. continuou sendo acompanhado por esse mesmo serviço, pois já era paciente.

4.1.12 Bebê L.

L. chegou ao serviço do CAPSi do Ipiranga encaminhado pela creche e também por preocupação de um familiar. Quando os instrumentos foram aplicados, L. encontrava-se em processo de investigação diagnóstica pela unidade.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada a ausência, na 1ª faixa (0 a 4 meses incompletos), nos indicadores 3 (que se refere ao eixo ED) e 5 (eixos SS/PA). Na 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), foram observadas ausências no indicador 6 (eixos ED/PA), no indicador 7 (eixo ED) e indicador 8 (eixos ED/PA). Na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), foi observada a ausência nos indicadores 15 (eixo ED) e 20 (eixo ED). Observação também de ausência em um indicador da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), o indicador 27 (SS/FP).

Esse bebê foi considerado como um dos casos do grupo com risco para o desenvolvimento (IRDI) e risco para espectro de autismo (M-Chat), pois apresentou a ausência de dois ou mais indicadores no instrumento IRDI e pontuou acima de três no instrumento M-Chat.

L. foi retirado do serviço do CAPSido Ipiranga pelo mesmo familiar que notou que algo não estava bem com este bebê, para ser atendido no IPq, pois o familiar achou que a investigação diagnóstica estava muito demorada no serviço onde estava sendo acompanhado.

4.1.13 Bebê M.

M. já era um paciente do serviço do CAPSido Ipiranga e irmã de uma criança diagnosticada como autista.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada a ausência em um indicador da 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), o indicador 13 (que se refere aos eixos ED/FP). Na 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), foi observada a ausência no indicador 19 (eixo ED).

M. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil, mas não apresentou risco para detecção de autismo.

M. já era paciente no CAPSido Ipiranga e continuou a ser atendida pelo serviço.

4.1.14 Bebê N.

N. é irmão de uma criança diagnosticada como autista que é acompanhado pela equipe do CAPSida Vila Prudente.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada ausência em um indicador da 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), o indicador 8 (que se refere aos eixos ED/PA).

Também foi observada ausência em indicadores da 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), os indicadores 14 (eixos ED/SS), 18 (eixo **FP**), 19 (eixo ED) e 22 (eixo ED).

Há também a observação de ausência em indicadores da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos), são eles o indicador 28 (eixo **FP**) e o indicador 31 (eixo **FP**).

N. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo.

N. foi encaminhado para acompanhamento no mesmo serviço em que o irmão é atendido, pois a equipe do serviço já conhece a família, tem disponibilidade para abarcar o caso e também por questões de logística da família.

4.1.15 Bebê O.

O. é irmã de uma criança diagnosticada autista que é acompanhado pela equipe do CAPSida Brasilândia.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada ausência nos indicadores 7 (que se refere ao eixo ED) e 12 (eixos SS/ED/PA) da 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos).

Também foi observada ausência no indicador 26 (eixo **FP**) da 4ª faixa (12 a 18 meses incompletos).

O. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo.

Após a aplicação dos instrumentos, juntamente com contexto geral apresentado pelo caso, foi verificado que este necessitava de acompanhamento. Dessa forma, O. foi encaminhada para acompanhamento no mesmo serviço onde o irmão é atendido, pois a equipe do serviço já conhece a família, tem disponibilidade para abarcar o caso e também por questões de logística da família.

4.1.16 Bebê P.

P. é irmão de uma criança autista que é acompanhado pela equipe do CAPSida Brasília.

Foram analisados os instrumentos IRDI de todos os atendimentos, mas não aparecem falas significativas relacionadas à função paterna, por isso a ausência da menção de vinhetas neste caso.

Foi observada ausência em um indicador da 2ª faixa (4 a 8 meses incompletos), o indicador 7 (que se refere ao eixo ED).

Também foi observada ausência em um indicador da 3ª faixa (8 aos 12 meses incompletos), o indicador 21 (eixo ED).

P. foi um bebê considerado em risco para o desenvolvimento infantil pelo instrumento IRDI, mas não apresentou risco para detecção de autismo.

Após a aplicação dos instrumentos, juntamente com contexto geral apresentado pelo caso, foi verificado que este necessitava de acompanhamento. Dessa forma, P. foi encaminhada para acompanhamento no mesmo serviço onde o irmão é atendido, pois a equipe do serviço já conhece a família, tem disponibilidade para abarcar o caso e também por questões de logística da família.

4.2 Atendimentos clínicos com vinhetas significativas relacionadas à função paterna, sem indicação de risco para nenhum dos instrumentos

Os casos descritos abaixo são de bebês que vinham sendo acompanhados no ambulatório de pediatria do HU. Esses casos foram selecionados, mesmo não tendo oferecido risco em nenhum dos instrumentos, porque apresentam vinhetas significantes relacionadas à função paterna.

4.2.1 Bebê Q.

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra. A seguir vinhetas que apontam para questões em relação à função paterna:

A mãe diz: “Ela tem rejeição com o pai, comigo ela está quietinha, vai no colo dele, ela chora, ele fica frustrado, ele tenta, ele dança com ela, mas ela não para de chorar e ele me devolve. Eu observo muito ela.”

Durante o atendimento de puericultura surge uma questão relacionada à função paterna digna de destaque:

O pediatra que atende o bebê sugeriu refazer a carteirinha de consulta do bebê, porque toda a documentação da criança está no nome da mãe, nem mesmo o nome da própria criança aparece em seus próprios documentos.

Fala do pediatra: “Toda documentação, tudo está no seu nome, ela não tem nome ainda? Vai lá fazer uma carteirinha dela com o nome dela, Q.”

4.2.2 Bebê R.

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra. A seguir vinhetas que apontam para questões em relação à função paterna:

A mãe diz: “Nas primeiras vezes que coloquei regras, R. chorou, ficou roxo, não sei o que fazer nessas situações.”

Mesmo o pai não estando presente, a mãe traz uma preocupação paterna dizendo: “No começo ele caía muito e o pai dele ficava preocupado.”

4.2.3 Bebê S.

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

S., com 1 ano e 4 meses, ainda mama com a muita frequência. A mãe diz que parece que de madrugada a bebê fica ainda mais feliz ao mamar.

Os pais disseram que sentem muita dificuldade em colocar regras. Quando eles tentam, a bebê se esgoela de chorar e acabam tendo que atender tudo que ela quer. Dizem que, por exemplo, quando eles colocam S. para dormir, ela não aceita ficar sozinha e os pais tem que ficar de pé na porta.

Durante o atendimento, S. demonstra que impõe suas vontades, o pediatra precisava pesar a bebê, mas ela não ficou na balança de modo algum, então o pai teve que ser pesado com a bebê no colo e depois o pediatra teve que descontar o peso do pai para se chegar ao peso do bebê, ou quando precisaram colocar a bebê na maca, ela não foi de modo algum, chorou, ficou muito vermelha, gritou até ser colocada no colo, só então parou de chorar. Nesses momentos vemos a mãe se afastar da cena.

A bebê, durante outro atendimento, comportou-se da mesma maneira, chorando, berrando, estendendo os braços, só parava de chorar no colo do pai. A mãe repete a mesma reação do outro atendimento, em vista desse comportamento da bebê, ela se afasta.

A bebê faz muita força para demonstrar o seu desagrado, grita, fica vermelha, o pediatra chega a pedir que a mãe coloque a criança no peito para que possam conversar, a bebê pega o peito, mas faz pequenos intervalos para chorar.

Durante essa consulta conversam sobre o leite da mãe estar acabando, e sobre a angustiada mãe. O pediatra a censura, que ela precisa ser mais firme com as coisas que devem ser feitas.

A mãe diz que, durante a noite, a bebê está acordando até mais do que antes para mamar. Diz também que o cheiro de xixi do bebê pela manhã é muito forte e que pensa em desmarcar uma viagem já planejada para fazer um exame de urina na filha. O pai diz que é exagero, mas depois acaba aceitando.

A mãe diz que a bebê esqueceu a palavra *mamãe* e que agora só diz *papai*.

Durante o atendimento, a bebê vai ficando com sono, mas continua muito agitada, o pai diz que ela está com sono, mas que não sabe o que fazer para acalmá-la.

Em outro atendimento, a bebê começa a chorar e o pai fala em manhês com ela, que para em seguida. O pai, então começa a fazer cócegas e faz um intervalo esperando que a bebê ria para recomeçar as cócegas.

Observando os atendimentos, o pai parece sempre tentar acalmar a situação e a mãe parece estar sempre preocupada, ansiosa, tem sempre muitas dúvidas e preocupações. Uma delas é com o peso da bebê.

O pai diz que o bebê já está querendo dormir a noite toda. A mãe, por sua vez, diz que a bebê é assustada, que a casa é geminada e que os barulhos da vizinha perturbam o sono da

bebê, diz também que é birrenta, que só quer colo, que é grudada nos pais. A mãe continua: “Quando eu não estou tão perto, ela morde o meu seio.”

A mãe fica angustiada ao comparar sua filha com outras crianças, diz que parece ser a menor de todas, acha a filha abatida, diz que parece que a criança “não tem gosto ao mamar” parece que a criança só mama por obrigação.

O pai diz que a criança está falante, que aprendeu o vaivém com o corpo e quer fazer toda hora. Pela primeira vez durante os atendimentos, a mãe diz que está feliz porque a filha aprendeu a sentar.

Os pais dizem que ligam a televisão no “chiado” porque a criança fica calma e que farão isso até a criança atingir 4 kg (o bebê tem apresentado um pouco de dificuldade de ganhar peso). Com isso, o pediatra diz: “Quem se acalmou a mãe ou a criança?”

4.2.4 Bebê T.

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

No primeiro atendimento de puericultura, todos os indicadores foram observados com o pai, a mãe demonstra estar bastante insegura em relação ao bebê.

Num outro atendimento, o pediatra está inserindo outros alimentos além do leite materno e o pediatra pergunta se ela sabe fazer sopa, no que a mãe responde: “Não sei, nunca tive uma criança. Não tive nem mãe, nem pai, é o senhor que precisa me ajudar.”

É o pai que, durante os atendimentos, propõe brincadeiras que acalmam a criança enquanto a mãe conversa. A mãe se demonstra insegura em relação a maternagem.

O bebê começa a ensaiar uma conversa com o pai durante o atendimento.

O médico chama a atenção da mãe a respeito de sua insegurança, seu medo, o marido ri (é como se estivesse gostando que a esposa estivesse ouvindo aquilo), e se afasta, indo brincar com a filha para deixar a mãe ouvir. A mãe justifica dizendo que foi largada e agora quer fazer diferente com sua filha.

A bebê faz birra quando os pais dizem “não”, eles colocam regras que se referem a cuidados para que a criança não se machuque ou corra algum risco.

4.2.5 *Bebê U.*

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

A mãe diz que o bebê não dorme a noite toda, que acorda de 2 a 4 vezes por noite e que quer comer.

A mãe diz: “Durante o dia é mais regrado, porque eu arrumo a casa, organizo, quando o pai chega é uma bagunça, porque ele é desregrado.”

A mãe diz também ao pai do bebê que não quer que o bebê fique como ele, gordo, pois o pai tem problema de colesterol. A mãe diz que tudo começa de pequeno e, novamente, diz que tem medo que o bebê fique obeso (no entanto, ela dá “engrossante” para o bebê), o pediatra reprova dizendo que não há necessidade do produto.

4.2.6 *Bebê V.*

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

A mãe diz que o peito serve para tudo, acalmar, alimentar etc., e o pediatra diz que é importante marcar para o bebê que existem outras formas de se relacionar que não só o peito, como oferecer alento, carinho e que existem várias formas de lidar com a frustração, descobrir outros recursos. O pai apoia o pediatra e a mãe torna-se resistente.

O bebê está com seis meses e o pediatra começa a sugerir o que chama de “rotina alimentar”, a mãe fica completamente resistente e diz que não vai estabelecer, nesse momento, uma rotina tão rígida.

4.2.7 *Bebê X.*

Não há nenhum tipo de preocupação em relação a esse bebê nem por parte dos pais, nem por parte do pediatra.

Esse caso chama bastante à atenção, porque a mãe só veio a duas consultas de puericultura. Em todas as outras, a criança foi trazida pelo pai, que durante as consultas, mostra-se muito atrapalhado, ansioso, pergunta muitas coisas, reconfirma, guarda a

carteirinha de atendimento e depois não se lembra de onde guardou por mais de uma vez na mesma consulta ou entrevista, esquece-se de perguntar outras. Já ocorreu, inclusive de esse pai esperar atrás da porta, após a consulta, porque havia se esquecido de perguntar algumas coisas.

Estava desempregado, o vínculo com a USP havia terminado, então já estava tendo problemas para continuar utilizando o serviço do HU para trazer o bebê às consultas pediátricas.

Quando a mãe esteve presente, contou que o bebê havia ficado internado por causa do baixo peso, disse que se sentiu muito frustrada porque não teve leite no hospital. Contou que foi encaminhada ao psiquiatra, porque estava muito abalada, nervosa e chorando por passar por dificuldades financeiras. Ela disse que ficou muito abalada porque o marido perdeu o emprego no dia seguinte ao nascimento do bebê, disse que teve um dia muito feliz e outro muito triste.

Posteriormente, a mãe diz que se sentiu culpada porque demorou um mês para perceber que não tinha leite. A mãe introduziu comida para que o filho engordasse, mas o filho não passou bem, a mãe fala o tempo todo sobre como o filho emagreceu quando passou mal, traz uma foto do bebê para mostrar ao pediatra como o bebê estava gordo, lamentando-se todo o tempo sobre a perda de peso do bebê.

Quando o pediatra vai medir e pesar o bebê ela diz: “Não quero nem olhar. Todo dia chamo ele de anão.”

Esse caso foi visto por todas as pesquisadoras responsáveis pelos acompanhamentos dos casos do HU e todas nós achamos que o pai aparenta uma fragilidade, parecendo perdido (atrapalhação, confusão), os atendimentos são um pouco tumultuados.

O pai, quando entra nas consultas posteriores àquela em que a mãe compareceu, sempre diz em primeiro lugar que o bebê emagreceu ao ser questionado sobre a saúde do filho pelo pediatra. Em seguida diz referindo-se ao bebê: “Ele acha que eu sou a mãe dele.”

Após o pediatra medir e pesar o bebê e constatar que o bebê cresceu e engordou, ainda assim o pai acha que o bebê está magro.

Contudo, na relação do pai com o bebê, o pai é muito acolhedor e atento, conversa bastante com o bebê, faz muitas brincadeiras carinhosas enquanto o troca. O pai diz que o bebê não está querendo tomar leite e que então faz sopinha para o bebê. Ele beija o bebê o tempo todo, manda beijos depois de colocá-lo sobre a maca.

Esse caso, como o próprio enunciado da seção sinaliza, não apresentou risco em nenhuma das avaliações, porém foi um caso que chamou a atenção das profissionais que

acompanharam o caso, que comunicaram-no ao grupo, sob supervisão contínua do orientador Rogério Lerner, e, então, houve um consenso de que seria interessante e importante oferecer escuta a essa família. Uma das profissionais da equipe se ofereceu para ouvi-los.

A profissional que os ouviu supôs que os pais depositam na criança alguns medos e traumas vivenciados por eles, apresentam grande dificuldade em lidar com esses fatos e vivem com grande temor de que se repitam com a criança.

Após a escuta, a profissional percebeu a necessidade de encaminhar o caso para acompanhamento, encaminhando a família para atendimento na PUC, onde há profissionais capacitados para abarcar a demanda desta família, além de possuírem uma agilidade importante para o atendimento, pois em especial quando se tratam de bebês em risco, a agilidade da intervenção é importante devido ao “tempo de abertura” da configuração neurológica do *infans*.

4.2.8 Bebê Y.

A única preocupação dos pais em relação à bebê é que tem cólicas.

No dia anterior à consulta, o pai diz que avisou a bebê que ela teria consulta com o pediatra no dia seguinte. Em um dos dias de consulta o pai leva um papel com perguntas sobre vacinação, aquecimento do quarto etc.

4.2.9 Bebê W.

Há preocupação dos pais e do pediatra com a bebê, porque está apresentado bronquiolite, tosse forte, além de secreção e vômito.

O pai e a mãe estavam presentes na consulta da bebê, mas quem mais manipulou a criança e conversou foi o pai. O pai diz para a bebê: “Já vou te pegar, não chora assim.” Em seguida, faz carinho nela e lhe dá um beijo. A bebê para imediatamente de chorar quando o pai a pega no colo.

Num outro momento, o pai segura os bracinhos da bebê para ajudá-la a se sentar e coloca os braços nas costinhas para o bebê se encostar.

4.2.10 Bebê Z.

Há preocupação com Z. por parte dos pais e por parte do pediatra, pois a bebê apresenta muito refluxo, foi até mesmo solicitado o raio-X do esôfago e houve prescrição de medicamento.

Ocorre também que a mãe sentiu dores nas costas, pois estava com inflamação na vesícula e precisou ser operada. Após a operação, teve que ser internada, ficando alguns dias no hospital, deixando Z. aos cuidados do pai, da avó materna e de tias.

A mãe relata que após a suspensão da medicação voltou a amamentar em intervalos menores do que antes e comunicou que o refluxo diminuiu. O pai diz que o refluxo cessou.

A mãe diz que Z. fica mais calma no colo do marido do que com ela.

Esse caso, apesar de não ter sido considerado de risco foi um caso que chamou a atenção das profissionais que o acompanharam. Este caso foi comunicado ao grupo sob supervisão contínua do orientador Rogério Lerner, e, então, houve um consenso de que seria interessante e importante oferecer escuta a essa família. Uma das profissionais da equipe se ofereceu para ouvi-los, porém após a escuta, verificou-se que não haveria a necessidade de acompanhamento.

Considerações finais

Durante a execução do trabalho em campo, mudamos o foco da presente pesquisa a partir do contato com as famílias em avaliação. Os aspectos concernentes à função paterna mobilizaram intensamente o interesse da pesquisadora e as questões comparativas entre bebês irmãos de autistas e bebês que não são irmãos de autistas deixaram de fazer parte desta dissertação, sendo abordadas em outros trabalhos de demais orientandos do grupo de pesquisa. Interessantes e originais questões que emergiram com a utilização do IRDI, como uma possível contradição no próprio instrumento quanto à função paterna, também presente em vídeos utilizados para formação dos profissionais, levando a uma não convocação do pai real, nem mesmo simbolicamente durante os atendimentos, o que não desmerece a relevância da utilização do instrumento, que ao longo deste capítulo abordarei mais detalhadamente.

Ao longo da utilização do instrumento, tomamos o cuidado para o sentido das situações observadas no entrelaçamento entre desenvolvimento da criança e relações estabelecidas com seus pais. Observamos que esse tipo de relação faz com que o uso do protocolo IRDI não se reduza a uma mera repetição de mais uma escala a ser aplicada pelo profissional, mas adquira uma significação na relação transferencial dos profissionais de saúde e dos pesquisadores com as famílias. O momento de aplicação do IRDI se transforma em um espaço para falar das dúvidas dos pais, de suas inseguranças, questionamentos, expectativas, angústias, o que favorece a manutenção de uma relação de transferência na medida em que o profissional comparece onde há demanda para ele, onde há demanda por uma escuta e por uma busca de saberes.

Também com a utilização do instrumento IRDI na pesquisa, emergiram algumas questões como a contradição, no próprio instrumento, quanto aos vídeos utilizados para formação de profissionais. Neles são exibidos atendimentos apenas com a presença da mãe e do bebê, deixando clara a defasagem da presença paterna, por uma falha dos próprios profissionais que estão trabalhando com a questão. Esse trabalho com o instrumento IRDI pode revelar uma tendência inconsciente em não convocar, convidar o pai a participar.

Outra contradição no instrumento IRDI é o fato de os indicadores relacionados ao eixo da função paterna não aparecerem nenhuma vez na primeira faixa etária (0 aos 4 meses incompletos), aparecerem uma vez (indicador 13) na segunda faixa (4 a 8 meses incompletos), e uma vez (indicador 18) na terceira faixa (8 a 12 meses incompletos) e, somente na quarta

faixa (12 a 18 meses incompletos), é que os indicadores que se relacionam com o eixo da função paterna vão aparecer com mais constância.

Nessa faixa, todos os indicadores estão relacionados com a função paterna e além de outros eixos de base, como a suposição do sujeito e o estabelecimento da demanda.

O trabalho de campo realizado no HU evidencia ainda mais essa defasagem, pois o pai nem sempre está presente e, quando está, constatamos durante os acompanhamentos dos atendimentos de puericultura o quanto não é convidado a participar, não é convocado. Ele geralmente participa como uma figura no contexto familiar, mas não aparece de fato, através de um olhar atravessado por ele, pela função paterna.

Quando a pessoa do pai não está presente, quanto sua ausência, a relação dele com o bebê ou com o contexto familiar nem sequer são questionadas. Em raros casos a mãe é que faz menção de alguma colocação verbal de um posicionamento do pai em relação aos cuidados com o bebê.

Também durante as aplicações do IRDI, percebemos que embora em alguns casos o instrumento sinalize risco para o desenvolvimento, essa verificação não será decisiva para considerar o bebê em risco, pois além da aplicação do instrumento por profissionais devidamente capacitados e com aporte clínico, há todo um contexto do caso implicado, não sendo o instrumento o único determinante para dizer que o *infans* apresenta risco para o desenvolvimento. O instrumento nos auxilia para dar um foco para questões cruciais, tanto de observação quanto de questionamento.

Referências

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- AULAGNIER, P. **Uma intérprete em busca de sentido**. Vol. II. São Paulo: Escuta, 1990.
- _____. (1977) **La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1993.
- ARAÚJO, C.A.S. A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. **Psychê**. São Paulo, v. 8, n. 13, p. 43-60, 2004.
- AUTISTIC girl Express profound Intelligence. Publicação por squarewha. 26 jul. 2010. In: **Youtube**. Disponível em <www.youtube.com/watch?v=F4XMlhCfp3Q>. Acesso em 03 jun. 2013.
- BALZAC, H. (1829-1842) **A mulher de trinta anos**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- BERNARDINO, L. M. F. **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2002). **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos da Atenção Básica, n 11, série A. Normas e manuais técnicos, n. 173. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimentodesenvolvimento.pdf>>. Acesso em 5 mar. 2010.
- BURSZTEJN, C., et al. Towards early screening of autism. **ArchPediatr**, n. 10 v. 1, p. 129-131, 2003.
- CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2009.
- CAVALCANTI, A.E.; ROCHA, P.S. **Autismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- COSTA, T. **Psicanálise com crianças**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DOLTO, F. (1984). **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- _____. (1987) **A criança do espelho**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. **Tudo é linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FERNALD, A.; SIMON, T. Expanded intonation contours in mothers' speech to newborns. **Dev. Psych.**, 20, p. 104-113, 1984.

FOUCAULT, M. (1926-1984) Aula de 19 de março de 1975. In: Os anormais. São Paulo : Martins Fontes, 2001.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. I . Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. II . Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1909). Romances familiares. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1913 [1912-13]) Totem e tabu e outros trabalhos. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1915a) Os instintos e suas vicissitudes. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915b) Repressão. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XIV. Rio de Janeiro : Imago, 1976.

_____. (1930 [1929]) Mal-estar na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1939 [1934-38]) Moisés e o Monoteísmo: três ensaios. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1950 [1892-1899]) Extrato dos documentos dirigidos a Fliess. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FURTADO, L. A. R. (2011) **Sua majestade o autista**:fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo. 2011. 205 fl. Tese(Doutorado em Educação Brasileira)-Faced/UFC, Fortaleza, 2011.

IN MY language.Publicação silentmiaow. 14 jan. 2007. In: **Youtube**. Disponível em <www.youtube.com/watch?v=JnylM1h12jc>. Acesso em 13 fev. 2013.

JERUSALINSKY, A. **Saber falar**: como se adquire a língua? Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

KANNER, L. Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: Rocha, P.S. (org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta; Recife: CPPL, 1997.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. de Psiquiatr.** São Paulo, v. 28(1), 2006.

KUPFER, M.C.M.**Educação para o futuro**: psicanálise e educação. São Paulo: Escuta, 2000.

KUPFER, M.C.M. et al. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.**Rev. Latinoam. de Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2003.

KUPFER, M.C.M.et al. **Relatório científico final**: Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise (PT Fapesp n. 2003/09687-7). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

KUPFER, M.C.M. et al.Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin Am. Jour.lof Fund. Psychopathol. On-line**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

KUPFER, M.C.M.; TEPERMAN, D. (orgs.).**O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. (org.) **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, p. 93-107, 2008.

LACAN, J. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. (1956-1957) **Seminário, livro 4**: a relação de objeto. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1995.

_____. (1957-1958) **Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999.

_____. (1959-1960) **Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 2008.

_____. (1962-1963) **Seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 2005.

_____. (1964) **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. (1966c) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590.

_____. (1966d) Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 793-842.

LAMPREIA, C. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. In: **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 8, n. 1, p. 57-65, 2003.

_____. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. In: **Psicologia Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 160-171, 2009.

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

LERNER, R. **Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade**. 2011. 116 fl. Tese (Livre-docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LERNER et al. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

LISPECTOR, C. Desenhando um menino. In: _____. **Para não esquecer**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 85-88.

LITTLE, M. I. **Ansiedades Psicóticas e Prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago 1992.

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MALLOCH, S.; TREVARTHEN, C. **Communicative Musicality**. exploring the basis of human companionship. Oxford: Oxford University Press, 2009.

MARIOTTO, R.M.M. Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche no desenvolvimento e na subjetivação de bebês. 2009. 158 fl. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro : Companhia de Freud, 1999.

MATSON, J.L., BEIGHLEY, J., TURYGIN, N. Autism diagnosis and screening: factors to consider in differential diagnosis. **Research in Autism Spectrum Disorders**. v. 6, p. 19-24, 2012.

MECCA, T. P. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. **Rev. de Psiquiat. do RS**, v. 33, n. 2, p. 116-120, 2011.

MICHAELIS. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre : Artmed, 1993.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2001**: Saúde Mental, nova concepção nova esperança. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001.

PESARO, M. E. **Alcance e Limites teórico-metodológicos da Pesquisa *Multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil***. 2010. 186fl. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VISANI, P., RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** v. 15, p. 293-308, 2012.

ROBINS, D.L. et al.. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **J AutismDisord**. v. 31, n. 2, p. 131-44, 2001.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SPLITZ, R. O. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SZEJER, M. **Palavras para nascer**: a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WANDERLEY, D. B. **Palavras em torno do berço**: intervenções precoces bebê e família. Salvador: Ágalma, 1997.

WARREN, Z., STONE, W., HUMBERD, Q. A training Model for Diagnosis of Autism. in Community Pediatric Practice, **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, 30, p. 442-446, 2009.

WING, L. & POTTER, D. The epidemiology of autistic disorders: is the prevalence rising? **MentRetardDevDisabilRes Rev.** n. 8, v. 3, p. 151-161, 2002.

WINNICOTT, D. W. (1957) **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. (1971a) O lugar em que vivemos. In _____. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, p. 145-152, 1975.

_____. (1971b) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In _____. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, p. 153-162, 1975.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WORLEY, J.A.; MATSON, J.L. Comparing Symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria. **Research in Autism Spectrum Disorders**. v. 6, p. 965-970, 2012.

Anexos

Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Detecção precoce de riscos para transtornos do espectro de autismo com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce: capacitação de enfermeiros para o trabalho em unidades básicas de saúde.

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

Aos pais ou responsáveis,

Para saber mais e para tratar melhor questões sobre o desenvolvimento infantil, estamos acompanhando várias crianças e pais. Sabendo mais sobre o desenvolvimento infantil, pediatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde poderão auxiliar cada vez mais as crianças a crescerem melhor, com mais saúde e receberem tratamento adequado, quando necessário. Sua colaboração, por meio de conversa para o preenchimento do instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e de um questionário sobre a condição sintomática da criança, denominado Escala modificada de autismo em crianças (MCHAT), será de grande auxílio para nós. Ela não envolve nenhum risco para você ou seu filho. Cada entrevista terá no máximo 20 minutos. Serão necessárias dez entrevistas ao longo de dois anos. Garantimos que todos os dados serão mantidos em sigilo e somente servirão para este estudo. Os resultados da pesquisa serão apresentados em publicações e eventos científicos sem identificação dos participantes. Os senhores têm total liberdade de deixarem de participar da pesquisa quando considerarem necessário, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo por parte dos pesquisadores ou do hospital. Desde já, colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Para isso, podem utilizar os telefones (11)3091-4185, (11)8580-9074, procurando pelo pesquisador responsável por esta etapa da pesquisa, Prof. Dr. Rogério Lerner.

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 sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
Prof. Dr. Rogério Lerner (IP-USP)

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Para maiores esclarecimentos, procurar pelo prof^o Dr. Rogério Lerner (Av. Prof^o Mello Moraes, 1721, Bloco A, sala 158, Cidade Universitária – São Paulo, SP – Fone (11)3091-4185 ou pelo comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP (Av. Prof^o Lineu Prestes, 2565. Cidade Universitária – São Paulo, SP – Fone(11)3091-9457, e-mail: cep@hu.usp.br

Nome do sujeito da pesquisa ou responsável legal:

RG: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefones: (____) _____ E-mail: _____
(____) _____

Anexo3

Protocolo IRDI – 1ª Ficha de aplicação

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

OBS: _____ Nº do prontuário: _____

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

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Nãoverificado

Indicadores de 0 a 3 meses e 29 dias:	Anotar P, A, ou NV para cada item	Observações:
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		
2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).		
3- A criança reage ao mamanhês.		
4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		

Anexo 4

Protocolo IRDI – 2ª Ficha de aplicação

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

OBS: _____ Nº do prontuário: _____

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

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Nãoverificado

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

Anexo 5

Protocolo IRDI – 3ª Ficha de aplicação

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

OBS: _____ Nº do prontuário: _____

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

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Nãoverificado

Indicadores de 8 a 11 meses e 29 dias:	Anotar P, A ou NV para cada item	Observações:
14- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção.		
15- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.		
16- A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.		
17- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.		
18- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		
19- A criança possui objetos prediletos.		
20- A criança faz gracinhas.		
21- A criança busca o olhar de aprovação do adulto.		
22- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.		
23- A criança pega um objeto ou brinquedo que lhe é estendido.		
24- A gestualidade e as reações posturais da criança parecem adequadas.		

Anexo 6

Protocolo IRDI – 4ª Ficha de aplicação

Nome da criança: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Nº na pesquisa: _____

OBS: _____ Nº do prontuário: _____

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

Nome do cuidador que acompanhou a criança: _____

Pai () Mãe () Outro (): _____

Legenda:

P = Presente

A = Ausente

NV = Nãoverificado

Indicadores de 12 a 17 meses e 29 dias:	Anotar P, A ou NV para cada item	Observações:
25- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.		
26- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.		
27- A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.		
28- A mãe já não se sente obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.		
29- A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.		
30- A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.		
31- A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.		
32- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.		
33- A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.		

Anexo 7

Versão Final do M-CHAT em português

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

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

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.

Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

Anexo 8

IRDI - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil	
01	Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?
02	A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)?
03	A criança reage ao manhês?
04	A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação?
05	Há trocas de olhares entre a criança e a mãe?
06	A criança começa a diferenciar o dia da noite.
07	A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
08	A criança solicita a mãe ou cuidador e faz um intervalo para aguardar sua resposta.
09	A mãe ou cuidador fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases?
10	A criança reage (olhando, prestando atenção, sorrindo ou balbuciando) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
11	A criança procura ativamente o olhar da mãe ou cuidador.
12	A mãe ou cuidador dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.
13	A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.
14	A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
15	Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
16	A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.
17	Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
18	A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
19	A criança possui objetos prediletos.

20	A criança faz gracinhas.
21	A criança busca o olhar de aprovação do adulto.
22	A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.
23	A criança pega um objeto ou brinquedo que lhe é estendido.
24	A gestualidade e as reações posturais da criança parecem adequadas.
25	A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
26	A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
27	A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.
28	A mãe já não se sente obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.
29	A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.
30	A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.
31	A mãe começa a pedir que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.
32	.Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.
33	A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.