

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Maria Fernanda Almeida Silva

**DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGUÍSTICO DE CRIANÇAS
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Santa Maria, RS
2018

Maria Fernanda Almeida Silva

**DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGUÍSTICO DE CRIANÇAS EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Ramos de Souza
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Inaê Costa Rechia

Santa Maria, RS
2018

Silva, Maria Fernanda Almeida
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGUÍSTICO DE CRIANÇAS
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA /
Maria Fernanda Almeida Silva.- 2018.
95 p.; 30 cm

Orientadora: Dra. Ana Paula Ramos de Souza
Coorientadora: Dra. Inaê Costa Rechia
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2018

1. Desenvolvimento Infantil 2. Risco Psíquico 3.
Aquisição de Linguagem 4. Cognição I. Souza, Dra. Ana
Paula Ramos de II. Rechia, Dra. Inaê Costa III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

©2015

Todos os direitos autorais reservados a Maria Fernanda Almeida Silva. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Germano Hoffmaister, 103, Bairro Menino Jesus, Santa Maria, RS. CEP 97050-260.

Fone: (55) 3222-8934. Cel. (55) 9 9161-1121. Email: mfas86@hotmail.com

Maria Fernanda Almeida Silva

**DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGÜÍSTICO DE CRIANÇAS EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para a Obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em 14 de março de 2018:

Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a. (UFSM)
(presidente/orientador)

Inaê Costa Rechia, Dr^a. (UFSM)
(co-orientadora)

Caroline Rubin Rossato Pereira, Dr^a. (UFSM)

Luciane Najar Smeha, Dr^a. (UFN)

Santa Maria, RS, 2018

RESUMO

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGUÍSTICO DE CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

AUTORA: Maria Fernanda Almeida Silva
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Ramos de Souza
COORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Inaê Costa Rechia

Considerando o desenvolvimento infantil como fundado nos primeiros anos de vida nas condições biológicas do bebê e na emergência de seu psiquismo, tanto em sua dimensão estrutural psíquica, no sentido *freudo-lacaneano*, quanto em termos de nascimento da inteligência (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996), esta pesquisa tematiza a relação entre sofrimento psíquico e desenvolvimento cognitivo e linguístico. Nessa interpretação, foi elaborada uma pesquisa quali-quantitativa, na qual os objetivos foram analisar a constituição e o sofrimento psíquicos de um grupo de bebês de zero a 24 meses e as possíveis relações desse sofrimento com o desenvolvimento cognitivo e linguístico desses bebês avaliado pelo Bayley III (BAYLEY, 2006) aos 18 e 24 meses. Buscou também analisar a concordância entre o risco psíquico nos primeiros 18 meses, detectado pelos Indicadores Clínicos de Referência/Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI), e aos 18 e 24 meses detectado por meio do *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*. Esses objetivos foram investigados em um primeiro estudo de coorte que abrangeu a aplicação desses roteiros e instrumentos em 20 bebês e seus familiares em unidade de saúde da cidade de Santa Maria. Os familiares também responderam a um questionário sobre aspectos sociodemográficos, psicossociais e obstétricos. Como resultado encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre alteração de linguagem no Bayley III e M-CHAT aos 18 meses, observou-se que crianças com risco psíquico nos primeiros dezoito meses, avaliadas pelo IRDI, apresentaram desempenho inferior no teste Bayley III, tanto no aspecto cognitivo quanto linguístico embora não houvesse correlação estatisticamente significativa, e que a presença de risco no IRDI não se fez acompanhar sempre de presença de risco no M-CHAT, tendo em vista a especificidade deste teste para autismo. No segundo estudo, buscou-se aprofundar a discussão da relação entre os resultados observados no risco psíquico e os resultados observados na avaliação cognitiva e de linguagem no estudo de dois casos que incluiu a visualização e análise de filmagens da interação de mães e bebês por duas psicólogas. As juízas avaliaram o brincar em sua dimensão cognitiva, linguística e afetiva a partir de roteiro elaborado para a pesquisa e esses resultados foram confrontados com o histórico de cada bebê coletado na pesquisa de coorte, bem como resultados obtidos nos roteiros e instrumentos. Observou-se no caso de risco para autismo que a cognição e linguagem estiveram mais afetadas do que no caso de risco não autista. Além disso, a ausência de criatividade e diálogo durante o brincar permitiu discutir a relação entre atraso no desenvolvimento e sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil, Risco Psíquico, Aquisição da linguagem.

ABSTRACT

COGNITIVE AND LINGUISTIC DEVELOPMENT OF CHILDREN IN PSYCHIC SUFFERING IN THE TWO FIRST YEARS OF LIFE

AUTORA: Maria Fernanda Almeida Silva

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Ramos de Souza

COORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Inaê Costa Rechia

Considering child development as founded in the early years of life in the biological conditions of the baby and in the emergence of its psyche, both in its psychic structural dimension, in the Freud-Lacanian sense, and in terms of the birth of intelligence (CORIAT, JERUSALINSKY, 1996), this research thematizes the relationship between psychic suffering and cognitive and linguistic development. In this interpretation, a qualitative-quantitative research was elaborated, in which the objectives were to analyze the psychic constitution and suffering of a group of infants from 0 to 24 months and the possible relations of this suffering with the cognitive and linguistic development of these infants evaluated by Bayley III (Bayley, 2006) at the age of 18 and 24 months. It also sought to analyze the concordance between the psychic risk in the first 18 months, detected by the Clinical Indicators / Risk for Child Development (IRDI), and the 18 and 24 months risk detected by the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). These objectives were investigated in a first cohort study that included the application of these scripts and instruments in 20 infants and their relatives in a health unit in the city of Santa Maria. The family members also answered a questionnaire on socio-demographic, psychosocial and obstetric aspects. As a result, a statistically significant correlation was found between language impairment in Bayley III and M-CHAT at 18 months, it was observed that children with psychic risk in the first eighteen months, evaluated by the IRDI, presented lower performance in the Bayley III test, both in the cognitive and linguistic aspects, although there was no statistically significant correlation, and that the presence of risk in IRDI was not always accompanied by a presence of risk in M-CHAT, aiming at the specificity of this test for autism. In the second study, we sought to deepen the discussion of the relationship between the results observed in the psychic risk and the results observed in the cognitive and language evaluation in the study of two cases that included the visualization and analysis of filming of the interaction of mothers and babies by two psychologists. The judges evaluated the play in their cognitive, linguistic and affective dimension based on the script developed for the research, and these results were confronted with the history of each baby collected in the cohort study, as well as results obtained in scripts and instruments. It was observed in the case of risk for autism that cognition and language were more affected than in the case of non-autistic risk. In addition, the lack of creativity and dialogue during play allowed us to discuss the relationship between developmental delay and psychic suffering.

Keywords: Child Development, Psychic Risk, Language Acquisition

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores de Referência ao Desenvolvimento Infantil.....	35
Quadro 2 – Sinais PREAUT.....	37
Quadro 3 – <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i> (M-CHAT)	40
Quadro 4 - Instrução para pontuação dos itens críticos M-CHAT	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma das avaliações realizadas	46
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Concordância IRDI <i>versus</i> M-CHAT aos 18 e 24 meses.....	53
Tabela 2 – Análise da concordância da Bayley III Cognição aos 18 e 24 meses <i>versus</i> IRDI	54
Tabela 3 - Análise da correlação IRDI <i>versus</i> Bayley III Cognição e Linguagem aos 18 e 24 meses	54
Tabela 4 - Análise da concordância da Bayley III Linguagem aos 18 e 24 meses <i>versus</i> IRDI e M-CHAT	55

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*);

IRDI – Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil;

M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers*;

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

NIDI – Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil;

PREAUT – *Programme Recherche Evaluation Autisme*;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TEA – Transtorno do Espectro Autista;

TID – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a Ana Paula, e coorientadora, Prof^a Inaê.

Aos meus pais, pelo amor, cuidado e apoio.

Ao meu irmão, meu anjo mais velho, meu exemplo e orgulho.

À minha cunhada, Bibiana, por ser irmã e amiga.

Às amigas que encontrei no percurso do mestrado que tornaram esse tempo repleto do mais sincero amor.

Aos amigos que encontrei na vida.

Ao Luis Henrique por ser escuta presente.

À Marcia pelo cuidado e carinho ao corrigir minha escrita.

Aos funcionários e pacientes que tive o privilégio de encontrar no caminho.

A todos que, em alguma medida, me incentivaram, encorajaram, criticaram e estiveram ao meu lado nesse tempo de aprendizagens.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 CONSTITUIÇÃO E SOFRIMENTO PSÍQUICOS: RELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES AFETIVA E COGNITIVA	14
2.2 O TRABALHO DE PUERICULTURA E DETECÇÃO PRECOCE DO RISCO PSÍQUICO.....	31
3. METODOLOGIA	43
4. RESULTADOS	47
4.1. ARTIGO 1: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO SEGUNDO ANO DE VIDA: A COGNIÇÃO E LINGUAGEM.....	47
4.2 ARTIGO 2: LINGUAGEM, COGNIÇÃO E PSIQUISMO: POSSÍVEIS RELAÇÕES NA ANÁLISE DO BRINCAR DE DOIS BEBÊS COM HISTÓRICO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	60
5. DISCUSSÃO GERAL	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi redigida a partir das indagações produzidas durante o percurso do mestrado, no trabalho com as crianças e suas famílias, nas discussões de casos e na observação das pesquisas elaboradas pelo Núcleo Interdisciplinar em Desenvolvimento Infantil (NIDI). Fundamentada nesses questionamentos, esta escrita demanda compreender alguns dos possíveis caminhos do desenvolvimento infantil, tendo a intenção de contribuir para o avanço do projeto integrado intitulado “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: de detecção à intervenção”, coordenado pela pesquisadora – orientadora deste trabalho – Dr^a. Ana Paula Ramos de Souza. Considerando-se que “as condições que permitirão à criança que sua trajetória transcorra de maneira satisfatória estão relacionadas aquelas influências que incidem mais precocemente no seu desenvolvimento” (OLIVEIRA, 2002, p. 8), no caso de um quadro patológico em curso a possibilidade de intervir precocemente pode diminuir seus efeitos e assegurar que o desenvolvimento transcorra de maneira adequada e pautada na ideia de que na infância o sujeito ainda está em vias de constituir-se, há a possibilidade de atenuar ou recuperar condições psicopatológicas apresentadas pela criança.

O grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho vem estudando protocolos e roteiros que auxiliam na identificação do risco de autismo e da psicose no primeiro ano de vida. Entre eles estão os Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)¹ (KUPFER, 2009) e os Sinais PREAUT (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015). O NIDI busca estudar a evolução de quadros de risco ao psiquismo infantil por meio de instrumentos de detecção de risco psíquico, buscando intervir precocemente quando os mesmos evidenciam que algo não vai bem. Nesse sentido, o trabalho de Roth (2016) identificou, no primeiro ano de vida, a partir de avaliações realizadas por meio do roteiro IRDI e dos Sinais PREAUT, bem como de escuta mediante entrevistas aplicadas às suas famílias, 17 bebês que permaneceram com risco psíquico aos nove meses de idade. Esses bebês foram acompanhados entre três e nove meses pela autora, que encontrou correlação positiva entre a presença de risco psíquico em relação às variáveis obstétricas, psicossociais e sociodemográficas, relatando também a complementaridade entre ambos os instrumentos –

¹O nome inicial desse instrumento abrangia o termo “risco”, mas o desejo de inserir uma vertente positiva sobre o olhar ao desenvolvimento infantil fez os pesquisadores mudarem recentemente para “referência”. No entanto, tal perspectiva foi passada em comunicação oral que será publicada em breve. Já inserimos, aqui, a nova forma para favorecer a atualidade da pesquisa.

IRDI e Sinais PREAUT –, visto que os casos com Sinais PREAUT com pontuação entre 5 e 14 apresentaram uma leitura mais precisa das características do risco psíquico a partir da visualização dos resultados do IRDI, sendo casos de risco psíquico de tipo não autista. A referida pesquisa ressalta não haver uma relação estatística item a item dos instrumentos, mas que ambos os instrumentos possibilitaram a verificação, por meio de sinais fenomênicos distintos, do risco ao desenvolvimento em sua totalidade, para além do risco psíquico. Entre os sintomas de risco ao desenvolvimento, o atraso de linguagem, bem como a evolução cognitiva merecem destaque na amostra estudada, o que será tema central nesta dissertação.

A elaboração desta pesquisa se apresenta por meio do método misto. A utilização de tal método é justificável por permitir a interação entre método quantitativo e qualitativo, fornecendo melhores possibilidades analíticas (PARANHOS *et al.*, 2016). Tem-se demonstrado que a conciliação entre esses métodos é capaz de fornecer aos pesquisadores novas oportunidades de análise, pois torna maior a possibilidade de demonstrar e explicar os resultados do estudo, revelar novas probabilidades, encontrar contradições e intensificar a amplitude das pesquisas (VASCONCELOS, 2014).

Um dos aspectos de risco ao desenvolvimento mais comum na amostra, em seu seguimento no projeto, foi o risco à aquisição da linguagem, ou seja, a possibilidade de o desfecho dos casos ser uma alteração de linguagem e também cognitiva. Isso foi observado na sequência das avaliações das crianças em que, além do M-CHAT (MURATORI, 2014) – outro instrumento de verificação de risco psíquico aplicável aos 18 e 24 meses –, previu-se a análise da evolução linguística e cognitiva das crianças por meio do teste Bayley III (BAYLEY, 2006). A presença da autora desta dissertação durante o período dessas avaliações ensejou a tematização da relação entre desenvolvimento cognitivo e linguístico nas crianças com risco psíquico, fosse ele para autismo ou não, pois foi possível observar nas testagens do Bayley III certas peculiaridades na forma como as crianças em risco psíquico e com alterações na linguagem cumpriam os testes cognitivos, suscitando, então, a elaboração desta pesquisa.

Desse modo, este trabalho dá continuidade à pesquisa de Roth (2016), relatando um pouco mais sobre a história dos bebês em risco pelo IRDI na faixa etária de 12 a 18 meses, a comparação dos resultados do IRDI nos primeiros 18 meses de idade aos resultados do M-CHAT aos 18 e 24 meses, e possíveis relações com a avaliação da cognição e linguagem pelo Bayley III (BAYLEY, 2006) nestas mesmas idades. Também são analisados, descritiva e qualitativamente, dois casos de bebês em que o risco psíquico se correlacionou com alteração

cognitiva e de linguagem no desfecho de 24 meses a partir do teste Bayley III (BAYLEY, 2006).

A hipótese teórica que embasa a análise dessas relações é de que se os aspectos estruturais do desenvolvimento seriam fundados durante os primeiros anos de vida, haveria uma correlação entre alterações nos distintos aspectos estruturais. Segundo Coriat e Jerusalinsky (1997), tais aspectos abrangem as condições biológicas do bebê e a emergência de seu psiquismo, tanto em sua dimensão estrutural psíquica, no sentido *freudo-lacaneano*, quanto em termos de nascimento da inteligência. Se, de fato, isso é verdade, a presença de risco à constituição psíquica teria efeitos importantes na construção da cognição, seja em termos de grandes limiares ou ainda em termos da qualidade dessa construção. Estamos considerando, nessa organização, a linguagem como um aspecto que atravessa a dimensão afetiva, pois “o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1981, p. 135), e, ainda, a dimensão cognitiva, pois a cognição verbal pode ser incluída como aspecto da cognição em geral, o que demanda, além dos aspectos estruturais abordados no texto clássico de Coriat e Jerusalinsky (*op.cit*), a inclusão da linguagem como elemento estruturante. Esse aspecto, mencionado no trabalho de Peruzzolo (2016), é, aqui, um pouco mais aprofundado, a partir da análise qualitativa dos resultados desta pesquisa, apresentada no segundo estudo.

Desse modo, cabe informar ao leitor que esta dissertação, organizada em dois estudos, apresenta como objetivo geral analisar a constituição e o sofrimento psíquicos de um grupo de bebês de 18 a 24 meses e os possíveis efeitos desse sofrimento no desenvolvimento cognitivo e linguístico desses bebês. Especificamente no primeiro estudo, objetiva-se analisar as possíveis correlações e concordância entre o risco psíquico nos 18 primeiros meses, detectado pelo IRDI, e a presença de possível alteração psíquica, detectada por meio do *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, bem como a relação entre risco psíquico, avaliada por estes instrumentos, e o desenvolvimento de linguagem e cognitivo, avaliados pelo Bayley III (BAYLEY, 2006). No segundo estudo, objetiva-se aprofundar a discussão da relação entre os resultados observados no risco psíquico e os resultados observados na avaliação cognitiva e de linguagem, de modo a aprofundar a discussão dos elementos estruturais do desenvolvimento infantil.

Para ser capaz de explicitar esses objetivos, esta dissertação sustenta-se teoricamente com a apresentação de uma revisão de literatura acerca da estruturação psíquica, do desenvolvimento infantil, e das possibilidades de detecção de risco psíquico e psicopatologias na infância, sobretudo o autismo, a partir de autores clássicos como Freud e Lacan, alguns de

seus leitores atuais que trabalham na clínica precoce, como Kupfer, Laznik, Jerusalinsky, e também trabalhos sobre a perspectiva das neurociências e de estudos relativos à cognição e linguagem.

A fundamentação teórica deste trabalho se inicia expondo, em seu primeiro capítulo, possibilidades de estruturação psíquica, seu desenlace no desenvolvimento infantil em termos cognitivos não verbais e verbais, e quais os sinais de sofrimento que podem vir a ser apresentados. Ainda, como é o desenvolvimento cognitivo típico de crianças até os dois anos de idade, sendo que ainda não há uma definição de estruturas psíquicas nessa faixa etária. Por isso, as estruturações neurótica, autista, psicótica e perversa são abordadas de modo breve, mas com um aprofundamento maior do autismo como psicopatologia já definida precocemente e da psicose enquanto risco de constituição também observável precocemente.

A seguir, no segundo capítulo, abordam-se os roteiros e protocolos utilizados na pesquisa que permitem a detecção de risco psíquico e ao desenvolvimento infantil no trabalho de puericultura.

No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia geral desta pesquisa. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos científicos, no quarto capítulo.

A discussão geral, que busca relacionar os dois estudos, e as considerações finais da dissertação são apresentadas nos capítulos cinco e seis.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSTITUIÇÃO E SOFRIMENTO PSÍQUICOS: RELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES AFETIVA E COGNITIVA

Ao nascimento, o bebê não é ainda um sujeito, na visão *freudo-lacanianana*. Inicia-se um percurso, entre ele e aqueles que exercem as funções parentais, rumo à sua constituição como sujeito mesmo antes de ser concebido. Assim sendo, toda estrutura nele se encontra de maneira não decidida. Para o bebê, ainda está em vias de estruturação seu posicionamento enquanto sujeito do inconsciente, portanto não está determinada qual a posição psicológica que irá caracterizá-lo (JERUSALINSKY, 2011). Contudo, convém uma descrição da direção do processo de estruturação a partir das possíveis estruturas da personalidade que já na infância podem se manifestar, demonstrando alguns comportamentos infantis e riscos ao desenvolvimento, como também o possível sofrimento causado pelas características apresentadas.

Em vista disso, é necessário estabelecer alguma definição sobre a normalidade ou o que é típico. Bergeret (1996) busca definir a normalidade como vinda daquele sujeito que preserva em si inúmeros conflitos, tanto quanto as outras pessoas, mas que não haveria encontrado impedimentos internos ou externos maiores aos seus mecanismos afetivos adquiridos ou herdados, aos seus recursos pessoais defensivos ou adaptativos, e que permitiria uma maleabilidade em responder às suas reivindicações pulsionais, de seus processos primário e secundário tanto nos âmbitos pessoais quanto sociais, considerando a realidade, conservando, assim, a permissão de comportar-se de maneira aparentemente anormal em alguns momentos. No sentido do autor, poder-se-ia dizer que ter um desenvolvimento normal ou típico é poder superar suas desordens, seus sofrimentos e se tornar um sujeito desejante em movimento para a satisfação de suas demandas e desejos.

Para Lacan, o inconsciente é “estruturado em função do simbólico” (LACAN, 1986, p. 22), e como citado anteriormente, define que “o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem” (LACAN, 1981, p. 135), fórmula que é posteriormente simplificada para “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” e passa a ser mais difundida no campo psicanalítico. Cabe ressaltar que os elementos que constituem o sujeito como tal são adquiridos inconscientemente; por esse motivo, a psicanálise tem o inconsciente como o mais estrutural e essencial atributo do sujeito, tendo especificidade até

mesmo decisiva, sendo ele que nos constitui e isto revela que somente podemos “dessar” nossa própria constituição (SOUZA; WECHSLER, 2014).

No caso do bebê, a mãe, como Outro primordial, enquanto castrada² e desejante, o introduz no campo da linguagem, apostando em um sujeito a “vir-a-ser”. Isso se manifesta no conceito de suposição de sujeito desde o qual é possível afirmar que a função materna é transitiva e opera a partir dessa suposição, endereçando-lhe signos, que lhe permitem interpretar as demandas do bebê e traduzi-las em palavras, e responder às suas necessidades não somente com presença, mas também com ausência, marcando para o bebê que ela é representante de uma instância simbólica (Outro) a partir da qual opera a função materna (JERUSALINSKY, 2008; 2012). Portanto, a função materna é conceituada, em psicanálise, por intermédio dessa suposição de sujeito feita pela mãe antes mesmo de o bebê estar plenamente constituído como tal e, por esse motivo, atribui sentido via linguagem ou atendimento de demandas às ações do bebê, significando que essa função é primordial para que ele possa se organizar e se constituir psiquicamente (THEISEN, 2014). Nessa relação há uma comunicação recíproca desde a concepção, prosseguindo pelo crescimento do bebê no útero, até o momento do seu nascimento e, se tudo ocorrer bem, uma relação de segurança e mutualidade vai-se produzindo entre os dois (SILVA, 2016).

A manifestação de uma criança na qualidade de um sujeito em potencial antecede o episódio de seu nascimento, pois acontece com a origem do desejo dos pais de gerar um filho. Há uma idealização que se estabelece ao imaginarem-se exercendo suas funções; imaginam desde a fisionomia do bebê até como será sua personalidade. Esse filho é inserido na economia libidinal da família já que seu emaranhamento como objeto da fantasia dos pais é fomentador de diversas perspectivas e enunciados que já o colocam na organização simbólica. Com isso, é criado um lugar próprio para essa criança emergir como sujeito e ocupar seu lugar, na família e no social, que traz uma carga psíquica que deve ser enfrentada pelo recém-nascido (OLIVEIRA; DARRIBA, 2015).

A partir de uma visão situada no campo do apego, a idealização faz parte do processo de tornar-se mãe/pai, sendo primordial que a criança seja imaginada para que os pais consigam sustentar o que lhes é exigido através dos cuidados dados ao bebê. É justamente por serem capazes de criarem dentro de si o bebê perfeito, que os pais conseguirão cuidar de um que de maneira alguma é perfeito, exigindo atenção constante. O apego precoce se torna

² Há, pela mãe, um entendimento de que o bebê não lhe pertence, não é seu objeto. Ela aceita-se e oferece-se castrada à criança entendendo que existe algo que a criança demanda e que ela nunca responderá (BENHAIM, 2006).

possível pela idealização criada pelos pais, pois é ao imaginar que o bebê é totalmente bom que surge a possibilidade de os pais aproximarem-se dele, apaixonarem-se por ele e, assim, projetarem nele seus desejos, necessidades e esperanças. No caso de os pais não construírem este vínculo, sem conseguir imaginar o bebê antes do nascimento, podem, como consequência, ser pais negligentes, trazendo o risco de abandono físico e/ou emocional, deixando faltar cuidados que são fundamentais. A idealização de um filho permite aos pais oferecer ao filho real os cuidados necessários (FRANCO, 2015).

O bebê recém-nascido necessita ocupar um lugar na família, uma posição individual, precisa da modificação dos lugares de cada membro da família, concedendo seguimento a uma família que já carrega sua história por meio de várias gerações e herda não somente a carga genética, mas também todos os acontecimentos e experiências significativas vividas pela família, tendo sido simbolizadas ou não. A maneira como o bebê será concebido e o significado que ele vai receber depende de muitas particularidades da sua história pregressa e dos significantes que deixam marcas na família (SANTOS; GHAZZI, 2012). A transmissão intergeracional envolve tudo que é passado de uma geração a outra, associado de certas alterações, sendo composta de fantasias, imagos e identificações que constituem a história familiar desse bebê. É a partir dessa história que o bebê encontra seu lugar como sujeito, e é por meio disso que funda seu narcisismo. Tal transmissão se dá também do bebê para os seus pais, sendo expressa pela linguagem e por mecanismos comportamentais de interação (SILVA, 2003).

No que se refere à lógica da constituição da subjetividade, a subordinação ao Outro se torna necessária para a estruturação do sujeito, permitindo que possam entrar em ação algumas variáveis que colocarão o discurso familiar de maneira primordial e restritiva nessa formação psíquica. Nos primeiros meses de vida, o cérebro do bebê passa por mudanças extremamente significativas e apresenta-se de forma muito maleável. Os primeiros doze meses são os mais importantes para o desenvolvimento cerebral, sendo fundamental o que se realiza com o equipamento genético e em que tempo isto é realizado. O corpo do bebê e seu desenvolvimento operam pelas marcas simbólicas deixadas nele, sendo o desejo do Outro³ o motor desse processo. Na interação com o representante do Outro, o bebê começa a se apropriar dos significantes que o circunscrevem. Essas primeiras experiências deixam suas marcas, estruturando o corpo e construindo a sua história (ALVES, 2007).

³ "O grande Outro como discurso do inconsciente é um lugar, onde o sujeito é mais pensado do que efetivamente pensa, de onde vêm as determinações simbólicas da história do sujeito, seu arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância e até mesmo antes de ter nascido." (QUINET, 2012, p. 15).

É de suma importância que a mãe, ou o seu representante parental, seja a principal cuidadora, representando uma referência permanente e protetora, desempenhando os cuidados básicos de saúde, higiene e alimentação e investindo emocionalmente no bebê, criando, assim, um vínculo de afeto e segurança (IUNGANO; TOSTA, 2009). Desse modo, desde o seu nascimento, a mãe, ou seu representante parental, é quem dá suporte e atende ao que o bebê demanda, permitindo seu desenvolvimento constante e saudável. O bebê só existe e se desenvolve devido aos cuidados a ele dispensados (MARIANO, 2010).

As experiências antecedentes da mãe definem que modelo de mãe ela deseja seguir e, em muitos momentos, o que desejará ofertar ao seu filho a partir do que teve ou não de seus genitores, pretendendo, por vezes, ser o oposto daquilo que ela não gostava em sua própria mãe. Porém, é recorrente a repetição, afinal, nos estruturamos por meio das vivências e exemplos que nos constituíram como sujeitos. Dessa maneira, o que determina a posição que terá o futuro sujeito será sua relação pulsional com o mundo, o que está decidido no fantasma materno, isto é, nos cuidados primários que a criança recebe a partir das marcas que esse Outro faz em seu corpo, mostrando o mundo a ele (JERUSALINSKY, 2011).

Em se tratando da constituição dos sujeitos, podemos também citar a função paterna. Essa possui o objetivo de mediar à relação entre a mãe e o bebê, auxiliando a mãe a identificar o bebê como sujeito. Para o pai, o bebê se estabelece como objeto externo desde sua concepção; por esse motivo, é a partir da relação com o bebê real que é possível uma modificação nos fantasmas parentais e uma permissão para que as fantasias de suas infâncias sejam restauradas. Se o bebê não se tornar passivo aos cuidados parentais, sua resposta a esses cuidados pode delinear o modelo de parentalidade que os pais dispõem a ele, concedendo novos meios de interação que vão além daqueles identificatórios trazidos das histórias singulares dos pais (ZORNIG, 2010).

A vinculação estabelecida entre o pai, ou seu representante parental, e o bebê é distinta da que o une a mãe, ou seu representante parental. No entanto, é significativo seu envolvimento no desenvolvimento da criança. As atribuições do pai⁴ são semelhantes às que devem ser exercidas pela mãe na convivência com o filho. É atribuição de um pai mediar o desejo da mãe e do bebê, interditando e assim proibindo o incesto. Almeja-se que o pai seja um companheiro cuidadoso e afetuoso com a mãe, desde o início da gestação, permitindo que a mãe possa investir no bebê logo que ele nasça (SARAIVA; REINHARD; SOUZA, 2012). O apoio dado pela função paterna assegura à criança um espaço protegido e leal, permitindo seu

⁴ Sempre que o texto enunciar *pai* ou *mãe* estará se referindo à posição paterna ou materna, já que, no campo psicanalítico, o que de fato importa é operação de tais funções.

desenvolvimento e a compreensão da existência de alguém que zela atentamente e providencia os cuidados indispensáveis à sua constituição. Dessa maneira, a inserção do limite se configura como um dos cuidados que o pai é capaz de oferecer, sendo primordial para o desenvolvimento da criança (OGAKI; SEI, 2015).

As particularidades dos cuidados que os pais dispõem ao filho colaborarão para a composição de sua estruturação psíquica. As relações intersubjetivas envolvem a influência de uma pluralidade de variáveis que atingem a sua dinâmica e são também influenciadas pelo psiquismo das pessoas que partilham dessas relações (OLIVEIRA, 2002). Cada vínculo colabora de um modo exclusivo para a formação da personalidade da criança, significando que a ausência de algum deles será capaz de enfraquecer, de uma maneira muito peculiar, a trajetória do crescimento da criança (SERÔDIO, 2009). A figura paterna responsabiliza-se por intervir de forma crucial na estruturação precoce da realidade psicológica da criança e de seu caráter relacional, assumindo diferentes papéis ao longo de seu amadurecimento, sendo modificados conforme o mesmo acontece (ROSA, 2009).

A forma como os pais vivenciaram e introjetaram as relações reais e imaginárias que tiveram com os papéis parentais interferirá na relação que serão capazes de criar com o bebê, simplificando ou atrapalhando a boa vinculação entre eles e o bebê. Ao mesmo tempo, as características do próprio bebê, ainda que assujeitado, de forma excessiva, ao psiquismo parental, podem atenuar ou reforçar o funcionamento mantido pelas patologias parentais. Essa interação depende, portanto, das condições do bebê para buscar o Outro. O que torna difícil a fluência do desenvolvimento infantil, independentemente de suas habilidades para encarar os transtornos na vinculação com seus pais, é que o bebê fica vulnerável a uma sobrecarga afetiva para a qual ainda não possui competência psíquica que sustente essa situação, dificultando a continuidade de seu desenvolvimento (FELICIANO; SOUZA, 2011). Nesse contexto, os afetos ambivalentes delimitam a relação entre os pais e o bebê, já que, da mesma forma que o nascimento de um filho traz a esperança de que ele possa reconstituir imperfeições da história parental, causa, também, um corte no equilíbrio do casal, trazendo consigo a reativação de seus fantasmas edípicos (ZORNIG, 2010).

Em referência ao Édipo, - analogia à obra “Édipo”, de Sófocles, em que o herói grego mata o pai e se casa com a mãe sem o saber -, o pai ocupa determinada inscrição no discurso materno, sendo vivenciado pela criança no transcorrer de seu desenvolvimento. É o pai quem exerce a função de castrador e interdita o alcance onipotente da criança à mãe. Dessa maneira, permite ao sujeito manifestar sua potencialidade ao desempenhar uma função interditora e normativa que originará diferentes destinos nos percursos do masculino e do feminino. É

primordial para a formação do bebê como se resolveu edipicamente a mulher-mãe e sua atualização no vínculo conjugal e nas vivências da maternidade, posicionando em foco sua diferença subjetiva frente à função paterna (FOLBERG; MAGGI, 2002). O espaço preenchido pelo pai do bebê está distante de ser indiferente; são incontestáveis os efeitos da sustentação vincular estabelecida com sua mulher e o restabelecimento desse vínculo a partir da chegada do bebê, como também a inferência sobre os cuidados empenhados a ele. A execução da função materna demanda uma rede familiar e social para oferecer local ao bebê (JERUSALINSKY, 2009).

O desenvolvimento tem especificidades multifatoriais. É o resultado de influências diretas e indiretas, complexa associação de influências que podem ter diversos fins e submetem a necessidade de ocupar-se dos fatores de risco e dispositivos de risco e proteção. Eventos pré, peri e pós-natais como prematuridade, baixo peso ao nascimento e complicações no parto e na gestação são classificados como riscos biológicos. Dentre os fatores de risco ambiental está o baixo nível socioeconômico, a escolaridade e a debilidade nos vínculos familiares (RIBEIRO *et al.*, 2014). A evolução do crescimento infantil constitui-se no desenvolvimento de mecanismos e habilidades que não impossibilitem a realização das necessidades básicas do bebê, processo que é beneficiado pelo afeto, pela estabilidade do laço entre a mãe e o bebê, pelas relações familiares e circunstâncias ambientais apropriadas, pela fecundação e gravidez desejadas decorridas com o menor número de conflitos; em síntese, por uma relação mãe e bebê destacada pelo convívio harmonioso, sem que o bebê seja oprimido pela mãe (ALMEIDA; SANTANA, 2013).

Existem inúmeros aspectos, fases e características que circunscrevem a evolução do desenvolvimento infantil. Dentre eles, o conceito de intersubjetividade auxilia na compreensão desse desenvolvimento, mostrando que o recém-nascido é um ser interessado e movido de vontade. As experiências imediatas de compartilhar estados subjetivos são tidas como intersubjetividade primária. Possuem uma forma de interação genuína, caracterizando as primeiras trocas entre os cuidadores principais e bebês muito pequenos. Essa é uma condição de relação que se manifesta nos primeiros meses de vida do bebê, por volta dos dois aos três meses, e tem como particularidade a atratividade que o bebê expressa pelo discurso da mãe e sua habilidade, nas trocas iniciais entre os dois, de conduzir sua atenção para o semblante da mãe e de responder de imediato às reivindicações dela (MOURA *et al.*, 2004). Aproximadamente aos nove meses de idade, a dupla mãe-bebê é capacitada a incorporar um terceiro componente, sendo ele um objeto, uma pessoa ou algo no ambiente que gere algum

interesse, permitindo, assim, a construção de interações triádicas, e estabelecendo dessa forma, a intersubjetividade secundária (NOGUEIRA; MOURA, 2007).

Considerando que a subjetividade do bebê está em construção, é possível pensar também em seus efeitos sobre o funcionamento da linguagem, pois a subjetividade e intersubjetividade se instauram, uma vez que uma não acontece sem a outra (VENDRÚSCOLO; SOUZA, 2015). Seria a intersubjetividade a base de toda e qualquer relação, inclusive as linguísticas, pois ela se caracteriza pela reciprocidade das relações interpessoais, constituindo a essência da experiência humana.

A intersubjetividade se torna existente para o bebê quando existe uma vivência relacional entre os dois – mãe e bebê –, um cria o Outro e, ao mesmo tempo, possibilita que cada um seja ele próprio. Da mesma forma que a mãe cria o bebê, o bebê cria a mãe, e nesse processo dialético inconsciente instaura-se a subjetividade por meio da similaridade e da discrepância. Os eixos que embasam um dos roteiros⁵ utilizados nesta pesquisa abrangem essa criação mútua, pois as funções parentais estão lá representadas pelos eixos de suposição de sujeito, alternância entre presença e ausência, estabelecimento da demanda e função paterna, elementos que explicitam a relação como elemento central no processo de subjetivação, que abrange um projeto simbólico familiar permeado por um histórico familiar e que sofre influências das condições biológicas do bebê para entrar em relação.

O exercício da função materna exige a ocupação da economia de gozo do bebê, ou seja, ocupar-se dos cuidados básicos, que vão desde a alimentação, ao ritmo de sono, até à preocupação com seu olhar e sua voz. Essa diligência inicial estabelece um circuito pulsional no bebê que deverá ser sustentado pelo Outro e do qual o bebê não poderá ser privado para, assim, atingir sua satisfação. Existe por intermédio desses cuidados uma antevisão simbólica, que se refere ao desejo estabelecido antes mesmo do nascimento desse bebê, e também uma sustentação do período primordial para que a constituição desse bebê se produza, compreendendo a precocidade do organismo (JERUSALINSKY, 2014).

A constituição psíquica do bebê é estruturada por três tempos pulsionais e uma boa relação entre mãe e bebê depende dessa evolução. Há um primeiro tempo, intitulado ativo, por exemplo, na pulsão oral, na qual o bebê busca o objeto oral, sendo ele o seio ou a mamadeira. No segundo tempo, o bebê apresenta capacidade auto-erótica, chupa sua mão ou a chupeta. O terceiro tempo é denominado de satisfação pulsional e acontece quando a criança se submete

⁵ No caso, o roteiro IRDI. Os autores do IRDI preferem que ele seja chamado de roteiro porque tem um caráter de avaliação para acompanhamento, que não é o mesmo foco do M-CHAT, por exemplo, que busca uma classificação de risco.

ao Outro. É o instante em que o bebê coloca o pé ou a mão na boca da mãe, esperando que ela brinque de comê-lo, prevendo a satisfação da mãe, sendo habitual, nesse momento, que a mãe dê risada, despertando o mesmo no bebê, o que demonstra que se chegou ao objetivo de conquistar o gozo desse Outro materno. Surge assim a necessária alienação para surgir um novo sujeito (FREUD, 1915).

O estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, que poderia ser exemplificado na pulsão invocante (CATÃO, 2009), ou mesmo na pulsão escópica (LAZNIK, 2013), é evidência de que houve um processo de alienação-separação inicial no primeiro ano de vida que dará as bases para o estabelecimento do Estádio de Espelho, que emergirá entre 6-8 meses a 18 meses. A alienação é o primeiro tempo do processo de estruturação do psiquismo e nela partimos de dois grupos: o do ser (sujeito) e o do Outro (sentido). Aquele que exerce a função parental se torna o Outro encarnado, representante do Outro, que oferece vários significantes dos quais o sujeito se subjugava a um, em meio aos vários disponibilizados. Dessa forma, o sujeito não consegue a total cobertura do sentido dado pelo Outro, havendo sempre uma perda. Surge aí um tipo de luta de vida e morte entre o sentido e o ser: se escolhe por um, perde o outro e, se perder o ser, há o desaparecimento do sujeito (BRUDER; BRAUER, 2007). Lacan afirma que a alienação é "(...) a primeira operação essencial em que se funda o sujeito" (LACAN, 1998, p. 199).

A mãe exerce papel fundamental para suprir as necessidades do bebê. Ela proporciona alívio às tensões sentidas por ele, oportunizando prazer; forma uma ordenação de seu psiquismo ao responder às suas demandas e manifestações. Seu aparecimento ou afastamento são compreendidos pelas particularidades da sua voz, do seu cheiro, tato e olhar (WAJNTL, 2000). Por intermédio dessa alienação do bebê à mãe, desse convívio, desse diálogo entre os dois, se torna possível a estruturação do aparelho psíquico de sua forma mais primitiva à sua forma mais elaborada. Quanto à cronologia, a mediação do Outro transforma a estruturação em algo não linear, o Outro está na posição daquele que sempre antecipa para o bebê e é função do bebê lidar com isso (INFANTE, 2000).

Na ordenação do primeiro laço de amor partilhado, a criança precisa se ofertar como objeto de amor à sua mãe, certificando-se que gera prazer e satisfação nela. Para o bebê é fundamental averiguar se sua existência controla, ainda que parcialmente, a ausência e a presença da pessoa de quem ele tanto necessita (PINHO, 2011). É o Outro encarnado que oferece o fim de sua necessidade, possibilitando uma experiência de satisfação e permitindo o encontro do indivíduo com a linguagem, uma linguagem que já existia antes mesmo de ele ser pensado. Portanto, é esse Outro que o orientará a utilizar essa linguagem, e proporcionará

todos os significantes indispensáveis ao seu uso. Essa intervenção causará, então, a introdução da criança na ordem simbólica, ordem essa de troca de significantes (NASCIMENTO, 2010).

Enquanto na alienação encontra-se o Outro completo, na separação há a evidência da falta que acomete ambos. O sujeito se separa do Outro como linguagem, mas não como desejo, continuando às voltas com o Outro, agora pelo sentido do desejo e não do saber, formulando, assim, a questão sobre o desejo do Outro que traz como resposta o fantasma surgindo para dar conta de algo do real que é intolerável – a castração – e também exercendo uma função organizadora da realidade (PISETTA; BESSET, 2011). Desse processo de falta ou desilusão, para falar em termos *winnicottianos*, quando o bebê descobre que ele e a mãe não são um, mas dois, emerge a necessidade de desenvolvimento mental, ou seja, que a inteligência e a linguagem - essa como representante máxima da capacidade intelectual humana - evoluam de modo a criar a capacidade de representar o ausente, o que Piaget (1970) chama de *função semiótica* e Winnicott (1975) define como *zona intermediária*. Nesse sentido, pode-se advogar pela dependência mútua entre aspectos psíquicos afetivos e cognição durante o primeiro ano de vida, pois o processo de alienação-separação precisa ocorrer para que a cognição e a linguagem adquiram um valor social e não fiquem à deriva em uma espécie de auto-erotismo e auto-estimulação, como se pode observar em sujeitos com autismo.

Quando o bebê vem à vida, se encontra em desamparo, o que faz com que ele experimente seu corpo despedaçado, sem encontrar alguma significação, e é justamente devido à relação que se estabelece com o Outro que ele pode suportar esse caos. É se alienando ao Outro que o bebê consegue se salvar desse despedaçamento. Entretanto, submeter-se ao Outro resulta submeter-se ao desejo desse Outro (SIRELLI, 2010). Contudo, para tornar-se sujeito, o bebê precisa se separar do Outro, para, assim, constituir-se mediante o próprio desejo. A separação é que permite ao bebê torna-se sujeito, ao tornar-se desejante, pois ao separar-se do Outro sua falta é exposta, e é essa falta que movimenta o sujeito rumo à realização do seu desejo (LACAN, 1964), bem como de sua construção cognitiva.

Sobre os processos cognitivos do bebê, podemos afirmar que esses se encontram em constante desenvolvimento e é esse aspecto que permitirá ao sujeito adaptar-se ao meio em que vive. O desenvolvimento é dividido em aspectos estruturais e instrumentais, sendo o aparelho biológico, o sujeito psíquico e o sujeito cognitivo, pertencentes aos aspectos estruturais do desenvolvimento. Ao início, esses aspectos são praticamente indissociáveis, pois os limites biológicos e/ou oportunidades ambientais podem ter efeitos importantes na construção da subjetividade e da cognição. A cognição necessita das bases subjetivas e

biológicas em sua construção, assim como a subjetividade também necessita de uma biologia e de uma cognição que sustentem a relação com o Outro encarnado, de modo a acessar os significantes do Outro. Já os aspectos instrumentais são as ferramentas necessárias para viabilizar a interação da criança com o meio e se diferenciam gradativamente nos primeiros três anos de vida, visto que ao início estão amalgamados, sendo difícil diferenciá-los. Essas ferramentas são importantes para que ela possa responder aos seus desejos, a partir do que sua estruturação permite, utilizando-se da motricidade, da psicomotricidade, dos processos de aprendizagem, do brincar, dos seus hábitos e da sua rotina e da linguagem em sua dimensão (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

Para a teoria criada por Piaget, a capacidade de conhecimento se cria a partir das trocas que a criança realiza com o meio em que está, o que a coloca em uma posição ativa na relação com o próprio corpo, com os recursos do seu ambiente e com a interação com outras crianças e adultos. Nessas trocas, a criança passa a desenvolver a competência afetiva, a emotividade, a autoestima, o raciocínio, o pensamento e a linguagem. A conexão entre os diversos graus de desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo se dá de maneira sincrônica e assimilada (FELIPE, 2001).

Nessa fase dos primeiros dois anos de vida, encontra-se em vigência o período sensório-motor, que se caracteriza pela criação de esquemas de ação que permitem à criança compreender objetos e pessoas. Trata-se do período das construções práticas, das noções de espaço, objeto, tempo e causalidade, que são fundamentais à acomodação de esquemas aos objetos e pessoas com as quais a criança se relaciona. Para que a criança seja capaz de realizar esses processos, ela não age a nível cognitivo representacional, mas em nível de ação genuinamente (SOUZA; WECHSLER, 2014). A criança está sempre construindo em termos práticos seus esquemas de ação e as categorias da realidade, e vai, aos poucos, diferenciando e integrando os esquemas de ação; simultaneamente consegue se separar, na qualidade de sujeito, dos objetos, podendo, assim, interagir mais complexamente com eles.

O término do período sensório-motor corresponde à sua então adquirida capacidade de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação, e é a função simbólica que permite essa substituição, significando que agora a criança pode replicar objetos ou acontecimentos por uma palavra, gesto ou lembrança. Torna-se, a partir dessa capacidade representativa, competente para convocar a lembrança de palavras, gestos e pessoas sem sua presença, o que lhe permite atribuir seus equivalentes simbólicos (DIAS, 2010). Esse processo de simbolização necessita do Outro, porque, antes da capacidade de representar, o Outro encarnado emprestará à criança sua cognição para evocar e lembrar, pois, ao desejar

essa criança e possuir um projeto simbólico para ela, permite que ela ocupe um lugar em sua cadeia significativa. Essa criança é considerada, solicitada, para resistir em seu próprio corpo às marcas que seus pais necessitam tracejar, para que eles mesmos se amparem como sujeitos (JERUSALINSKY, 2010).

O processo de separação impulsiona e resulta, ao mesmo tempo, das construções cognitivas do bebê, pois seus pais percebem habilidades crescentes e ao mesmo tempo necessitam forjá-las para que a criança não permaneça em dependência absoluta deles. Essa zona intermediária, que demanda, muitas vezes, um objeto transicional, também será o espaço de emergência da mente, aqui pensada como aparato do conhecimento (WINNICOTT, 2000). Se tudo vai bem durante o processo inicial de desenvolvimento, o bebê passará pelos processos de alienação e separação até que advenha o Estádio do Espelho. Nesse estádio, a criança adquire a imagem de seu próprio corpo, dependendo sua constituição não somente de um desenvolvimento maturacional; porém, reivindica o comprometimento do Outro, inserindo a criança no campo da linguagem e da comunicação. Através dos cuidados que o bebê necessita para sobreviver, a mãe inscreve marcas e dispõe significados para dar nome ao que o bebê sente e às suas atitudes. De outra maneira, o bebê endereça ao Outro-espelho, encarnado no Outro semelhante, a busca de uma imagem que lhe dê a sua totalidade. A mãe prevê essa totalidade, vê o corpo do bebê unificado. Nesse processo de reconhecimento, existe uma transformação de uma imagem fracionada do corpo a uma identificação fundamental da conquista da imagem de seu próprio corpo. Essa identificação promoverá a pré-formação do “Eu”, é um estádio de transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem que contribui à percepção da unidade de seu corpo (SCHULZ; RUSCHEL, 2017).

As neurociências também demonstraram que as estruturas do cérebro essenciais para a formação de memórias conscientes não são funcionais durante os dois primeiros anos de vida, explicando o que Freud identificou como “amnésia infantil”. Assim como Freud hipotetizou, não poder trazer à luz da consciência a maior parte de nossas memórias de infância não significa que elas não tenham se inscrito em nós, nem que não afetem nossos sentimentos, pensamentos e comportamentos atuais. As experiências da primeira infância, sobretudo entre mãe e bebê, influenciam o padrão das conexões cerebrais e, correlativamente, o padrão de nossos comportamentos e pensamentos. Assim, quando se pensa em um sujeito com estrutura neurótica na teoria *freudo-lacaneana*, atribui-se a possibilidade de ele ter estruturado o inconsciente de modo que lhe permita lidar com a castração e com o sofrimento. No entanto, quando isso não é possível, seja por condições do ambiente ou por condições do bebê, há risco de formação de uma psicopatologia. Por isso, a necessidade de acompanhar a

constituição psíquica em seus primórdios e compreender os diferentes fatores que a colocam em risco.

Jerusalinsky (2015) retrata que o cérebro humano é capaz de se adaptar para atuar numa pluralidade imensa de configurações que não estão antecipadamente determinadas pela constituição genética, embora ela determine limites concretos de dificuldade, eficiência e modulação para essas configurações, mas não demarcações imaginárias, nem simbólicas. No entanto, mesmo que haja essa capacidade de adaptação, o desenvolvimento emocional da criança está intrinsecamente relacionado à condição psíquica original da mãe, principalmente, às circunstâncias para o desempenho da função materna. Na ocasião em que a criança não evolui no brincar simbólico e na linguagem, pode estar apresentando um lapso relacionado a dificuldades na realização das funções parentais (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Dentre os distúrbios que podem afetar o desenvolvimento infantil está o autismo que, segundo Sprovieri e Assumpção Jr (2001), traz à criança dificuldade na interação social percebida pela incapacidade de relacionar-se com o Outro, o que traz também perturbações nas ações, interferindo no espaço familiar, perturbando e bloqueando o progresso de maneira satisfatória de suas etapas evolutivas. Laznik (2004; 2013) descreve como consequente risco ao autismo a incapacidade de o bebê se fazer objeto do gozo do Outro, ou seja, dificuldade no estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, não existindo nada mais do que se fazer objeto da pulsão do Outro e não sujeito de sua própria pulsão. Nesse processo, compreende-se a passagem pelos três tempos, conforme demonstra Brenner (2011), acrescentando um quarto tempo, na evidência da emergência do sujeito. Surge, nesse momento, a possibilidade de tornar de fato sujeito, aquele que foi capaz de percorrer a primeira instância, de se empossar de alguma coisa externa a si e ter identificado aí algo que lhe trouxe um significado. Esse percurso permite o nascimento de um sujeito, é a fissura fundante para que esse sujeito seja capaz de instaurar seu circuito pulsional.

A mãe sustenta para seu bebê o lugar de Outro primordial, antecipa a existência de um sujeito e, justamente por essa suposição, o bebê se constituirá como tal. Ela delineará, com seu olhar, gesto e palavras, o esquema libidinal que revestirá o corpo do bebê. Constroem-se, no cotidiano dessa relação, pequenos e discretos reconhecimentos recíprocos que compõem a imagem do corpo desse bebê a partir do desejo ou do olhar materno. Quando essas ações de reconhecimento começam a fracassar e se perde sua sustentação, ficam mais evidentes, em torno dos seis meses, os primeiros traços autísticos: o bebê evita o rosto materno, não olha o Outro, não fixa a cabeça quando está sentado; com o tempo, a boca, não erotizada, poderá estar sempre babando e semiaberta (KUPFER, 2000).

Se, em decorrência de algum fator, existir uma ruptura precoce no surgimento dos referentes imaginários e simbólicos ao bebê, quer por motivos fantasmáticos, quer como consequência de problemas nas conjunções orgânicas constitucionais da criança, essa é capaz de ficar barrada do campo das transferências simbólicas da linguagem, reduzida ao real de um corpo perceptivo não subjetivo. Dessa maneira, encontramos crianças que não se interessam pela presença do Outro, não respondem a olhares dirigidos a elas. Se a capacidade de uso da linguagem estiver comprometida e sem pronúncia imaginária que possibilite compreender o mundo à sua volta do mesmo modo que seus semelhantes, podem se originar sintomas no seu corpo, como estereotípias gestuais e outros movimentos rituais e repetitivos, na intenção de, por meio dessas repetições, estruturarem um diminuto de organização para suas vidas (SIBEMBERG, 1998), como se o circuito pulsional pudesse ser compreendido como uma transmissão elétrica. Caso ocorra corte de energia, bloqueio de transmissão ou ausência de um aparelho receptor, o impulso elétrico, e, em nosso caso, pulsional, perde-se, mantendo o sentido em um local sem acesso ou provocando curto circuito.

A criança com autismo apresenta inabilidade para interagir socialmente, dificuldade no domínio da linguagem para comunicar-se e padrões de comportamento restritos e repetitivos. Dessa forma, o autismo é retratado como uma psicopatologia grave, que provém da não instauração consecutiva de estruturas psíquicas essenciais, perante a qual se encontra o risco de inserção de deficiências inconversíveis para a evolução psíquica da criança (VISANI; RABELLO, 2012). Pode-se caracterizar o autismo como uma alteração qualitativa e quantitativa das relações sociais e da comunicação, e uma peculiaridade restrita e repetitiva da atuação, das preferências e das ocupações. São perturbações da linguagem e do comportamento observadas no primeiro ano de vida, que mais tarde se estabilizam, trazendo dificuldades de interação com o Outro (CUNHA, 2011).

Apesar de as alterações na linguagem das crianças serem o sinal mais antecipado e alarmante que os pais reconhecem, as insuficiências sociais e comportamentais manifestam-se também nos primeiros anos de vida. Embora com níveis de seriedade diferentes, a interação social está sempre afetada, sendo a principal alteração a atenção conjunta, baseada na capacidade da criança coordenar o seu olhar com o do Outro, e representa o controle para desenvolver a linguagem funcional e as habilidades sociais de interação. Aproximadamente 40% dos indivíduos autistas jamais adquirem competências para a interlocução verbal e essa carência não é atenuada pela comunicação não verbal. A ecolalia é um dos traços que mais explicita o autismo, mas, como pode haver uma utilização de um vocabulário sofisticado,

demonstrando um discurso adiantado para a idade, os pais não a percebem (RORIZ; CANIÇO, 2016).

O não olhar entre o bebê e sua mãe, que se amplia a outras pessoas do convívio do bebê, compõe um dos principais indícios de autismo já nos primeiros meses de vida. Ele determina uma grande dificuldade na relação especular com o Outro, e sem intervenção há a possibilidade de o Estádio do Espelho não se constituir, estágio em que a criança se volta em direção ao adulto e pede que seja reconhecida como aquela que ela percebe no espelho. Essa relação de prazer com a imagem do próprio corpo é fundamental, porque é ela que permitirá que o bebê tenha senso de unidade de si e dos objetos (LAZNIK, 2013). Mais recentemente, Laznik *et al.* (2016) afirma a partir de uma leitura da clínica do nó borromeu⁶, que não haveria uma articulação do imaginário no trancamento das dimensões do real, simbólico e imaginário no autismo. Isso permite afirmar que a criação do laço inicial, ou seja, do processo de alienação, não se daria de modo suficientemente bom nesse tipo de constituição psíquica.

A partir da noção de circuito pulsional e do conhecimento das limitações dos bebês que se tornaram autistas aos três anos, com base em bancos de filmes familiares, Laznik (2013; 2016) idealizou e testou com grupo de pesquisadores franceses os Sinais PREAUT (CRESPIN, PARLATO-OLIVEIRA, 2015), que foram validados em pesquisa na França com cerca de 14.000 bebês. Esses sinais serão abordados em detalhe na segunda seção deste capítulo. Cabe, no entanto, abordar que inúmeros estudos neurocientíficos afirmam que o autismo possui bases biológicas que demonstram que o bebê com esse risco já demonstra falha na integração sensório-motora, e no registro de informações (BULLINGER, 2006; TREVARTHEN, DELAFIELD-BUTT, 2013), o que produz uma série de sintomas precoces corporais como, por exemplo, assimetrias corporais, restrições alimentares, desequilíbrio no tratamento dos fluxos sensoriais, com primazia de alguns sentidos sobre outros, e falhas no registro da informação afetiva da voz (MURATORI, 2014).

Outro transtorno que pode incidir na criança é a psicose não decidida da infância. Jerusalinsky (1993) denominou dessa forma esse transtorno, pois a criança ainda é um sujeito em formação. O autor afirma que essa definição se dá porque a infância identifica a oportunidade de estados provisórios, ainda não decididos; há certo suspense porque ainda não

⁶ "O nó borromeano é formado por elos distintos (no mínimo três) que se enlaçam sem que haja interpenetração entre eles, ou seja, nó passa através do furo de outro nó. Na verdade, trata-se mais especificamente de uma cadeia, pois o nó é composto por apenas um elemento, enquanto que a cadeia é formada por elos distintos e, caso algum nó se rompa, toda a cadeia se desfaz. Ele associa as três rodas do nó aos três registros com os quais trabalha: real, simbólico e imaginário, sendo o próprio nó o real em si mesmo." (SOARES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2017, p. 206).

se produziu uma inscrição definitiva. Bernardino (2004) refere ser essa a definição mais adequada, pois contempla da melhor forma a posição da criança enquanto sujeito em constituição, assim como sua condição de ser individual, cuja estrutura encontra-se em evolução.

A mãe oferece ao bebê o objeto real, seja ele o seio ou a mamadeira, com o desejo de amamentar, fazendo com que o que era necessidade – a fome – torne-se uma demanda de amor. Contudo, essa primeira experiência nunca mais será revivida, o objeto deixa uma representação como sinal, sendo o objeto perdido permanentemente. Essa perda possibilita que a criança saia da posição de alienação primeira e chegue a um segundo tempo em que há a entrada de um terceiro para estabelecer a relação imaginária, ocasionando um corte nessa fusão. O ingresso do pai como significante de uma função permite a inserção da criança no universo simbólico, ocasionando seu distanciamento da sujeição à mãe, promovendo a criança o lugar de sujeito desejante. E havendo um lapso na entrada do pai como função, o significante Nome-do-Pai não será inscrito, e sim rejeitado do universo simbólico da criança, falhando a separação e dando lugar à instauração de uma psicose (VANOLI; BERNARDINO, 2008).

É necessário, na clínica da psicose, que o terapeuta se alie à criança para, por meio dessa vinculação, ser capaz de exercer o corte primordial na relação entre a criança e a mãe. Como afirma Guerra (2010), geralmente, mas considerando cada caso particularmente, o curso do tratamento com as psicoses começa com a experiência de exercer alguma forma de contorno do gozo e de intervenção sobre o Outro, uma vez que a interpretação está do lado do sujeito. Cabe ao analista retirar o sujeito do lugar de subordinação ao Outro e tentar torná-lo capaz de resposta. Deve haver, por parte do analista, a prevenção de encarnar o Outro, procurando um ponto vazio de gozo que seja capaz de convocar o sujeito.

Jerusalinsky (1993) aponta a diferença entre autismo e psicose, declarando que, quando é psicose, existe uma *forclusão* e, no autismo, uma *exclusão*. A forclusão causa um registro no sujeito, num posicionamento tal que esse registro não pode ter consequência na função significante. Já na exclusão, não existe um registro do sujeito; em seu lugar se encontra o real, sendo assim, uma ausência de registro. Sendo assim, o diferencial está em que, para o psicótico, cada palavra carrega o seu próprio e absoluto sentido e, para o autista, cada palavra carrega o seu desaparecimento. Para haver uma cura psicanalítica é necessário que o início do tratamento se dê precocemente, cabendo ao analista, em seu primeiro ato, se identificar totalmente com os automatismos dos autistas, sendo a única repetição em que o

autista se reconhece. No entanto, o objetivo é que essa repetição possa ser quebrada, causando para o autista o rascunho de um estranhamento (JERUSALINSKY, 2012).

Contemporaneamente e sem abandonar conceitos básicos da psicanálise, Laznik (2013) oferece a partir dos últimos seis anos, uma série de reflexões, em textos nos quais relata experiências de tratamento com sujeitos autistas, em que considera descobertas atuais das neurociências incorporadas na terapêutica, sobretudo a abordagem de sensoriomotricidade de André Bullinger, muito clara em relato recente (LAZNIK; CHAUVET, 2016). Essas descobertas lhes permitiram uma leitura mais dinâmica na distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância a partir do nó borromeu (LAZNIK, 2016). Nesse mesmo livro (LAZNIK, *et al.*, 2016), encontram-se os textos de Bursztejn e de Touati (2016), que analisam a evolução dos conceitos de autismo e psicose na literatura médica e psicanalítica e a necessidade de retomar a distinção entre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), não autísticos.

Para o tratamento, tanto de uma como de outra patologia, Kupfer (1999) relata que a operação clínica será a busca de demarcações que não encontraram um significado e, a partir delas, a reinserção da operação significativa, realizando exatamente o que a mãe não foi capaz de fazer, supondo um sujeito. E quanto antes o tratamento se iniciar, mais eficácia poderá vir a ter. O caminho da cura, na clínica infantil, tem peculiaridades, já que a transferência, que é o propulsor do tratamento, envolve a criança e seus pais. Na prática, percebe-se o quanto é importante o envolvimento dos pais na terapia da criança, cabendo ao analista, compreender o manejo da situação, para que possa, assim, encontrar a maneira mais adequada de conduzir o caso (OSTI; SEI, 2016).

Independente do risco que a criança apresenta, um dos fatores que pode tornar o tratamento eficaz é a precocidade com que ele se inicia. Quanto antes a criança for olhada e escutada por um profissional capacitado, que inclua a família no processo terapêutico, mais rapidamente ela poderá obter melhoras em seu desenvolvimento. Um dos fatores principais que garantem uma melhora significativa quanto mais cedo se iniciar a intervenção é a plasticidade cerebral. De acordo com Pinheiro (2007), o cérebro em desenvolvimento é capacitado a reorganizar padrões e sistemas de conexões sinápticas visando à readequação do crescimento do organismo às novas habilidades intelectuais e comportamentais. As células em crescimento têm melhor capacidade de adaptação que as desenvolvidas. Por esse motivo, com o passar do tempo ocorre a diminuição da plasticidade.

Esse fato, relacionado à plasticidade do cérebro do bebê, é evidenciado por Jerusalinsky (2002), ao relatar que a etapa mais importante do desenvolvimento cerebral do

bebê é seu primeiro ano de vida, e que até por volta dos dois anos o cérebro da criança comporta duas vezes mais o número de sinapses e consome duas vezes mais energia que o cérebro de uma pessoa adulta, o que demonstra o quanto nessa fase da vida a capacidade neurológica de uma criança se encontra no seu auge, o que também pode deixar marcas significativas, já que, ao redor dos três anos, o cérebro de uma criança que foi abandonada ou violentada tem, neurologicamente, registros trabalhosos de serem removidos.

Pensando a clínica da psicose e do autismo a partir do nó borromeu, estudado e intitulado por Lacan em 1973, Laznik *et. al* (2016) toma as coisas no nível da trança através de três linhas (Real, Simbólico e Imaginário), e, para poder falar do recém-nascido, considera o Real como sendo o organismo do bebê; ao Simbólico dá a função de representar ordem do mundo, das gerações, contemplando as regras às quais estamos submetidos; e o Imaginário como sendo a possibilidade de ver o que ainda não está lá. Essas três linhas vão sobrepor-se de certa maneira e, em decorrência de um trajeto, se finalizará em um nó, o chamado, então, *nó borromeu*. O trajeto saudável desse desenvolvimento gera um total de seis movimentos que permitem desde a diminuição das excitações, tanto externas quanto internas, do corpo do bebê, do investimento dado ao bebê até a construção do *eu* e se conclui, finalmente, com a castração Simbólica. Há, no bebê que se direciona ao autismo, um fracasso da trança que resulta em um nó não borromeu, no qual o Imaginário não se liga ao Real e ao Simbólico. Outra falha se dá no Estádio do Espelho por uma falta de interesse do bebê por sua amorosa mãe ao lhe mostrar sua imagem virtual no espelho, sendo parte do entendimento clínico que crianças autistas apresentam essa ruptura no campo imaginário, demonstrando uma dificuldade para imaginar histórias e um corpo que não se mantém em relação com as instâncias. Já na psicose, a falha acontece em função de uma impossibilidade da metáfora paterna e a impossibilidade da mãe ensinar ao bebê que existe um lugar fálico ao qual ela se remete quando o coloca no berço.

No momento em que o analista se encarrega do tratamento de uma criança autista, existe uma aposta que, ao reconhecer um valor significativo em qualquer produção de linguagem ou gesto, e ao se colocar no lugar de encaminhamento do que supõe como mensagem, a criança poderá se reconhecer, posteriormente, como origem dessa mensagem, tomando momentaneamente o lugar do Outro primordial, antecipando o sujeito que virá a analisar toda criação como uma realização posta pela criança como tentativa de advir a uma ordem simbólica que o antecede (LAZNIK, 1992).

Quando se propõem as metodologias IRDI e os Sinais PREAUT em conjunto na análise da detecção precoce de risco psíquico, na abordagem do grupo de pesquisa no qual se

insere esta dissertação, busca-se manter a distinção entre o que seja risco de autismo e de TID não autístico. Isso porque se entende que é preciso escolher abordagens terapêuticas distintas para a intervenção precoce. Enquanto nos casos de risco para autismo podem ser necessárias abordagens corporais mais específicas (PERUZZOLO, 2016; AMBRÓS, 2016), nos casos de risco de psicose é preciso trabalhar com a dinâmica alienação-separação e, de modo especial, na articulação entre função materna e paterna, o que trará outra dinâmica de intervenção, já que a fantasmática parental está mais em voga na escolha das estratégias terapêuticas do que as limitações corporais e psíquicas do bebê para acessá-las, conforme se observa em relatos de casos e discussões teóricas trazidas por Laznik (2013; 2016) acerca dos dois tipos de estrutura.

2.2 O TRABALHO DE PUERICULTURA E DETECÇÃO PRECOCE DO RISCO PSÍQUICO

Fatores de risco são usados como indicadores clínicos para a construção de intervenções precoces. Porém, a detecção de algum risco não permite a previsão de uma patologia. Consequentemente, a detecção de sinais de risco psíquico não tem função preditiva, mas sim indicativa. A detecção precoce de alguma falha relacional ou no desenvolvimento do bebê se faz necessária o quanto antes, permitindo uma maior eficácia na intervenção e podendo evitar a instalação de alguma possível patologia. O grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho vem estudando protocolos e roteiros que auxiliam na identificação do risco de autismo e da psicose no primeiro ano de vida, bem como de limitações instrumentais que decorrem das relações iniciais entre os cuidadores e o bebê sem que, necessariamente, emergja uma psicopatologia, mas que possam ter como desfecho transtornos de linguagem, psicomotores ou de aprendizagem.

Entre esses protocolos e roteiros estão o IRDI (KUPFER, 2008) e os Sinais PREAUT (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015), cuja primeira comparação ocorreu na pesquisa de Roth (2016), que identificou, no primeiro ano de vida, uma complementariedade entre ambos os protocolos, ao estudar 17 bebês que permaneceram com risco psíquico aos nove meses. A autora observou que nas avaliações realizadas por meio de ambos os instrumentos havia concordância para desfecho de risco psíquico, mas que a entrevista e escuta da história de vida era fundamental para que o risco fosse compreendido, pois os sinais apresentam uma leitura parcial do fenômeno. Eles devem ser tomados no paradigma indiciário e não como diagnósticos, como já propunham seus idealizadores (KUPFER, 2008; KUPFER;

VOLTOLINI, 2009; JERUSALINSKY *et al.*, 2010; KUPFER, 2015; CRESPI; PARALTO-OLIVEIRA, 2015). Os bebês foram acompanhados entre três e nove meses por Roth (2016), que encontrou correlação positiva entre a presença de risco psíquico ao desenvolvimento infantil em relação às variáveis obstétricas, psicossociais e sociodemográficas, destacando que o desfecho, em muitos casos, poderia ser um distúrbio de linguagem.

Nos primeiros meses de vida do bebê, o foco maior é na ocorrência de algum risco que comprometa a apropriação da função materna, seja ela na gravidez, no parto - devido à prematuridade do bebê ou por uma psicopatologia que possa acometer a mãe e ter efeitos no bebê -, ou pela predisposição do bebê para o autismo. Como apresenta Theisen (2014), pode haver uma falha no exercício da função materna: a mãe, por não investir na relação com seu filho, o deixa numa condição faltante nesse tempo preliminar de sua constituição, podendo provocar, posteriormente, alguma patologia que comprometa o desenvolvimento do bebê. O roteiro IRDI busca analisar a relação mãe/pai ou quem exerçam essas funções e bebê a partir de indicadores clínicos de desenvolvimento infantil cuja ausência pode indicar risco psíquico. Esse risco não é uma certeza de psicopatologia, mas evidencia a presença de alguma dificuldade subjetiva que pode afetar ou incidir no desenvolvimento da criança (MOTA *et al.*, 2015).

No texto que apresenta os resultados finais da Pesquisa IRDI, diferentes estudos indicam uma variação relevante, entretanto preocupante, de que entre 10 a 20% da população infantil apresenta algum distúrbio do desenvolvimento ou transtorno mental. Esse contexto deveria receber, portanto, uma atenção maior das políticas públicas, proporcionando, então, um amparo apropriado por intermédio da utilização, aprimoramento e criação de instrumentos com indicadores qualificados para identificar precocemente algum transtorno (KUPFER, 2009). Em complemento ao IRDI, os sinais PREAUT apresentam mais especificamente uma maior sensibilidade para a detecção de risco para o autismo (OUSS *et al.*, 2013), cujo diagnóstico cresceu muito nos últimos anos a partir da nova denominação, no DSM-5, de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esta terminologia acabou com todas as subdivisões usadas para classificar o distúrbio, uma vez que afirma a noção de espectro, havendo diferentes gravidades do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Embora na literatura haja uma referência maior ao aumento de TEA, o grupo de pesquisa no qual se insere este trabalho observa que a neutralização da diferença entre autismo e psicose, sob a alcunha de TEA, é aspecto que deve ser mais bem elucidado em pesquisas, pois no trabalho de Roth (2016) o número de bebês com risco psíquico de tipo não autista é muito maior (15 em 17 bebês). Esse aumento de crianças com risco psíquico

demanda a evolução de diagnósticos por meio da utilização de instrumentos que venham a contribuir para detecção e intervenção na primeira infância, e, portanto, faz-se necessário uma melhor avaliação da relação pais-bebê com o intuito de compreender cada vez mais as particularidades do comportamento parental-infantil, podendo dar suporte quando algo na criança não corresponde ao desenvolvimento esperado.

No caso específico do diagnóstico de autismo, observa-se, na realidade de Santa Maria, que há uma busca pela aplicação de escalas como *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)* (MURATORI, 2014) e a *CARS* (2008), encaminhadas por neuropediatras aos pais e professores para resposta, sem a presença de um profissional do campo *PSI*, de modo especial o Psicólogo, responsável legal pelo psicodiagnóstico. Esse aspecto causa grande preocupação no grupo de pesquisa, pois se entende que testes e escalas adquirem valor no olhar aprofundado de um clínico experiente em psicopatologia e conhecedor do desenvolvimento infantil típico. Os psicólogos, cuja formação demanda estudo aprofundado, durante quatro a cinco anos, em psiquismo humano, seja na dimensão cognitiva ou na afetiva, são os profissionais melhor habilitados para realizar esses diagnósticos. Em função disso, os estudos e manejos dos debates no uso de protocolos e roteiros de avaliação do psiquismo são realizados, no grupo de pesquisa, por profissionais da Psicologia, conforme atestam os estudos de temáticas como: o brincar e a estereotipia no autismo (KLINGER, 2010); o risco psíquico a partir da relação com estados de humor materno e função materna (PRETTO-CARLESSO, 2011; BELTRAME et. al, 2013); função paterna e funcionamento de linguagem (RODRIGUES, 2012); musicalização (AMBRÓS, 2016); discussão de protocolos já mencionados, no trabalho de Roth (2016); e implementação desses protocolos no sistema de saúde (SCHUMACHER, 2017).

No Brasil, a partir da teoria psicanalítica, uma equipe de pesquisadores desenvolveu um conjunto de 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil intitulado “Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil” (IRDI), chegando à validação de 18 indicadores finais, com maior potência para detecção de risco psíquico, a serem analisados nas faixas etárias de 0 a 18 meses. Além da detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, com o intuito da prevenção, o uso desse instrumento permite aos pediatras e outros profissionais de saúde da atenção básica atuarem como agentes de detecção e prevenção. Tais indicadores foram divididos em eixos que permitem analisar o desenvolvimento da criança. São eles: suposição do sujeito; estabelecimento da demanda; alternância presença/ausência; e função paterna. O estudo pressupõe que a função materna se compõe em redor desses quatro eixos e traz, como consequência, a instauração de um sujeito

psíquico, baseado no desenvolvimento e organização da criança. O valor desse instrumento está em possibilitar que, se detectados a tempo, os problemas podem ser devidamente tratados, oportunizando a criança uma evolução mais produtiva e dinâmica, com menor padecimento (KUPFER *et al.* 2009).

Por meio desse estudo, se supõe que o ofício materno se faz progressivamente em torno dos quatro eixos apresentados a seguir:

- i. Eixo “suposição do sujeito” (SS): define uma antecipação, elaborada pela mãe ou cuidador, do aparecimento de um sujeito psíquico no bebê, que momentaneamente ainda não se faz presente. A constituição desse sujeito depende da suposição ou antecipação realizada pela mãe ou cuidador;
- ii. O eixo “estabelecimento da demanda” (ED), onde se encontram as reações iniciais involuntárias apresentadas pelo bebê e que a mãe reconhecerá como um pedido feito a ela. É através desse reconhecimento que se construirá uma demanda desse sujeito direcionado a quem ele se relacionará posteriormente, sendo essa demanda a base de toda ação posterior de linguagem e de vínculo com os outros;
- iii. O eixo “alternância presença/ausência” (PA) determina as atitudes maternas que a tornam intercaladamente presente e ausente. A ausência da mãe determinará toda ausência humana como um evento existencial, forçando a criança a elaborar um instrumento subjetivo para sua simbolização. Entre a demanda criada pela criança e o que ela experimentará como satisfação promovida pela mãe, se criará o suporte para as respostas ou demandas seguintes;
- iv. E por fim, no eixo “função paterna” (FP), procura-se seguir as consequências dessa função, na criança, que demarcam as atitudes maternas. Para a díade mãe-bebê compreende-se que a função paterna ocupa o lugar de terceira instância que permite a separação simbólica, dependendo dessa função a singularização da criança.

No sentido da intervenção precoce, supõe-se que esses índices possam ser utilizados na atenção materno-infantil, principalmente em serviços de saúde pública, por pediatras, enfermeiros, fonoaudiólogos e demais profissionais, como indícios da urgência ou não de alguma avaliação mais específica pela perspectiva psicanalítica (KUPFER *et al.* 2009).

Os 31 indicadores são mencionados no Quadro 1. Eles estão divididos por quatro faixas etárias que podem ser identificadas por Fase I, II, III e IV. Embora no campo

psicanalítico a perspectiva advogue a favor de processos lógicos, a divisão em faixa etária implica identificar aspectos processuais mais predominantes em alguns momentos da constituição psíquica, a partir de indicadores que adquirem valor indiciário e não diagnóstico.

É possível observar que os indicadores avaliam de modo importante a operação dos eixos antes enunciados, pois as condições dos cuidadores para exercer as funções parentais são tão avaliadas quanto às condições da criança para se engatar no laço familiar. Nesse sentido, cumpre observar os indicadores 3, 7, 10 e 11 como exemplos de sinais que indicam a participação ativa do bebê, já nas primeiras faixas etárias, para engajar-se no laço social. Esses indicadores vão ser avaliados nos Sinais PREAUT, como se vai observar a seguir.

Quadro 1 – Indicadores de Referência ao Desenvolvimento Infantil

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

Na realidade de Santa Maria - RS, em algumas pesquisas feitas pelo NIDIP, a partir de 2010, observaram-se vários aspectos psicossociais, sociodemográficos e obstétricos e sua

associação com risco psíquico. Alguns deles foram os estados de humor maternos, comprovando risco ao desenvolvimento quando existe depressão materna pós-parto (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014) ou ansiedade materna (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013). Vendrúscolo e Souza (2015), em estudo com 16 crianças que apresentavam risco psíquico, constataram alterações no brincar dessas crianças, com repercussão nas dimensões psíquica e cognitiva. Flores e Souza (2014) evidenciaram que as dificuldades de o bebê se separar da mãe e a vulnerabilidade da instalação da função paterna geram dificuldades quanto à aquisição da linguagem. Cabe ressaltar que na pesquisa inicial, em 2010, foram avaliados 182 bebês na faixa de um a quatro meses de idade, sendo que cerca de 20% apresentou risco psíquico (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013), o que é um percentual muito alto, considerando a população infantil. Esse percentual ficou próximo do encontrado por Roth (2016), que observou que, numa amostra de 80 bebês, 17 se mantiveram com risco aos nove meses, ou seja, 21,25% da amostra, tanto pelo protocolo IRDI quanto pelos Sinais PREAUT.

Especificamente sobre os sinais PREAUT, muitos estudos foram desenvolvidos visando à compreensão e evolução de situações de falha no desenvolvimento infantil, com foco no risco para autismo. Em 1999, teve início, na França, a pesquisa PREAUT (*Programme Recherche Evaluation Autisme*), intitulada “Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico”. O Instrumento desenvolvido por esse grupo de pesquisa e intitulado PREAUT passou a ser utilizado na clínica de bebês francesa com o intuito de identificar precocemente sinais de autismo em crianças pequenas, já que no decorrer dos primeiros meses de vida da criança podem ser observadas perturbações na interação com o outro que, se não tratadas, podem permanecer e se estender, chegando a constituir algum quadro mais grave, como o autismo (FERREIRA, 2013).

No Brasil, a pesquisa foi inserida em 2005 e recebeu o nome de “Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebê e seu impacto na saúde mental na primeira infância”. A denominação não correlaciona as prováveis perturbações precoces da interlocução averiguadas na interação entre pais e bebê com o surgimento consecutivo de quadros de autismo, no entanto, reconhece que tais disfunções são capazes de resultar negativamente sobre o psiquismo infantil nos primórdios de sua vida. A premissa da pesquisa PREAUT é que deve existir, no decorrer dos primeiros anos de vida, circunstâncias psicorrelacionais que precedem a cognição e tornam-na possível. São episódios que podem ser verificados na relação do bebê com seus pais bem antes que os marcadores psíquicos

frequentemente analisados como sinais indicativos da psicopatologia autística (FERREIRA, 2013).

Os sinais PREAUT foram baseados na identificação de risco a partir do estabelecimento ou não do terceiro tempo do circuito pulsional, identificado de modo significativo no sinal 2A da primeira parte do questionário exposto no Quadro 2. Quando o bebê responde bem à primeira parte do questionário, ele atingirá 15 pontos, o que identifica ausência de risco para autismo, e, na pesquisa de Roth (2016), para qualquer psicopatologia. Quando atinge uma pontuação intermediária entre 5 e 15, ele poderá ter risco psíquico de tipo não autista. Já abaixo de 5, há a necessidade de aplicação da segunda parte do questionário, pois o bebê pode estar em risco para autismo, conforme se vê na grade a seguir.

Quadro 2 – Sinais PREAUT

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR	
1) O bebê procura olhar para você ?	a) Espontaneamente	SIM NÃO	4 0
	b) Quando você fala com ele (protoconversaço)	SIM NÃO	1 0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?	a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	SIM NÃO	8 0
	b) Quando ela fala com ele (protoconversaço)	SIM NÃO	2 0
<i>Se o score é superior a 5, não responda às questões 3 e 4.</i>			
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)	a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	SIM NÃO	1 0
	b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	SIM NÃO	2 0
	c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	SIM NÃO	4 0
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)	a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	SIM NÃO	1 0
	b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	SIM NÃO	2 0
	c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	SIM NÃO	4 0

Na pesquisa de Roth (2016), o item 2A obteve significância estatística com o item 13 do protocolo IRDI. Os sinais PREAUT foram colocados nas faixas etárias de 4 e 9 meses no sistema francês de consultas pediátricas e hoje continua sendo utilizado nessas faixas etárias,

já que os bebês vão para consulta obrigatória nessas idades em função de vacinas. Ele pode, no entanto, ser utilizado em faixas etárias posteriores, já que sua lógica não está relacionada a uma faixa etária, mas ao estabelecimento do circuito pulsional. Crianças maiores também podem ser avaliadas pelos Sinais PREAUT. Nesta pesquisa, apesar dessa possibilidade, em função do desenho inicial, os Sinais PREAUT ficaram restritos ao primeiro ano de vida, replicando a pesquisa francesa na realidade brasileira, e o IRDI, na faixa etária de 12 a 18 meses, ficou como objeto de comparação com os resultados do M-CHAT, visto que os Sinais PREAUT já foram comparados ao M-CHAT em pesquisa de Ouss *et al.* (2013) e que outros estudos do grupo de pesquisa irão abordar essa comparação na pesquisa brasileira. A justificativa de tal comparação se deve ao fato de que há um debate atual sobre a inserção do IRDI e outros instrumentos de detecção de risco na realidade brasileira e, ainda, que há a percepção de que alguns itens do IRDI, por exemplo, o 13º observado no trabalho de Roth (2016), poderiam se correlacionar ao M-CHAT na identificação do risco para autismo.

Pode-se afirmar que há um aumento de crianças com risco psíquico, ao considerar-se a evolução em diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), corroborando para a criação e utilização de instrumentos que venham a contribuir para detecção e intervenção na primeira infância (JERUSALINSKY, 2015), por isso, se faz necessário uma maior avaliação da relação mãe/bebê com intuito de compreender cada vez mais as particularidades do comportamento materno-infantil, podendo dar suporte quando algo na criança não corresponde ao desenvolvimento esperado. O estudo de Ouss *et al.* (2013) indica que o diagnóstico precoce de riscos ao desenvolvimento, aliado ao tratamento intensivo como preditivos de melhores prognósticos, é possível. A autora demonstrou a alta sensibilidade e especificidade para identificação do autismo pelos sinais PREAUT em um grupo de bebês com Síndrome de West, quando comparado ao poder de identificação do M-CHAT, instrumento amplamente reconhecido na literatura internacional, capaz de rastrear o autismo já aos 18 meses de idade. Cabe ressaltar, no entanto, que o M-CHAT não dá indícios da formação do distúrbio, porque não há uma teoria de psiquismo que o embase. Embora esse instrumento identifique sintomas precoces, a leitura desses sintomas, na compreensão da equipe de pesquisa na qual se insere este trabalho, deve ser feita por um profissional *PSI*.

O M-CHAT é uma modificação do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), tendo sido elaborado nos Estados Unidos (ROBINS *et al.*, 2001). Losáprio e Pondé (2008) foram autores da tradução e adaptação do teste no Brasil. Trata-se de uma escala de rastreamento utilizável em toda e qualquer criança durante visitas pediátricas, com a finalidade de reconhecer traços de autismo em crianças pequenas. A escala M-CHAT é bastante simples e

não necessariamente necessita ser aplicada por um médico. As respostas aos tópicos da escala consideram as percepções dos pais em relação à conduta da criança, e sua aplicação dura somente alguns minutos, não exige ser agendada com antecedência, tem baixo custo e não causa qualquer incômodo aos pacientes. Elaborou-se como uma extensão da escala CHAT e constitui-se de 23 questões com respostas de *sim* ou *não*, aplicável em pais de crianças de 18 a 24 meses (LOSAPIO; PONDÉ, 2008). É composto por 19 questões referentes à presença/ausência de habilidades e de quatro itens relacionados à presença/ausência de comportamentos atípicos. Para as questões que apontam a presença de habilidades sociais ou do desenvolvimento, a réplica habitual dos pais de uma criança que não apresenta alterações é SIM; para as questões que indicam a presença de comportamentos atípicos, a réplica habitual dos pais de crianças típicas é NÃO (MURATORI, 2014).

Também utilizada para a detecção de alterações no desenvolvimento, a Escala Bayley é detentora de características psicométricas para a avaliação do desenvolvimento infantil, sendo padronizada com referências normativas para crianças pequenas. Tal instrumento foi criado pela enfermeira Nancy Bayley e colaboradores no ano de 1933. Essa escala avalia, de maneira mais ampla, a presente condição de uma criança em específico. Reflete a consequência de mais de 40 anos de pesquisa e atividade clínica com crianças pequenas (SILVA *et al.*, 2011). A escala compõe-se de um dispositivo adequado para a avaliação de crianças de um a 42 meses de idade, apresentando ou não alguma deficiência, e é vastamente reconhecida e usada em estudos referentes ao desenvolvimento pueril. Proporciona resultados exatos pertinentes e sua utilização como instrumento de pesquisa tem recebido vasto apoio da comunidade científica. Analisa cinco setores do desenvolvimento: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. É de fácil administração, com duração de cerca de 30 minutos, abrangendo atividades e brinquedos que simplificam a comunicação entre o bebê e o examinador (RODRIGUES, 2012).

A seguir, no Quadro 3, são identificados os itens do M-CHAT.

Quadro 3 – Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

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 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, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	SIM NÃO
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para vocês (pais) para lhes 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 o chama 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

Fonte: Muratori (2014).

Quadro 4 - Instrução para pontuação dos itens críticos M-CHAT

Item e Resposta Esperada			
1. NÃO	8. NÃO	15. NÃO*	22. SIM
2. NÃO*	9. NÃO*	16. NÃO	23. NÃO
3. NÃO	10. NÃO	17. NÃO	
4. NÃO	11. SIM	18. SIM	
5. NÃO	12. NÃO	19. NÃO	
6. NÃO	13. NÃO*	20. SIM	
7. NÃO*	14. NÃO*	21. NÃO	

Fonte: Muratori (2014). * itens considerados críticos.

Cumprir observar que o M-CHAT possui itens que podem revelar sintomas como estereotípias corporais ou situações de hipersensibilidade auditiva, entre outros, cuja resposta deveria ser NÃO, e comportamentos positivos, como aqueles que demonstram que a criança está apresentando um desenvolvimento adequado, aqueles assinalados por SIM. Embora não explicita bases teóricas claras, como o IRDI e os Sinais PREAUT, é, indubitavelmente, um instrumento de rastreio precoce do autismo que deve ser considerado, mas que, a exemplo de qualquer protocolo, deve ser seguido por um diagnóstico de um clínico experiente, pois uma detecção sem o encaminhamento para a clínica precoce perde o sentido se tiver apenas o objetivo de atribuir um rótulo ao bebê e preocupar sua família.

A importância desse processo de detecção precoce é defendida por diversos autores, seja por condições de plasticidade cerebral dos bebês, seja pela potencialidade de mudanças familiares diante da chegada de um novo membro. Para Zanon *et al.* (2014), devido à plasticidade cerebral, torna-se importante intervir precocemente, permitindo a otimização da aplicação da mesma. Machado (2000) demonstra a importância da intervenção se iniciar o mais cedo possível, promovendo o aprimoramento do potencial evolutivo da criança, visando favorecer o seu desenvolvimento global, considerando os padrões preliminares de aprendizagem e comportamento, que determinam o processo de desenvolvimento e se estabelecem nos primeiros anos de vida. Torna-se realizável, portanto, conter a interferência negativa de fatores de risco, prevenindo o agravamento de desvios no processo evolutivo, tentando obter uma recuperação mais plena possível.

Essa detecção para intervir precocemente, de um modo mais focado, na evolução de aspectos instrumentais, vem sendo efetivada nas consultas pediátricas, sobretudo o seguimento de bebês prematuros, há muitos anos, com testes como o Denver II e o Bayley III, que permitem – o primeiro com abordagem mais tipo *screening* e o segundo mais diagnóstica – identificar risco ou atraso na cognição, linguagem, psicomotricidade e aspectos pessoal-social. A adaptação transcultural e evidências de validade do Bayley III para a realidade

brasileira foram obtidas no trabalho de Madaschi *et. al* (2012), o que demonstra que a utilização desse teste é recente a nível nacional.

A avaliação do desenvolvimento infantil possibilitada pelo Bayley III permite detectar casos em que a criança apresentava alguma falha e, conseqüentemente, algum risco a um desenvolvimento progressivo e saudável. Vários estudos evidenciam que essa escala é útil na diferenciação de crianças com atraso e distúrbio em relação aos seus pares em desenvolvimento típico (GODAMUNNE *et al.*, 2014; HANLON *et al.*, 2016; TORRAS-MAÑÁ *et al.*, 2016; BALLOT *et al.*, 2017), destacando-se em especificidade e sensibilidade diagnóstica quando comparada a outros testes (MADASCHI *et al.*, 2011).

Quando considerados os subtestes utilizados nesta pesquisa, observa-se que a escala de linguagem avalia habilidades linguísticas básicas para a comunicação da criança, e a escala cognitiva aborda como a criança pensa, reage e aprende sobre o mundo ao seu redor. Ao observar os itens de avaliação, percebe-se que tanto conceitos *piagetianos* quanto *vigostkyanos* fizeram parte da construção da avaliação cognitiva, pois são observados aspectos como uso funcional, agrupamento e classificação de objetos, bem como soluções de problemas como encontrar a forma de pegar um objeto que está sob uma caixa de acrílico transparente com uma única possibilidade de entrada da mão, para citar alguns exemplos da avaliação aos 24 meses.

Em relação à linguagem, o teste apresenta um olhar bastante usual a partir da avaliação da identificação e localização de objetos em um livro de respostas, conhecimento de unidades e tamanhos, compreensão de pronomes possessivos e gerúndio, no aspecto receptivo da linguagem. Chamar e dirigir a atenção aos outros, sorrir de maneira social, vocalizar de modo endereçado ao Outro, imitar palavras e produzi-las de forma espontânea para evidenciar seus desejos, são alguns dos exemplos de itens para avaliar a expressão oral. O que se pode observar é que, mesmo realizado a partir de uma visão clássica de recepção e produção de linguagem, essa escala avalia alguns aspectos da intersubjetividade na linguagem ao se propor a analisar o endereçamento ao Outro, o que é de especial interesse a esta dissertação.

3. METODOLOGIA

Esta dissertação abrange dois estudos: o estudo 1, quantitativo, e o estudo 2, qualitativo. No estudo 1, são realizadas análises quantitativas da relação entre os protocolos e roteiros de avaliação do psiquismo e o desenvolvimento infantil quanto à linguagem e cognição. No segundo estudo, foram escolhidos dois casos que evidenciassem algumas características importantes para os objetivos da dissertação. A seguir será apresentada uma síntese geral de cada estudo, tendo em vista que a apresentação dos resultados na forma de artigos apresentará os procedimentos metodológicos de cada estudo em detalhes.

Estudo 1

De um total de 182 crianças que foram avaliadas na fase I da pesquisa “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo, com e sem risco psíquico: da detecção à intervenção”, coordenada pela orientadora deste trabalho, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAE: 28586914.0.0000.5346, apenas 20, com idades entre os 18 e os 24 meses, completaram todas as avaliações, sobretudo a avaliação com o teste Bayley III. Por isso, a amostra deste estudo ficou constituída de 20 bebês com 18 e 24 meses.

Ao início da pesquisa, os responsáveis pelos bebês foram contatados no setor de puericultura de bebês prematuros de um hospital universitário e no setor de Teste do Pezinho de uma unidade básica de saúde, antes de os bebês completarem um mês de idade. Na ocasião, foram fornecidas explicações sobre a pesquisa e, havendo a anuência dos responsáveis e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I), os dados obstétricos, psicossociais e sociodemográficos do bebê e de sua família foram coletados por meio de entrevista inicial.

Na sequência foram avaliados os Indicadores clínicos de referência (risco) ao desenvolvimento infantil nas quatro faixa etárias previstas pelo instrumento (1 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses), o MCHAT e o Bayley III aos 18 e 24 meses.

O IRDI foi aplicado a partir da observação das interações mãe-bebê durante a entrevista inicial e em demais avaliações realizadas pelos pesquisadores. Os indicadores consistem de questões que devem ser observadas na interação ou perguntadas aos pais. Quando dois ou mais indicadores estiveram ausentes, considerando as quatro fases analisadas, observou-se a presença de risco psíquico ou ao desenvolvimento. A diferença na atribuição de risco ao desenvolvimento para risco psíquico foi realizada a partir da consulta aos 18

indicadores mais preditivos de risco psíquico e também por uma leitura do caso pelo examinador. Já o risco ao desenvolvimento consiste da emergência de obstáculos a algumas aquisições sem que haja evidência de estruturação de uma psicopatologia.

O *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, definido como forma sintética do CHAT que busca identificar autismo, foi respondido pelos pais aos 18 e 24 meses, e também observado pelo pesquisador nas interações filmadas. Apesar de a escala não apresentar valor diagnóstico, pode indicar casos suspeitos que necessitam de uma avaliação mais minuciosa, pois apresenta alta sensibilidade e especificidade (LOSAPIO; PONDE, 2008). De um total de 23 questões, 19 itens são relativos à presença/ausência de competências e quatro itens estão associados a comportamentos atípicos. Quando a criança avaliada apresenta um desenvolvimento típico, a devolutiva dada pelos pais às questões que indicam a presença de competências sociais ou do desenvolvimento normalmente é *sim*; já para os itens que avaliam a presença de comportamentos atípicos, tem-se habitualmente como resposta o *não* (MURATORI, 2014).

O Bayley III (*Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition*), que foi publicado em 2006, busca avaliar o desenvolvimento infantil. Em 1993, Nancy Bayley e colaboradores realizaram os primeiros estudos sobre a escala Bayley, que é classificada como detentora de propriedades psicométricas para a avaliação do desenvolvimento infantil. Essa versão mais atual apresenta melhora do conteúdo dos testes, maior qualidade psicométrica e, em decorrência, maior adequação clínica. A aplicação do teste Bayley III é indicada para crianças de 1 a 42 meses de idade (SILVA *et al.*, 2011). Ela foi aplicada por colega fisioterapeuta com formação para tanto e foram considerados, nesta pesquisa, os itens linguagem e cognição.

Os dados normativos de Bayley III foram coletados nos Estados Unidos, em 2004, com 1.700 crianças com idades entre 16 dias e 43 meses e 15 dias. Os coeficientes de confiabilidade para os subtestes Bayley III são 0,86, para motor fino; 0,87, para comunicação receptiva; e 0,91, para comunicação expressiva, cognição e motor grosso. Cada item do teste pode receber a pontuação zero ou um; zero é atribuído caso a criança não realize o item ou falhe em cumprir os parâmetros estabelecidos pelo teste, e um a resposta alcançada quando a criança realiza os parâmetros estabelecidos, apresentando desempenho apropriado no item. Quando a criança obtém quatro zeros sucessivamente como resposta ela deverá passar para idade inferior ou encerrará o teste se isso não for possível (BAYLEY, 2006). Para que a criança apresente alguma alteração cognitiva ou de linguagem, deve obter, como resultado, escore menor que 90 nesses subtestes.

Os resultados obtidos foram tabulados em planilha *Excel* e as análises estatísticas foram realizadas no *software* STATA 9.0, no qual se buscou a análise de concordância entre os protocolos IRDI e M-CHAT na verificação de risco psíquico, e a correlação e concordância entre IRDI, M-CHAT e Bayley III para verificar a relação entre risco psíquico e alteração cognitiva e/ou de linguagem.

Estudo 2

Dos 20 bebês avaliados, foram escolhidos dois casos que apresentaram histórico de risco psíquico, um para estruturação autista e outro para psicose, e esta foi a amostra do segundo artigo. O risco psíquico foi avaliado pelo IRDI e pelo M-CHAT e também foram consideradas as avaliações de linguagem e cognição, realizadas a partir da escala Bayley III aos 18 e 24 meses.

O objetivo foi discutir os efeitos do risco psíquico na aquisição da linguagem e na cognição nesses dois casos. Na faixa etária de 24 meses, foram realizadas filmagens da interação das mães com seus bebês e desses com o examinador por 15 minutos. As filmagens foram analisadas por duas psicólogas juízas que atuam com bebês há mais de três anos, a partir de roteiro elaborado especificamente para esta pesquisa que versou sobre as dimensões cognitiva e psíquica do brincar e sobre aspectos linguísticos nas interações mães - bebê (anexo I). Na elaboração do roteiro, os trabalhos de Novaes e Barzaghi (2014) e de Graña (2008) serviram de base para consideração das dimensões cognitiva e psicoafetiva do mesmo. A partir da análise do roteiro foi realizada uma discussão qualitativa a partir da leitura do histórico de cada caso e das demais avaliações realizadas (IRDI, BAYLEY III e M-CHAT).

As avaliações realizadas, utilizadas nesta pesquisa por faixa etária estão resumidas no organograma a seguir.

Figura 1 - Organograma das avaliações realizadas

Os resultados dos dois estudos serão relatados no próximo capítulo que está dividido em dois artigos científicos, um com análise quantitativa e outro com análise qualitativa, apresentados, a seguir, em duas seções.

4. RESULTADOS

Este capítulo está composto por duas seções constituídas por um artigo científico cada uma, fruto da pesquisa realizada.

4.1. ARTIGO 1: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO SEGUNDO ANO DE VIDA: A COGNIÇÃO E LINGUAGEM

RESUMO

Objetivos: Analisar a concordância entre o roteiro “Indicadores de Referência ao Desenvolvimento Infantil” (IRDI) e o *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)* na detecção de risco psíquico, bem como investigar a possível relação entre risco psíquico e alterações no desenvolvimento cognitivo e na aquisição da linguagem. **Método:** Avaliaram-se 20 bebês entre um e 24 meses, em pesquisa de *coorte*, a partir dos instrumentos IRDI (dos quatro meses incompletos aos 18 meses), M-CHAT e Bayley III (18 e 24 meses). **Resultados:** Houve correlação estatisticamente significativa entre alteração de linguagem no Bayley III e M-CHAT aos 18 meses. Observaram-se, ainda, crianças com risco psíquico (IRDI-18 meses) e baixo desempenho no teste Bayley III. **Conclusão:** Observou-se correlação estatística entre risco psíquico e alteração de linguagem aos 18 meses. Não houve correlação estatística entre risco psíquico detectado pelo IRDI e M-CHAT e entre alteração cognitiva e risco psíquico.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Cognição; Linguagem; Risco; Transtorno Autístico.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the agreement between the "Indicators of Child Development" (IRDI) and the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in the detection of psychic risk, as well as to investigate the possible relationship between psychic risk and developmental changes in cognitive and language acquisition. **Methods:** Twenty infants aged between one and 24 months were evaluated in a cohort study from the IRDI instruments (from the four months incomplete to 18 months), M-CHAT and Bayley III (18 and 24 months). **Results:** Bayley III and M-CHAT showed a statistically significant correlation in the language at 18 months. It was also observed children with psychic risk (IRDI-18 months) and low performance in the Bayley III test. **Conclusion:** A statistical correlation between psychic risk and language impairment was observed at 18 months. There was no statistical correlation between the psychic risk detected by IRDI and M-CHAT and between cognitive alteration and psychic risk.

Keywords: Child development; Cognition; Language; Risk; Autistic Disorder.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos evidenciam a importância do acompanhamento do psiquismo na puericultura (KUPFER, 2000; KUPFER; BERNARDINO, 2009; JERUSALINSKY, 2015) de modo a permitir que uma intervenção em tempo seja oportunizada ao bebê e sua família antes da instalação de uma psicopatologia, sobretudo em casos de risco de evolução para o autismo (LAZNIK, 2013; JERUSALINSKY, 2015). Esses estudos consideram simultaneamente a possibilidade de predisposição biológica do bebê e de limitações na constituição do laço familiar, sobretudo no campo psicanalítico. Outros estudos no campo psicológico e das neurociências também abordam o tema, destacando a importância da intervenção no primeiro ano de vida para que as condições psíquicas e do desenvolvimento infantil possam ser modificadas positivamente impedindo o déficit cognitivo em bebês com risco de autismo (KUPFER, 2000; TREVARTHEN; DELAFIELD-BUTT, 2013; COHEN *et al.*, 2013). Para tanto, é importante que profissionais da puericultura se apropriem de conhecimentos acerca da detecção precoce de sinais de risco para o autismo, sobretudo na realidade brasileira como sugere o estudo de Flores e Smeha (2013).

Sabe-se que as dificuldades prolongadas na estruturação psíquica podem ter como consequências limitações cognitivas e linguísticas, como já relatado em trabalhos sobre autismo (TAMANAH; MARTELETO; PERISSINOTO, 2014; POLYAK; KUBINA; GIRIRAJAN, 2015). No entanto, pouco se sabe sobre possíveis limitações do desenvolvimento infantil no risco para psicose, até pelo apagamento da psicose na nosografia psiquiátrica (KUPFER, 2000). Esta pesquisa pretende abordar este tema ao analisar casos de risco de autismo e também de psicose por meio do uso dos Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil (IRDI)⁷, criado para a detecção precoce e elaborado a partir da teoria psicanalítica por um grupo de pesquisadores universitários brasileiros, em cujo conteúdo encontra-se um conjunto de 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil que revelariam a probabilidade de aparecimento de distúrbios psíquicos posteriores (KUPFER; BERNARDINO, 2009).

⁷ O nome inicial desse instrumento abrangia o termo *risco*, mas o desejo de inserir uma vertente positiva sobre o olhar ao desenvolvimento infantil fez os pesquisadores mudarem recentemente para *referência*, no entanto, tal perspectiva foi passada em comunicação oral que será publicada em breve. Aqui, já inserimos a nova forma para favorecer a atualidade da pesquisa.

Em referência aos indicadores clínicos abordados pela psicanálise, é especialmente no âmbito da saúde mental infantil que a sua utilização pode alcançar um emprego significativo. A justificativa da produção deste tipo de instrumentos clínicos sustentados nessa prática e teoria se dá porque a psicanálise tem colaborado para a compreensão das estruturas e dos padrões de funcionamento dos transtornos emocionais, comportamentais e dos atrasos no desenvolvimento, proporcionando dispositivos técnicos e maneiras de intervir que tem otimizado consideravelmente os atendimentos e as condições da vida dos pacientes (KUPFER et. al, 2010).

As possibilidades de risco psíquico para o bebê abrangem desde a impossibilidade/dificuldade de estabelecimento do laço por questões parentais, por exemplo, no risco para psicose, a existência de um limite biológico do bebê, no caso do autismo, não compensado pelas interações familiares. Em ambos os casos a estruturação do bebê pode se definir na direção de uma psicopatologia grave da infância (KUPFER, 2000). Nesse sentido, Saint-Georges *et al.* (2011) observaram, por meio de filmes familiares, que bebês que receberam diagnóstico de autismo após três anos, demonstraram, já no primeiro ano de vida, grande dificuldade de se engajar na relação com os pais e de buscar as pessoas, o que resultou na ausência de comportamentos intersubjetivos a partir do segundo semestre de vida. Isso permite pensar de que já é possível detectar risco para autismo por meio de sinais adequados no primeiro ano de vida. Ouss *et al.* (2014) verificaram que os Sinais PREAUT apresentaram-se muito sensíveis e específicos ao autismo na avaliação de crianças com Síndrome de West, demonstrando razoável concordância com o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). Em outro trabalho o mesmo grupo de pesquisadores observaram que os Sinais PREAUT aos nove meses se apresentaram similares ao do M-CHAT em avaliação de risco para autismo aos 24 meses (OLLIAC *et al.*, 2017).

Sabe-se que o risco psíquico, sobretudo nos casos de evolução para o autismo, pode levar a déficits cognitivos e linguísticos (MURATORI, 2014) e que o risco para outra psicopatologia pode impactar na produção inicial de fala (CRESTANI et al., 2015) , por isso, torna-se relevante investigar a relação entre risco psíquico e desenvolvimento cognitivo e linguístico.

Considerando o fato de os sinais PREAUT possuírem a mesma base epistemológica do IRDI, a teoria *freudo-lacanianana*, neste estudo tem-se como objetivos analisar a concordância entre IRDI e M-CHAT e a correlação de resultados obtidos na detecção de risco psíquico com os resultados obtidos nas avaliações da linguagem e cognição.

MÉTODO

A amostra deste estudo constou de 20 bebês nas faixas etárias de 18 e 24 meses que faziam parte de uma pesquisa maior denominada “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo, com e sem risco psíquico: da detecção à intervenção”, coordenada pela orientadora deste trabalho, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAE: 28586914.0.0000.5346. Os responsáveis, contatados no setor de puericultura de um hospital universitário e no setor de Teste do Pezinho de uma unidade básica de saúde, quando seu bebê tinha até 30 dias de vida, foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Responderam a uma entrevista, que ofereceu dados psicossociais, obstétricos e sociodemográficos, e se comprometeram a trazer seus bebês para avaliações até os dois anos de vida.

As avaliações realizadas, utilizadas nesta pesquisa por faixa etária foram:

- i. Faixa etária 1- 3 meses e 1 dia a 4 meses incompletos - IRDI fase I;
- ii. Faixa etária 2 - 6 meses e 1 dia a 7 meses e 29 dias - IRDI fase II;
- iii. Faixa etária 3 - 8 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias - IRDI fase III;
- iv. Faixa etária 4 - 17 meses e 1 dia a 18 meses e 29 dias - IRDI fase IV;
- M-CHAT, Bayley III;
- v. Faixa etária 5 - 23 meses e 1 dia a 24 meses e 29 dias - M-CHAT e Bayley III.

O IRDI foi observado durante as interações mãe-bebê e também na entrevista com as mães durante os 18 primeiros meses de vida do bebê a partir das quatro faixas etárias previstas para o instrumento. Já o instrumento M-CHAT foi aplicado em entrevista com as mães e conferido na observação das crianças durante a realização do teste Bayley III. O teste Bayley III foi aplicado por fisioterapeuta com formação para a aplicação do mesmo. Para análise dos resultados foram utilizados os critérios que demonstram risco em cada um dos instrumentos, nas faixas etárias elegidas para o estudo – de 18 e de 24 meses –, identificando, assim, os bebês com risco. No caso do roteiro IRDI, identifica-se risco quando dois ou mais

indicadores estiverem ausentes na análise das quatro fases. A seguir os instrumentos são descritos.

O M-CHAT é capaz de detectar risco para autismo aos 18 e 24 meses. Ele é uma alteração do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), tendo sido elaborado nos Estados Unidos (ROBINS *et al.*, 2001). A aplicabilidade do M-CHAT é bastante acessível, sendo que as respostas a cada item consideram a opinião dos pais em correspondência ao comportamento da criança. Sua versão traduzida e adaptada foi publicada para o português após cauteloso estudo e aplicação a fim de testar sua eficácia. Apesar de a escala não apresentar validade de diagnóstico, pode indicar casos suspeitos que necessitam de uma avaliação mais minuciosa, pois apresenta alta sensibilidade e especificidade (LOSAPIO; PONDÉ, 2008). De um total de 23 questões, 19 itens são relativos à presença/ausência de competências e quatro itens estão associados a comportamentos atípicos. Quando a criança avaliada apresenta um desenvolvimento típico, a devolutiva dada pelos pais às questões que indicam a presença de competências sociais ou do desenvolvimento normalmente é *sim*, já para os itens que avaliam a presença de comportamentos atípicos, tem-se habitualmente como resposta o *não* (MURATORI, 2014).

O Bayley III (*Bayley Scales of infant and Toddler Development, Third Edition*), que foi publicado em 2006, busca avaliar o desenvolvimento infantil. Em 1993, Nancy Bayley e colaboradores realizaram os primeiros estudos sobre a escala Bayley, que é classificada como detentora de propriedades psicométricas para a avaliação do desenvolvimento infantil. Essa versão mais atual apresenta melhora do conteúdo dos testes, maior qualidade psicométrica e, em decorrência, maior adequação clínica. A aplicação do teste Bayley III é indicada para crianças de 1 a 42 meses de idade (SILVA *et al.*, 2011).

A escala proporciona avaliação de múltiplos setores do desenvolvimento infantil, podendo ser utilizada para o propósito de identificar atrasos e fornecer informações para o planejamento terapêutico. A criança é observada quanto à execução de determinadas atividades esperadas nas faixas etárias. São avaliados cinco domínios de desenvolvimento: cognição, linguagem (comunicação receptiva e expressiva), motor (fino e grosso), socioemocional e comportamento adaptativo. Os três primeiros são analisados por meio da observação direta da criança durante o teste, e os dois últimos são analisados por intermédio de um questionário a ser respondido pelo principal cuidador da criança. Essas duas escalas são menos utilizadas em circunstâncias clínicas e de pesquisa na realidade brasileira porque ainda não foram traduzidas para o português e adaptadas à realidade nacional (Bayley, 2006).

Os subtestes cognitivo e de linguagem da Bayley III foram utilizados nesta pesquisa. Eles examinam o progresso da criança na cognição em relação a áreas como visualização, memória e atenção; e, na linguagem, avaliam as habilidades de comunicação receptiva e expressiva, incluindo a capacidade de reconhecer sons e vocabulário receptivo. O Bayley III não fornece uma pontuação global total, mas separa as pontuações brutas e escalares para cada domínio, bem como as pontuações compostas e as classificações percentuais para cada escala. Ao fim do teste, o desenvolvimento da criança pode receber uma das seguintes classificações: extremamente baixo, limítrofe, média baixa, média alta, superior e muito superior (Bayley, 2006).

Os dados normativos de Bayley III foram coletados nos Estados Unidos, em 2004, com 1.700 crianças com idades entre 16 dias e 43 meses e 15 dias. Os coeficientes de confiabilidade para os subtestes Bayley III são 0,86, para motor fino; 0,87, para comunicação receptiva; e 0,91, para comunicação expressiva, cognição e motor grosso. Cada item do teste pode receber a pontuação zero ou um: zero, caso a criança não realize o item ou falhe em cumprir os parâmetros estabelecidos pelo teste; e um sendo a resposta alcançada quando a criança realiza os parâmetros estabelecidos, apresentando desempenho apropriado no item. As regras de aplicabilidade do teste se constituem em: encontrar a base do teste quando a criança for capaz de acertar em sequência três questões; se a criança responde erroneamente uma dessas três primeiras, retorna a letra anterior da testagem; continuando até que a criança erre cinco questões consecutivamente (BAYLEY, 2006). Para que a criança apresente alguma alteração cognitiva ou de linguagem, deve obter, como resultado, escore menor que 90 nesses subtestes e escore 90 na pontuação composta.

Os resultados obtidos foram tabulados em planilha *Excel* e as análises estatísticas foram realizadas no *software* STATA 9.0, no qual se buscou a análise de concordância entre os protocolos IRDI e M-CHAT na verificação de risco psíquico, e a correlação e concordância entre IRDI, M-CHAT e Bayley III para verificar a relação entre risco psíquico e alteração cognitiva e/ou de linguagem.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisados os resultados obtidos nas avaliações de um grupo de 20 bebês, avaliados pelo IRDI nos 18 meses iniciais de vida, buscando verificar os níveis de concordância e correlação entre a variável risco psíquico e o desfecho cognitivo, obtido pelo protocolo Bayley III e risco para autismo, avaliado pelo M-CHAT aos 18 e 24 meses.

Quando realizada essa relação por meio do teste de KAPPA, observamos, conforme descrito na Tabela 1, que não houve concordância significativa entre IRDI e M-CHAT.

Tabela 1 - Concordância IRDI *versus* M-CHAT aos 18 e 24 meses

IRDI	M-CHAT 18 meses				M-CHAT 24 meses			
	Sem risco	Com risco	Total	Kappa	Sem risco	Com risco	Total	Kappa
Sem risco	8	1	9	K= 0,238 p=0,194	9	0	9	K=0,08 3 p=0,353
Com risco	7	4	11		10	1	11	
Total	15	5	20		19	1	20	

Legenda: IRDI-Indicadores de Risco para Desenvolvimento Infantil; M-CHAT-Modified Checklist for Autism in Toddlers; K-coeficiente de correlação Kappa; p- valor de p.

É interessante observar que o IRDI identifica 11 crianças com risco aos 18 meses e o M-CHAT apenas cinco, demonstrando a sensibilidade de detecção maior ao risco psíquico por parte do IRDI, tendo em vista que ele não objetiva identificar apenas as crianças com risco para autismo, e considera a possibilidade de risco de constituição para psicose, ou mesmo risco ao desenvolvimento. Entre as alterações ao desenvolvimento podem ser citados o atraso na aquisição da linguagem como uma das alterações mais frequentes na amostra estudada, como se verá na tabela 4 em que 10 crianças apresentam atraso de linguagem já aos 18 meses na avaliação do Bayley III.

Na faixa etária de 24 meses, apenas uma criança foi identificada com risco para autismo por meio do protocolo M-CHAT, ou seja, somente uma dentre o total de 11 crianças identificadas pelo IRDI como possuindo risco psíquico, o que explica a falta de concordância estatística entre ambos pelo fato de o IRDI pegar uma gama maior de fatores de risco para a constituição psíquica do que o M-CHAT.

Nas tabelas 2 e 3 são apresentadas as correlações entre IRDI e Bayley III. Na tabela 2, encontram-se as análises de cognição e linguagem por meio da comparação de Spearman e na tabela 3 apenas a correlação com a linguagem por meio do Teste U de Mann-Whitney.

Tabela 2 - Correlação IRDI versus Bayley III Cognição e Linguagem aos 18 e 24 meses

	Valid	Spearman	p-level
IRDI x Bayley III cog 24meses	20	0,227	0,334
IRDI x Bayley III cog18 meses	20	0,267	0,254
IRDI x Bayley III lgg 18 meses	20	0,175	0,461
IRDI x Bayley III lgg 24meses	20	0,045	0,851

Legenda: IRDI - Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil. BAYLEY III (Bayley Scales of infant and Toddler Development, Third Edition). COG: cognitivo. LGG: linguagem. Teste correlação de Spearman.

Tabela 3 - Correlação entre Bayley III Linguagem aos 18 e 24 meses e IRDI

BAYLEY III	IRDI SEM RISCO	IRDI COM RISCO	P VALOR
	Média \pm DP	Média \pm DP	
18 MESES			
Linguagem	94,667 \pm 23,388	79,818 \pm 21,104	0,175
Linguagem Receptiva	21,556 \pm 7,230	17,091 \pm 8,264	0,370
Linguagem Expressiva	22,333 \pm 7,433	17,909 \pm 5,718	0,260
24 MESES			
Linguagem	93,556 \pm 15,322	89,000 \pm 14,920	0,602
Linguagem Receptiva	24,333 \pm 4,359	23,182 \pm 4,262	0,551
Linguagem Expressiva	27,000 \pm 6,982	23,091 \pm 8,154	0,175

Legenda: IRDI - Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil; BAYLEY III - Bayley Scales of infant and Toddler Development, Third Edition; Teste U de Mann-Whitney.

Em termos descritivos, é interessante observar que, apesar da ausência de significância estatística na associação IRDI e Bayley III para cognição e linguagem, que há uma média maior de pontuação em linguagem para crianças sem risco psíquico que seja ser de 14 pontos aos 18 meses e diminui aos 24 meses para 4 pontos.

Na Tabela 4, há uma descrição dos resultados, utilizando o Teste U de Mann-Whitney para comparação entre M-CHAT e Bayley III Linguagem aos 18 meses e 24 meses.

Tabela 4 - Correlação entre Bayley III Linguagem e M-CHAT aos 18 e 24 meses (N=20)

VARIÁVEIS	M-CHAT SEM RISCO	M-CHAT COM RISCO	p valor
BAYLEY III 18 meses	Média \pm DP	Média \pm DP	
Linguagem	94,467 \pm 19,744	62,600 \pm 12,798	0,004*
Linguagem Receptiva	21,600 \pm 6,610	11,600 \pm 7,301	0,012*
Linguagem Expressiva	22,200 \pm 5,858	13,000 \pm 4,123	0,011*
BAYLEY III 24 meses			
Linguagem	91.666 \pm 15,327	85,500 \pm 12,020	0,448
Linguagem Receptiva	24,000 \pm 4,144	21,000 \pm 5,656	0,311
Linguagem Expressiva	24,833 \pm 8.125	25,000 \pm 2,828	0,704

Legenda: BAYLEY III - Bayley Scales of infant and Toddler Development, Third Edition;. M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers; Teste U de Mann-Whitney; *p valor \leq 0,05.

Observa-se que houve significância estatística aos 18 meses na relação entre ter risco no M-CHAT e atraso na aquisição da linguagem no Bayley III, tanto na modalidade receptiva, quanto expressiva da linguagem, o que evidencia o observado na Tabela 3, com um pouco mais de peso estatístico.

Embora a diferença na média e no desvio padrão entre as crianças sem e com risco psíquico não tenha levado a um valor significativo, observa-se que a média no desempenho geral de linguagem das crianças sem risco é sempre superior, tanto aos 18, quanto aos 24 meses. Também se destaca a ocorrência de um desvio padrão maior do grupo com risco em termos de linguagem expressiva aos 24 meses. Esse dado se deve ao fato de que esse sintoma de linguagem é considerado como o mais evidente nas alterações do desenvolvimento, em termos de desfecho dos bebês com risco psíquico.

DISCUSSÃO

Considerando a proposta inicial de analisar a relação entre desenvolvimento cognitivo e de linguagem em sua possível associação com risco psíquico, observou-se que o risco psíquico nem sempre foi acompanhado de risco ao desenvolvimento cognitivo e linguagem, o

que explica a falta de correlação estatística entre os resultados obtidos no Bayley III para os itens de linguagem e cognição aos 18 e 24 meses, e os resultados obtidos no roteiro IRDI nos 18 primeiros meses de vida. Uma hipótese que se pode sugerir é que há, no segundo ano de vida, uma diferenciação maior entre os aspectos estruturais, ou seja, entre cognição e psiquismo.

A relação encontrada entre o M-CHAT e o Bayley III, em seu aspecto linguagem, demonstram o que diversos trabalhos apontaram sobre o evidente comprometimento da linguagem em casos de autismo (TREVARTHEN, DELAFIELD-BUTT, 2013; TAMANAHA et al., 2014; MURATORI, 2014; POLYAK et al., 2015). Assim, pode-se afirmar que a alteração de linguagem é mais evidente do que a cognitiva no segundo ano de vida, já que as crianças com risco psíquico apresentaram desenvolvimento cognitivo típico, em sua maioria. Essa relação entre risco psíquico e alteração de linguagem foi encontrada em amostra maior e não restrita apenas ao autismo, no trabalho de Crestani *et al.*(2015), que evidenciou relação entre menor produção de fala inicial e risco avaliado pelo IRDI.

No entanto, cabe ressaltar que a continuidade do déficit linguístico coloca, como possibilidade futura, a presença de dificuldades no âmbito cognitivo, já que as tarefas cognitivas irão ficando mais complexas com o avançar da idade e demandam um funcionamento de linguagem ampliado para sua compreensão. Esse aspecto ganha maior relevância quando se observa uma tendência de melhor desempenho linguístico nas crianças sem risco psíquico, quando comparadas com as com risco, embora não tenha havido uma significância estatística. Esse aspecto é ressaltado por Polyak *et al.* (2015) ao abordarem a necessidade de se investigar mais o *status* da cognição em casos de autismo. Os autores afirmam que o déficit cognitivo é uma co-morbidade comum no autismo. Esse fato põe em maior evidência a necessidade de detecção precoce do autismo para que a intervenção precoce possa sustentar melhores condições de evolução linguística e cognitiva para a criança com esta psicopatologia.

Outro aspecto a ser considerado, a partir dos resultados desta pesquisa, é a necessidade nosográfica da psicose enquanto quadro estrutural do psiquismo, visto que o IRDI evidenciou a possibilidade de detectar a presença de risco psíquico em vários casos em que não foi possível pelo M-CHAT. Esse fato foi observado pela falta de concordância entre IRDI e M-CHAT, porque este teste possui maior especificidade para autismo (MURATORI, 2014), enquanto que o IRDI caracteriza-se por ser um roteiro que capta outros tipos de risco psíquico, como, por exemplo, a estruturação psicótica (KUPFER, 2000; KUPFER, BERNARDINO, 2009). Pode-se observar, ainda, que o sintoma de linguagem foi o mais

comum na relação com o risco psíquico detectado pelo IRDI, embora não de modo estatístico. Esses resultados evidenciam que as alterações de linguagem devem ser investigadas em conjunto com o psiquismo.

Um aspecto importante a se ressaltar sobre o roteiro IRDI é o fato de ele analisar a dinâmica da relação parental com o bebê e não apenas os sinais patológicos que o bebê apresenta. Isso o diferencia muito do M-CHAT porque amplia o olhar em termos nosográficos mas principalmente na direção da abordagem de intervenção em tempo que será feita. Ao observar os eixos teóricos de estabelecimento da demanda, suposição do sujeito, alternância entre presença e ausência e função paterna, consegue perceber as dificuldades no laço entre bebê e pais e não apenas as fragilidades biológicas que o bebê apresenta para engajar-se na relação com aqueles que exercem as funções parentais. Essas observações podem, portanto, criar um contexto clínico da direção da intervenção e não apenas dizer da presença ou ausência de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos iniciais de avaliar a concordância entre IRDI e M-CHAT, observou-se que a ausência de concordância entre ambos indica a especificidade do último instrumento para o autismo e a maior amplitude do IRDI em termos de detecção de risco psíquico e ao desenvolvimento. Por outro lado, observou-se que a concordância entre risco no M-CHAT e alterações de linguagem na escala Bayley III evidenciam as graves limitações linguísticas em casos de risco para autismo.

Por fim, observou-se que as limitações cognitivas não são muito evidentes nos casos de risco psíquico no segundo ano de vida. Possivelmente, elas se evidenciam com o passar do tempo, a depender das perspectivas clínicas e educacionais oferecidas aos sujeitos. Podendo gerar atraso no desenvolvimento e limitações relacionais entre a criança e o outro.

O roteiro IRDI demonstrou captar risco nos dezoito primeiros meses de vida para um número maior de bebês, cujo desfecho foi alteração de linguagem. Esse fato indica a necessidade de a avaliação dos atrasos de linguagem ser acompanhada de um olhar atento à constituição psíquica. Demonstra também a importância da inserção de roteiros de acompanhamento do desenvolvimento infantil como o IRDI que abordam o psiquismo infantil na relação com o outro e a partir de eixos teóricos que direcionam também a intervenção.

Pode-se concluir que os atrasos de linguagem aos dois anos de vida devem ser acompanhados de uma avaliação da constituição psíquica, o que evidencia a importância de abordagens interdisciplinares na clínica de bebês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.

Cohen, D; Cassel, R; Saint-Georges, C; Mahdhaoui, A; Laznik, MC; Apicella, F; Muratori, P; Maestro, S; Muratori, F; Chetouani, M. Do parêntese prosody and father's involvement in interaction facilitate interaction in infants who later develop autismo? PLOS One, May 2013, v. 13, n. 5, e61402.

Crestani, AH.; Moraes, AB; Souza APR. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. Rev. CEFAC, 2015, v.17, n.1, p.169-176.

Flores, M.R. Semeha, L.N. Bebês com risco de autismo: o não olhar do médico. Ágora, RJ, 2013, v. XVI, nº especial, abr., p. 141-157.

Jerusalinsky, A. Indicadores de risco: como a psicanálise pode proteger os bebês. In: JERUSALINSKY, A. (Org.), *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 418-433.

Kupfer, MCM. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. Psicol. USP, 2000, vol.11, n.1, p.85-105.

Kupfer, MCM. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Revista latino-americana de psicopatologia fundamental, 2009, vol. 6, n. 1, p.48-68.

Kupfer MCM, Bernardino LMF. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. Rev Latinoam Psicopatol Fundam., 2009, v. 12, n.1, p.45-58.

Laznik, M. C.; Oliveira, E. P. (Org.) A hora e a vez da criança. 1ª ed. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

Losapio, MF; Pondé, MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2008, v. 30, n.3, p. 223-229.

Muratori, F. O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras. 1ª edição. Salvador: Editora Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia. 2014. 89 p.

Ouss, L *et al.* Infants engagement and emotion predictors of autism or intellectual disability in West Syndrome. Eur. Child Adolsc. Psychiatry, 2014, v. 23, n. 3 , p. 143-149.

Olliac, B; Crespin, G; Laznik, MC; EL Ganouni, OCI; Sarradet, JL; Bauby, C; Dandres AM; Ruiz, E; Burzstein,C; Xavier, J; Falissard, B; Bodeau, N; Cohen, D; Saint-Georges, C. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with PREAUT grid. PLOS ONE, December 2017, 0188831, p. 1-22.

Polyak, A; Kubina, RM; Girirajan, S. Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. American journal of medical genetics, neuropsychiatric genetics, 2015, part B, 9999-1-9.

Robins et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord, 2001, v.31, n.2, p.131-144.

Saint-Georges, C et. al. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. PLOS ONE, 2011, v. 6, n. 7, p. 1-13.

Silva, N.D.S H. et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 2011, v.21, n.1, p. 85-98.

Tamanaha, AC; Marteleto, MRF; Perissinoto, J. The interference of expressive language status on autismo behaviour check list scores in verbal and non-verbal autistic children. Audiol Commun Res., 2014, v. 19, n.2, p.167-170.

Trevarthen, C; Delafield-Butt, JT Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. Frontiers in integrative neuroscience. July 2013; v.7, article 49, p.1-16.

4.2 ARTIGO 2: LINGUAGEM, COGNIÇÃO E PSIQUISMO: POSSÍVEIS RELAÇÕES NA ANÁLISE DO BRINCAR DE DOIS BEBÊS COM HISTÓRICO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

RESUMO

Objetivos: analisar a evolução linguística e cognitiva de dois bebês em sofrimento psíquico, e comparar distintos instrumentos de identificação do risco psíquico. **Método:** Foram avaliados dois bebês entre um e 24 meses, um com risco para estruturação autista e outro não autista, identificados a partir dos Indicadores Clínicos de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) entre um e 18 meses, e por meio do *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) aos 18 e 24 meses. Os bebês também foram avaliados quanto à linguagem e cognição por meio da escala Bayley III. **Resultados:** A análise descritiva qualitativa do brincar evidenciou atraso de linguagem e cognitivo em ambos os casos, sendo esse atraso mais importante no caso de risco para autismo. Os indicadores clínicos conseguiram diferenciar melhor a direção da estruturação psíquica do que o M-CHAT. **Conclusão:** Há uma relação importante entre risco psíquico autista e atraso cognitivo e de linguagem. Os indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil permitiram uma identificação mais precisa da direção da estruturação psicopatológica do que o M-CHAT nos casos estudados.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Cognição; Linguagem; Risco; Transtorno Autístico.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the linguistic and cognitive evolution of two infants at psych suffering and to compare different instruments of psychic risk identification. **Methods:** Two infants between one and 24 months of age, one at risk for autistic and non-autistic structuring were identified, identified from the Clinical Indicators of Risk / Reference to Child Development (IRDI) between one and 18 months, and through Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) at 18 and 24 months. Babies were evaluated for language and cognition using the Bayley III scale. **Results:** Qualitative descriptive analysis showed language and cognitive delay in both cases, which is more important in the case of autism risk. Clinical indicators were able to better differentiate the direction of psychic structuring than M-CHAT. **Conclusion:** There is an important relationship between autistic psychic risk and cognitive and language delay. The clinical indicators of child development allowed a more precise identification of the direction of the psychopathological structure than the M-CHAT in the cases studied.

Keywords: Child development; Cognition; Language; Risk; Autistic Disorder.

INTRODUÇÃO

Alguns trabalhos evidenciaram a relação entre linguagem e psiquismo, em situações de risco, nos primeiros dois anos de vida (BENDER; SURREAUX, 2011; OLIVEIRA; SOUZA, 2014; CRESTANI *et al.*, 2015). Também se observou a relação entre a forma de brincar e o desenvolvimento de aspectos intersubjetivos (VENDRÚSCOLO, SOUZA, 2015). Neste estudo, tanto a dimensão cognitiva quanto a dimensão psíquica puderam ser analisadas no brincar e relacionadas ao processo de aquisição da linguagem por meio da análise de filmagens das interações das crianças aos 24 meses com suas mães. Esta análise foi realizada por três juízes experientes em desenvolvimento infantil: uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Naquela análise, não houve roteiro de observação, mas uma escolha de juízes que dominavam tanto a dimensão cognitiva, quanto psíquica do desenvolvimento e do brincar, a partir de um olhar psicanalítico. No estudo foram encontradas relações qualitativas entre o brincar e o atraso na linguagem e na cognição.

Há, no entanto, a possibilidade de propor um roteiro avaliativo do brincar em sua dimensão psíquica como fez Graña (2008) que também encontrou relação entre o tipo de relação objetal e a aquisição da linguagem em casos de surdez.

Essa conexão entre brincar, linguagem e psiquismo ocorre tanto em casos de risco psíquico para psicose, quanto para autismo (KUPFER, 2000), mas, de modo mais significativo, no autismo ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Esse quadro se caracteriza por déficits na comunicação, na interação social, movimentos restritos e repetitivos, interesses fixos, hipo ou hipersensibilidade a estímulos ambientais, entre outros. As descobertas das neurociências têm ajudado na compreensão de alguns comportamentos típicos do autismo, como a falha na conectividade neuronal de longa distância, explicando o déficit na elaboração das informações externas e o comportamento inapropriado. Também as falhas nos neurônios espelhos responsáveis pela observação-execução das ações, tanto da própria pessoa como dos outros, o que faz com que a pessoa com autismo tenha dificuldades na antecipação das ações, imitações e identificação das emoções do Outro, o que impede a construção de uma intersubjetividade necessária para a emergência da teoria da mente (MURATORI, 2014).

Conforme o DSM-5, o sujeito diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista, é aquele que abrange os critérios de déficits na comunicação e interação social em vários contextos, incluindo déficits na reciprocidade socioemocional, e no comportamento comunicativo não verbal (linguagem corporal, contato visual, etc.) (critério A). A gravidade

se baseia no comportamento repetitivo e restrito, e na comunicação social. O critério B corresponde a padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesse ou atividades, manifestando pelo menos dois dos itens existentes nesse critério. 1 – Fala, movimentos motores ou uso de objetos estereotipados ou repetitivos; 2 – Interesse nas mesmas coisas, rotina inflexível ou comportamentos verbais ou não verbais ritualísticos; 3 – Interesses fixos e restritos que são anormais em intensidade e foco; 4 – Interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, podendo ter hipo ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais. No critério C, os sintomas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento do sujeito, podendo não se manifestar até que ele seja colocado em uma situação social que ultrapasse o seu limite, tirando-o da sua zona de conforto, e também podendo ser mascarado com estratégias que o sujeito mais tarde aprende para lidar com as situações. O critério D corresponde aos prejuízos que esses sintomas causam na vida do sujeito, nas relações sociais, na vida profissional, e em outras áreas importantes.

Com advento do DSM-5, centrado apenas nos sintomas e nas questões neurobiológicas, houve um apagamento na consideração de outra psicopatologia: a psicose. Embora diagnosticada próximo à adolescência, a psicose inicia sua estruturação já nos primeiros anos de vida, podendo apresentar sintomas que podem ser confundidos aos casos de autismo mais leve (KUPFER, 2000). A psicose, que a princípio pode se manifestar como risco psíquico no bebê, necessita ser identificada, o mais precocemente possível para que a direção do tratamento seja apropriada, visto que a não diferenciação dos quadros de autismo de outras psicopatologias a partir da perspectiva adotada pelo DSM-5, poderá expor a criança a intervenções não adequadas.

Muratori (2014) afirma que a evolução para o autismo, pode levar a déficits cognitivos e linguísticos o que justifica estudar-se a correlação entre risco psíquico para autismo e déficit cognitivo e linguístico. Já Crestani *et al.* (2015) encontraram relação entre menor produção de fala e presença de risco psíquico avaliado pelo IRDI, sendo que na sua amostra não havia nenhuma criança com autismo. Este estudo justifica também a observação da evolução linguística em sua relação com a constituição psíquica do bebê proposta deste artigo.

A partir do exposto, este artigo tem por objetivo analisar qualitativamente a relação entre psiquismo, linguagem e cognição na análise do brincar de duas crianças e suas mães aos 24 meses considerando estruturas psíquicas distintas em curso, evidenciadas em um caso de risco para autismo e outro para psicose.

MÉTODO

Desenho

Esta pesquisa constituiu-se em um estudo de casos, longitudinal, de caráter qualitativo, em que os sujeitos foram submetidos a avaliações de linguagem, cognição e de risco psíquico nos primeiros dois anos de vida. A amostra de conveniência foi composta por dois casos escolhidos em uma amostra maior de crianças acompanhadas no projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o número de CAEE 28586914.0.0000.5346. Os critérios de escolha dos sujeitos para este estudo de casos foi a presença da variável *risco psíquico* nos 18 primeiros meses de vida e alterações de linguagem e/ou cognição aos 24 meses.

Procedimentos de Coleta e Análise

A proposta deste estudo foi realizar uma leitura conjunta da história de cada sujeito e dos resultados de suas avaliações realizadas no acompanhamento deles e de sua família que se deu em consultas realizada na etapa de um a dois anos de idade. As consultas com a equipe de pesquisa ocorreram aos três, seis, nove, doze, dezoito e vinte e quatro meses. Nas mesmas foram realizadas avaliações e filmagens da interação mãe-bebê.

Os roteiros de avaliação de risco psíquico utilizados foram os Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER, 2008), e o M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (MURATORI, 2014), e o teste de avaliação da linguagem e cognição foi a Escala BAYLEY III (BAYLEY, 2006).

O IRDI estabelece um conjunto de itens observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança, baseados na teoria psicanalítica, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo da criança. Os 31 indicadores do roteiro foram analisados em quatro faixas etárias, organizadas a partir dos primeiros quatro meses (fase I), entre quatro e oito (fase II), entre oito e doze (fase III) e entre doze e dezoito meses (fase IV), baseados em quatro eixos teóricos: estabelecimento de demanda, suposição de sujeito, alternância, presença e ausência e função paterna (KUPFER, 2008).

O M-CHAT foi desenvolvido com a finalidade de identificar crianças com autismo a partir dos 18 meses de vida. Apresenta 23 questões que se dividem em questões referentes a relacionamento social e atenção conjunta, com objetivo de avaliar a emergência da

intersubjetividade e, em sua ausência, o risco de autismo. Foi utilizado nesta pesquisa pela valorização que possui na literatura internacional como um teste sensível e específico para triagem de autismo (MURATORI, 2014).

A escala Bayley III é um instrumento indicado para a avaliação de crianças de um a 42 meses de idade, com ou sem deficiência. A avaliação do desenvolvimento é realizada em cinco domínios: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. É considerada de fácil aplicação (30 a 90 minutos) e envolve atividades com brinquedos que facilitam a interação do bebê/criança com o examinador (BAYLEY, 2006). Para a presente pesquisa, cuja aplicação foi realizada por terapeuta com formação específica no protocolo, foram utilizados os subitens linguagem e cognição.

A aplicação da Escala Bayley III foi realizada individualmente com a criança e seu responsável. Inicialmente foi explicado o objetivo do teste e solicitado que o responsável não interferisse nas atividades (a menos que fosse solicitado), pois a questão poderia não ser pontuada. Na Escala Bayley III, o item de linguagem é subdividido em *comunicação receptiva* e *comunicação expressiva*. A *comunicação receptiva* abrange itens do comportamento pré-verbal, o desenvolvimento do vocabulário, a capacidade da criança na identificação de objetos e imagens, entre outros. Já a *comunicação expressiva* contempla itens da comunicação pré-verbal, como balbuciar, gesticular, e o desenvolvimento do vocabulário, nomeando objetos e imagens, etc. (BAYLEY, 2006).

Também nessa faixa etária, foram analisados vídeos de interação das mães com seus bebês e desses com o examinador por 15 minutos, a partir de roteiro elaborado especificamente para esta pesquisa, que versou sobre as dimensões cognitiva e psíquica do brincar e de aspectos linguísticos nas interações mães-bebês (anexo I). Na elaboração do roteiro, os trabalhos de Novaes e Barzaghi (2014) e de Graña (2008) serviram de base para consideração das dimensões cognitiva e psicoafetiva do mesmo. Duas psicólogas do grupo de pesquisa, com mais de três anos de experiência em pesquisa com bebês, e que não tiveram contato com as coletas de 18 e 24 meses, realizaram a análise dos vídeos a partir dos roteiros, cuja discussão será qualitativa a partir da leitura do histórico de cada caso.

RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os casos por meio da exposição do histórico e avaliação das crianças e das análises feitas pelos juízes (J1 e J2) a partir do roteiro fornecido.

O CASO “R”

Histórico

“R”, um menino, nasceu ao completar 39 semanas de gestação. Não foi uma gravidez planejada, mas passou a ser desejada pela mãe ao tomar conhecimento da mesma. A gestação teve acompanhamento pré-natal com 10 consultas. A mãe apresentou dores e deslocamento de abdômen durante a gravidez. O parto aconteceu através de procedimento cirúrgico – cesariana – e o bebê nasceu com 2,905 kg. Ao nascimento apresentou hiperbilirrubinemia.

Considerando os aspectos psicossociais e o desenvolvimento de “R”, observou-se no relato da mãe que, quando bebê, “R” permanecia em cercadinho, ou na cama, de barriga para cima. Para chamar a mãe, costumava chorar, gritar e olhar para ela. A mãe o chamava de “meu filho” e conversava com ele sempre que estava acordado e quando o fazia dormir. A mãe supunha que seu bebê já apresentava preferências desde a primeira avaliação, entretanto, não permitia que ele explorasse livremente o ambiente, porque temia que ele se machucasse. Ela relatou que conversava com ele sempre que estava acordado e que ele, por sua vez, respondia ao seu chamado por meio do olhar.

Sentia-se incomodado com cólicas e quando estava com a fralda suja, informava o incômodo chorando e resmungando. A amamentação passou a ser mista a partir do sétimo dia de vida, sendo complementada com leite antirrefluxo, dificuldade alimentar apresentada pelo bebê. As dificuldades alimentares permaneceram até o nono mês, tendo em vista que “R” apresentou dificuldades na transição alimentar para alimentos semi-sólidos e sólidos e as dificuldades se intensificaram a partir do segundo ano de vida, fazendo com que a equipe de pesquisa identificasse um quadro de restrição alimentar e solicitasse avaliação sensorial aos 12 e 24 meses e intervenção terapêutica, que ocorreu entre 10 e 12 meses, e que foi relatada no estudo de Peruzzolo (2016). Esta autora, através de sua intervenção, conseguiu que “R” estabelecesse, por alguns momentos, o terceiro tempo do circuito pulsional, mas a impossibilidade de a mãe continuar a levá-lo à intervenção, não permitiu que se eliminasse totalmente o risco psíquico.

Por vezes, fazia uso de chupeta; ficava mais tempo com a mãe e a avó, que eram seu suporte social; possuía um ursinho como seu brinquedo favorito. Sua rotina consistia em acordar às 9 horas da manhã, ir até a casa da avó, brincar e retornar à sua casa à tardinha. Dormia às 22 horas, na cama dos pais, com a mãe e tinha por ritual mexer nos cabelos. Participava de dinâmicas familiares saindo em passeios.

Segundo a mãe, a chegada do filho a deixou feliz. Ela afirma que ele é “tudo” para ela. O pai do menino estava com medo de assumir a responsabilidade de cria-lo. A mãe de “R” apresentava no momento da avaliação inicial uma crise situacional por estar enfrentando dificuldades na relação com o pai da criança e por ter enfrentado momentos de estresse em casa e no trabalho durante a gestação.

O menino se assustava com barulho, procurava a voz materna, acalmando-se ao ouvi-la. Era atento a sons e escutava música. Essa hipersensibilidade aos sons foi se intensificando com a idade, a ponto de a mãe ter de ir para um quarto escuro com ele para que o mesmo se acalmasse, sobretudo diante da presença de visitas na casa. A mãe também relatava que o menino tinha grande dificuldade em frequentar lugares públicos desde a mais tenra idade, pois se irritava com barulhos, luzes e pessoas. Mesmo assim, ela relatava que conseguia estabelecer uma relação com ele. Ela o definia como uma criança extremamente irritada, arisca e de difícil convívio. Ela também relatava que o pai de “R” apresentava características semelhantes.

Em termos de avaliação com o IRDI, na fase I (dos um aos 4 meses), observou-se o fato de a mãe não saber identificar o que a criança queria quando chorava ou gritava (indicador 1); a criança não reagir ao *manhês* (indicador 3); a mãe propor algo a criança e esperar por sua resposta (indicador 4); e o indicador 5, no qual não havia uma troca continuada de olhar entre “R” e sua mãe. Nessa avaliação evidenciou-se que a mãe chamava-lhe incessantemente, cantava para ele, tocava-lhe e, sem oferecer-lhe turno de fala, buscava chamar sua atenção diante de sua tentativa de estabelecimento de relação, por vezes com superestimulação, porque “R” esquivava-se do olhar, do toque e da voz. Esse fato sugeriu à equipe que esse bebê deveria ser encaminhado para a intervenção precoce assim que a mãe aceitasse e se os sintomas continuassem na próxima avaliação, visto que havia evidências de risco para autismo, já que ele não buscava espontaneamente ao Outro (KUPFER, 2000; OLLIAC *et al.*, 2017).

O risco psíquico permaneceu na avaliação dos indicadores da fase II do IRDI e se tornou mais evidente quando estiveram ausentes os indicadores 8, 9, 11, 12 e 13. O indicador 8, que se refere a “R” solicitar a mãe e fazer um intervalo para aguardar a resposta; o 9,

relacionado ao fato da fala materna construída a partir de pequenas frases para a melhor compreensão do bebê; o indicador 11, que avalia se o bebê procura ativamente o olhar materno; o indicador 12, que observa se a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço; o indicador 13 referente ao fato de a criança ser capaz de pedir ajuda de outra pessoa sem ficar passiva; e o indicador 15 que se referia a “R” não buscar ativamente trocas amorosas com sua mãe. A ausência de tais indicadores confirmaram a hipótese de que “R” apresentava impasses importantes no processo de constituição psíquica e que sua mãe aparentemente enfrentava dificuldades para estabelecer um laço com o filho a partir de dificuldades de “R” engajar-se em interação com sua mãe (COHEN *et al.* 2013). Apesar de todo o investimento materno, “R” não conseguia responder em muitos momentos, e em outro, não sustentava a interação iniciada com a mãe.

“R” se apresentou fechado em alguns momentos e aberto em outros. Isso, de certa forma, explica o fato de não terem sido evidenciados os indicadores 17, 20, 21 e 22 na fase III do IRDI. Lembrando, que o indicador 17 avalia se mãe e criança compartilham uma linguagem particular; o indicador 20, que analisa se a criança faz gracinhas; o indicador 21, que observa se a criança busca o olhar de aprovação do adulto; e o indicador 22, que se relaciona à aceitação de alimentação semi-sólida, sólida e variada. Todos esses indicadores ausentes são compatíveis com o fato de o bebê não estar plenamente instalado na comunicação e continuar evidenciando risco de autismo, apesar da intervenção realizada entre 10 e 12 meses.

Quando “R” estava com 18 meses, na fase IV (dos 12 aos 18 meses) de avaliação do IRDI observaram-se como ausentes os indicadores: 27 – a criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe; 28 – a criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai; 30 – os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. Observava-se que “R” apresentava comportamentos restritos e que buscava brinquedos como carrinhos, utilizando-os de modo restrito, embora funcional. Os resultados do roteiro IRDI evidenciaram falha na construção da intersubjetividade, conforme se pode perceber em estudos como o de Saint-Georges *et al.* (2011), que observou que bebês que se tornaram autistas não apresentavam comportamentos como os expostos, de modo muito claro, nos indicadores anteriormente citados no caso.

Em relação ao M-CHAT, os resultados obtidos por “R” aos 18 e 24 meses, confirmaram a estruturação na direção do autismo. Dentre os resultados encontrados com o M-CHAT aos 18 meses, “R” apresentou seis itens ausentes dentre os 21 (2, 4, 8, 11, 20, 22), desses 21 itens, seis são considerados críticos para a detecção de risco para autismo

(MURATORI, 2014). Em relação ao M-CHAT avaliado aos 24 meses, “R” apresentou seis itens ausentes (4, 8, 11, 18, 20, 22).

Aos 18 meses “R” apresentou risco nos seguintes itens: 2 - Seu filho tem interesse por outras crianças? – não gosta de brincar com outras crianças, segundo a mãe; 4 – Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de *esconde-esconde*? Resposta *não*; 8 – Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair? – *não*; 11 – O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho? – *sim*; 20 – Você alguma vez já perguntou se o seu filho é surdo? -*sim*; 22 – O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida? – resposta *sim*.

Aos 24 meses: 4 – Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de *esconde-esconde*? Resposta *não*; 8 – Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair? – *não*; 11 – O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho? – *sim*; 18 – O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele? Resposta *sim*; 20 – Você alguma vez já perguntou se o seu filho é surdo? -*sim*; 22 – O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida? – resposta *sim*.

“R” realizou apenas a avaliação do desenvolvimento por meio do Bayley III aos 22 meses, na qual evidenciou um déficit linguístico maior do que cognitivo. Na cognição, obteve 47 pontos e na linguagem expressiva 12 pontos. Como resultado de seu teste de linguagem receptiva, “R” obteve a pontuação zero. “R” não se concentrava ou respondia à fala do interlocutor, o que dificultava saber se podia ou não compreender o que lhe era dito, em termos de processamento auditivo, ou se isso era efeito da falta de laço com o Outro. Sua hipersensibilidade auditiva indicava que o som chegava ao cérebro e que a dificuldade no processamento da mensagem, se houvesse, era no nível interpretativo, o que apenas um exame de processamento auditivo a nível cortical poderia explicitar melhor. No entanto, cabe a observação de que vários itens do Bayley III demandavam o endereçamento de respostas ao interlocutor, o que “R” não conseguia fazer, por seu evidente comportamento autista.

Análise do brincar: linguagem e cognição

Em relação à dimensão cognitiva, J1 afirmou que “R” realizava exploração sensório-motora dos objetos com suas mãos e buscava objetos com movimentos espontâneos, demonstrando uma transição da exploração sensório-motora para o uso funcional de objetos, e

imitando ações da mãe como modelo. O brincar simbólico era pouco frequente segundo ambas as juízas. J2 ressaltou que “R” não encadeava um jogo simbólico com os objetos mesmo quando a mãe o estimulava, por exemplo, a dar *mamá* para o bebê, ou, ainda, quando brincava de carrinho – grande interesse do menino – e a mãe fazia o barulho do carro. Ele ficava alheio à proposta da mãe, manifestando incômodo no alimentar o bebê, jogando-o fora.

Na análise da dimensão psicoafetiva durante o brincar, J1 observou que “R” ficava mais colado ao corpo da mãe com a entrada da examinadora e que o objeto não era utilizado para proteger-se da separação da mãe, uma vez que “R” fazia pouco contato visual e poucas trocas com ela. Essa juíza observou a presença de terceiro tempo do circuito pulsional em uma cena em que “R” pede que a mãe repita a brincadeira com carrinho na sua perna.

J2 afirma que apesar de “R” buscar o contato com a mãe em momentos que buscava seu colo, o contato com o objeto era mais importante do que com a mãe. Dessa forma, ele utilizaria o objeto para se isolar e se proteger do Outro. Ele chegava a utilizar os carrinhos em seu uso funcional, mas os mantinha próximos a seu corpo, evitando a troca com o Outro. J2 ressaltava, ainda, que em nenhum momento “R” convocou a mãe e a tomou como interlocutora, demonstrando que o processo de alienação¹ não se deu a contento.

Em relação ao comportamento materno, J1 observou que a mãe tendia a oferecer novos objetos de maneira forçada, tentando incluir-se na interação com “R”, e demonstrava dificuldade de perceber as brincadeiras de interesse de “R”. Enquanto a mãe falava do pai do menino à examinadora, “R” demonstrou certo incômodo e enunciou “papai”. Apesar dessa fala, demonstrava atraso na linguagem, se considerados os parâmetros de produção de fala e engajamento no diálogo para um bebê da sua idade. J2 observou que a mãe precisava esforçar-se muito para fisgar a atenção do filho. Isso fazia com que a mãe fizesse uma grande estimulação, falando e descrevendo as ações, o que, por vezes, dificultava que “R” tivesse turno para se manifestar.

O CASO “S”

Histórico

“S” é uma menina e em termos obstétricos, observou-se que seu nascimento se deu ao completar 39 semanas; não foi uma gestação planejada, mas passou a ser desejada em decorrência da revelação da gravidez. A gravidez contou com acompanhamento pré-natal que

se iniciou por volta das primeiras três semanas e totalizou dez consultas; ao nascimento “S” pesava 3, 100 g.

A menina precisou de aleitamento artificial e, por vezes, fazia uso da chupeta. A mãe é quem ficava mais tempo com a criança e era o pai quem supria a necessidade de um suporte social. Seu brinquedo usual era uma boneca e, no período em que estava acordada, permanecia a maior parte do tempo deitada de barriga para cima, gostando, por vezes, de ficar na posição de lado. Para chamar a mãe, resmungava. A mãe a chamava pelo nome, sendo que sua resposta ao chamado se dava pelo olhar. A mãe conversava com a menina em todas as⁸ situações, relatando que nada a deixava incomodada. Participava das dinâmicas familiares nas refeições e passeios.

Sua rotina de sono se resumia a dormir às 22 horas e acordar às 7 horas, mamando nos intervalos da meia noite e 5 horas da madrugada, dormindo em seu berço, sozinha. A mãe disse sentir-se bem com a chegada da filha; já o pai desejou fazer o teste de DNA. A criança passou pelo teste da orelhinha e não apresentou qualquer observação. A menina assustava-se com barulhos, procurava a voz materna e se acalmava ao escutá-la, era atenta a sons, escutava música todos os dias. Em relação ao roteiro IRDI, observou-se a ausência de alguns itens das últimas fases. O indicador 24, referente a suportar bem as breves ausências da mãe e reagir às prolongadas, e o indicador 30, relativo aos pais colocarem pequenas regras de comportamento para “S”, estavam ausentes.

A menina “S”, dentre os resultados encontrados com o M-CHAT aos 18 meses, apresentou 11 itens ausentes (2, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 17, 21, 22, 23), sendo quatro deles críticos (2, 7, 9, 13). Em relação ao M-CHAT avaliado aos 24 meses, “S” apresentou cinco itens ausentes (9,13,18,19,21), sendo dois deles (9, 13) considerados críticos para o autismo (MURATORI, 2014). “S” apresentou risco nos seguintes itens aos 18 meses: 2 – Seu filho tem interesse por outras crianças? A mãe relata que a filha não gosta de brincar com outras crianças; 4 – Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de *esconde-esconde*? Resposta *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? – obteve como resposta *não*; 7 – Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo? – *não*; 8 – Seu filho consegue brincar de forma correta com

¹ Na alienação a mãe faz suposições de sentido sobre ele, se tornando aquilo que falta a ela. É a mãe quem dá sentido ao seu choro, seu grito, falando com ele e por ele. O bebê aceita o pedido da mãe para participar do campo da linguagem e para ocupar temporariamente o lugar de objeto de seu gozo. O bebê participa ativamente da construção de um laço com sua mãe (FERREIA; BATISTA, 2017).

brinquedos pequenos (ex: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair? – *não*; 9 – O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhes mostrar este objeto? – *não*; 13 – O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões/careta e seu filho imita?) – *não*; 17 – O seu filho olha para coisas que você está olhando? – *não*; 21 – O seu filho entende o que as pessoas dizem? – *não*; 22 – O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida? – resposta *sim*; 23 – O seu filho olha para o seu rosto para conferir sua reação quando vê algo estranho? – *não*. E, aos 24 meses: 9 – O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhes mostrar este objeto? – *não*; 13 – O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões/careta e seu filho imita?) – *não*; 18 – O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele? Resposta *sim* (não observado pelas examinadoras); 19 – O seu filho tenta atrair sua atenção para a atividade dele? *Não*; 21 – O seu filho entende o que as pessoas dizem? – *não*.

Em relação ao Bayley III, “S” realizou duas avaliações, aos 18 e 24 meses. Aos 18 meses, a avaliação de linguagem teve pontuação composta de 50, extremamente baixa (comunicação receptiva 9 e expressiva 10). Aos 24 meses, pontuação composta de 77, limítrofe (comunicação receptiva 17 e expressiva 23). Na avaliação cognitiva aos 18 meses, a pontuação composta foi 55, extremamente baixa, e aos 24 meses, 90, considerada na média.

Aos 18 meses “S” foi avaliada por meio da escala Bayley III de desenvolvimento. A partir de sua avaliação de linguagem observou-se uma linguagem compreensiva de nove pontos, expressiva ausente e cognitiva de 36 pontos, perfazendo um total de 45 pontos o que atinge apenas 50% do esperado para estar fora de risco, já que para não obter risco a criança deve atingir no mínimo o escore 90 de pontuação no teste. Pode-se afirmar claramente que “S” evidencia um atraso na aquisição da linguagem. Aos 24 meses, apresentou um pouco de evolução, obtendo 57 pontos na cognição, 17 pontos na linguagem compreensiva e 23 na expressiva, evidenciando um acometimento maior no processamento receptivo da linguagem. Sua pontuação total é de 97 pontos, o que a retirou de um risco maior, mas as pontuações de linguagem ainda são baixas.

Análise do brincar: linguagem e cognição

P1 observa, em relação à dimensão cognitiva, que “S” já transitou para o uso funcional de objetos e que a utilização dos objetos se dá de modo espontâneo, conforme proposta do fabricante, demonstrando ter internalizado modelos de utilização do objeto pelo Outro. Embora “S” demonstrasse prazer com o objeto ao jogar bola, a sustentação de uma exploração

rumo ao faz-de-conta criativo ainda não era plena, na percepção de J2. J2 observou que “S” poderia ter um atraso cognitivo relativo ao processamento da informação, pois parecia apresentar uma latência para assimilar a proposta de brincadeira do Outro. Havia um atraso importante na linguagem, o que também tinha um efeito no brincar, segundo J2. Essa juíza ressaltou que a dificuldade de compreender o que lhe era falado poderia estar tendo efeito sobre seu engajamento na proposta do Outro, e, por isso, recomendou avaliação e intervenção fonoaudiológica.

Na dimensão psicoafetiva, observou que aceitava propostas da mãe e mantinha contato visual constante. O objeto não era utilizado de modo estereotipado ou repetitivo e podia ser considerado como primeira possessão *não eu*, ou seja, podia ter um caráter transicional na visão de J1. Essa juíza observou que “S” apresentava dificuldade com a entrada em cena da examinadora, escondendo-se e não aceitando aproximação em um primeiro momento. J2 observou que “S” tinha dificuldade em manter um contato afetivo com a mãe: ela a observava, mas não buscava aninhar-se em seu colo em nenhum momento. Por vezes, ignorava a fala da mãe. Após algum tempo juntas, demonstrou interesse pela examinadora. J2 observou que “S” tinha dificuldades com limites.

Na visão de J1, a mãe conseguia interagir bem, oferecendo brinquedos em ritmo adequado, e respeitar a proposta da filha, estimulando-a na linguagem, inclusive corrigindo a filha quando esta atribuía a onomatopeia “muuu” para uma zebra e a menina conseguiu identificar, a seguir, a vaca. J2 observou, por outro lado, que a mãe tinha uma atitude pouco afetiva e não demonstrava prazer na voz, mesmo quando “S” se empolgava no jogo de bola. Por vezes, era um pouco diretiva e impositiva, embora oferecesse uma boa estimulação de linguagem, como observou J1.

DISCUSSÃO

Conforme resultados obtidos pela análise conjunta dos protocolos e roteiros aplicados no decorrer das avaliações e das observações realizadas pelas juízas, foi possível observar que “R” claramente apresenta risco para estruturação de tipo autista. Na situação de “S”, a atribuição de um rumo para sua estruturação não está tão evidente, nem às juízas. Essa observação inicial faz lembrar a afirmação de Dunker (2011), quando resalta que todo diagnóstico, seja qual for, nomeia formas de vida entendidas de um ponto de vista de uma provisoriedade e, em nenhum caso, o diagnóstico é universal.

Para pensar o caso de “R”, é importante lembrar que o diagnóstico de autismo fundamenta-se basicamente no insucesso da construção das tramas de linguagem provedoras do saber sobre o mundo e as pessoas e na predominância de automatismos que, disparados espontaneamente têm necessidade de alguma medida relacional e criam relutância ao acesso do outro no universo da criança e, conseqüentemente, no acesso da criança ao universo familiar e social (JERUSALINSKY, 2012). Ele é considerado uma impossibilidade de alienação com o Outro, um encontro que não aconteceu, ou uma falha muito prematura, que ocasiona a não instalação do terceiro tempo do circuito pulsional (ABEIL; QUEIROZ; CORREIA, 2011). No caso de “R” isso é evidente, pois apesar da intervenção precoce, que o terceiro tempo do circuito pulsional não estava estabelecido, o que se manifestava nos indicadores ausentes do roteiro IRDI, relativos a buscar ativamente sua mãe para trocas ou para pedir ajuda, ou mesmo estabelecer uma comunicação efetiva com ela. “R” também se apresentava inconsolável e com dificuldade de aguardar respostas.

O não olhar entre a mãe e seu bebê, estendendo-se às outras pessoas, estabelece um dos essenciais sinais que permitem manifestar uma hipótese sobre o autismo durante os primeiros meses de vida, anunciam dificuldades na pulsão escópica, que indicam que os requisitos para chegar ao estágio do espelho estão comprometidos. Enquanto um momento lógico que cronologicamente se dá em algum ponto entre seis e 18 meses, o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional é base para que, posteriormente, o bebê conceba a partir de sua imagem um senso de unidade de si mesmo e dos objetos, fornecendo o suporte para a relação com os outros (LAZNIK, 2013).

A Psicanálise indica como pontos pertinentes nas intervenções com autismo, o psíquico, o social e o orgânico, ressaltando como essenciais às relações de desejo para que se realize a constituição subjetiva e a emergência do sujeito desejante (ADURENS; MELO, 2017). Laznik (2013) tem-se empenhado para evidenciar que a clínica com bebês pequenos com risco para autismo deve contemplar uma espécie de reanimação psíquica para quanto abranger alguns aspectos da sensório-motricidade (LAZNIK; CHAUVET, 2016), visto que a autora reconhece as questões orgânicas que identificam uma certa neuroatipicidade nessas crianças. Esses aspectos são muito claros no caso de “R” em traços de hipersensibilidade manifesta e que, uma vez não abordados diretamente na intervenção realizada por Peruzzolo (2016), cujo foco foi maior no vínculo e no psicomotor, não puderam ser resolvidos e, por isso, evidenciaram-se em uma grande restrição alimentar a partir do segundo ano de vida.

No caso de “S” observa-se, pelo roteiro IRDI, que o caso sugere dificuldades na função paterna² e estabelecimento da alteridade, e também estabelecimento da demanda, pela

ausência dos indicadores 24 e 30 (24 - A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas, 30 - Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança). Pode-se dizer que há indícios de uma estruturação que não é autista pelo interesse de “S” pela examinadora e também pela mãe nos primeiros meses, já que os indicadores eram todos presentes.

Em se tratando de “S”, é importante lembrar-se da fragilidade no processo de estruturação subjetiva que é capaz de provocar defesas de gênero psicótico, definida por Bernardino (2010) como diferenciada do autismo, porque não se ocupa de uma questão perceptiva ou cognitiva como fundamental e não se tem uma recusa tão drástica na relação com o outro. Colocando o diagnóstico como algo possível de vir a se estabelecer e não como⁹ algo já posto, ficando indicado o risco de a estrutura progredir na direção da psicose caso não ocorra uma intervenção adequada. O tratamento visa apresentar a criança um lugar de sujeito e um acompanhamento nos trajetos que permitirão dar conta dessa antecipação, dessa aposta em sua subjetividade (BERNARDINO, 2010).

Laznik (2016) afirma que no risco de tipo não autista, podem emergir duas estruturas, entre outras. Em um primeiro caso o Estádio do Espelho não poderia constituir-se apesar do bebê aderir à adoração de sua mãe. A segunda possibilidade, a metáfora paterna não pôde ocupar seu lugar e um estranho Estádio de Espelho pôde instalar-se apesar de não ter havido um estágio de *His Majesty the Baby* possível, pois o imaginário não se sobrepõe ao real no segundo trançamento exemplificado com auxílio do nó borromeu. O caso de “S” parece ter elementos dessa segunda configuração, considerando que há um estranho estádio de espelho, pois ela apresenta uma identificação de si, mas ela parece não ter passado por uma alienação completa na relação com a mãe. Nessa classificação via nós borromeus, pode-se pensar em uma distinção superior ao DSM-5 visto que, por este instrumento, não há grande distinção entre “R” e “S”, como já sugeria Laznik (2016), sobretudo se abordados apenas os resultados do M-CHAT que incide sobre alguns comportamentos, sem uma análise de seus significados no desenvolvimento de cada sujeito.

Muitos indivíduos com transtornos psicóticos têm prejuízos em uma gama de domínios cognitivos, que são elementos preditivos da condição funcional. Na psicose, trata-se da urgência de um confronto insolúvel, de uma ambiguidade desorganizadora, que requerem uma intervenção sobre o âmbito fantasmático e imaginário. No autismo, essa intervenção vai em outro sentido, se centralizando nas vivências corporais, na diminuição das sobrecargas

² “O pai age como um terceiro, que opera um corte na relação mãe-filho, introduzindo a lei e inserindo a criança no social” (OGAKI; SEI, 2015, p. 297)

desordenadas de excitação, na expressão efetiva e confiável, na regressão a uma estabilidade séria por meio de medidas simples (LASNIK; TOAUTI; BURSZTEJN, 2016).

Em ambos os casos, a relação com o mundo da linguagem evidencia a dificuldade na estruturação psíquica, conforme prevê Sibemberg (2011), a partir de uma leitura psicanalítica. Tanto “R” quanto “S” apresentam atraso de linguagem, mas “S” parece comunicar melhor seus desejos e intenções do que “R”, pois estabeleceu um laço melhor com o Outro. Nos dois casos, há dificuldades na compreensão que podem ter base biológica a ser investigada, seja pela hiperbilirrubinemia de “R” ou pela latência no processamento auditivo de “S”, na compreensão ressaltada por J2. Entretanto, o laço com a mãe melhor estabelecido por “S” do que por “R”, nos primórdios, garante uma avanço linguístico maior para “S” aos 24 meses, quando sai do risco maior em linguagem.

Essas relações linguísticas e psíquicas também se evidenciaram no brincar visto que “R” apresentava um brincar com características mais evidentes de um quadro de autismo, pois o objeto é mais importante do que o Outro, conforme define Graña (2008) em sua análise de base winnicottiana. “S” conseguia estabelecer algum laço com o outro.

Por isso, observou-se que, na dimensão cognitiva, “S” possuía mais avanços pelo uso funcional e partilhado, por vezes, dos objetos, enquanto “R” ficava mais exposto à repetição e não atendia à convocação de sua mãe ou suas contribuições durante a brincadeira. Isso fazia com que a mãe tentasse estabelecer uma relação a partir de um modo insistente e se tornasse intrusiva. No caso de “S”, ela parecia defender-se do excesso materno, manifesto na diretividade e imposição observada por J2, mas buscava o examinador que demonstrava maior prazer e desejo na brincadeira. Isso permitiu que J2 pensasse que fisgar “S” para a comunicação e linguagem seria possível para uma fonoaudióloga com uma escuta para o subjetivo, o que poderia ter efeitos positivos na relação da menina com a mãe desde que esta fosse amparada por profissional de psicologia. Já “R” necessita de um trabalho interdisciplinar no qual as questões sensório-motoras do caso a auditiva e as psíquicas fossem abordadas no *setting* terapêutico além as questões psíquicas como preconizam (LAZNIK e CHAUVET, 2016).

CONCLUSÃO

Considerando o objetivo de analisar qualitativamente a relação entre psiquismo cognição e linguagem na análise do brincar mãe-criança aos 24 meses a partir de rumos distintos da estruturação psíquica, acredita-se que os casos de “R” e de “S” demonstram essa distinção e a diferença entre um olhar a partir do campo psicanalítico e o olhar que tome o

sintoma como evidência da psicopatologia, ou seja, o olhar da criança enquanto um sujeito em estruturação e o olhar que restrinja marcos de desenvolvimento sem considerar o entorno infantil. No caso “R”, cuja estruturação é claramente de tipo autista, os limites cognitivos e linguísticos são mais evidentes aos 24 meses. As distinções encontradas a partir do roteiro IRDI e da análise do brincar permitem supor intervenções diferenciadas em ambos os casos, apesar de semelhanças encontradas quando observados os resultados no M-CHAT.

Observa-se no estudo empreendido nos casos, que a clínica amparada nos conceitos psicanalíticos, que considere as pesquisas atuais em neurociências acerca dos limites biológicos de bebês com risco de autismo, permite diferenciar melhor os dois casos do que o DSM-5. Isso permite pensar na direção distinta de intervenção apesar das semelhanças comportamentais.

REFERÊNCIAS

- Abeil, M., Queiroz, T. C. N., Correia, J. R. A. (2011). Autismo e mutação cultural. In M. C. Laznik, & D. COHEN. (Org.) *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp. 189-195). São Paulo: Intuitivo Langage.
- Adurens, F. D. L. Melo, M. S. Reflexões a cerca da possibilidade de prevenção do autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v.22, n. 1, jan./abr. 2017.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition, Administration Manual. (2006). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bender, S., & Surreaux, L.M. (2011, Junho). Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. *Cadernos do IL*. 42, 129-45.
- Bernardino, L. M. F. (2010, abril/junho). Mais além do autismo: A psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica. *Psicol. Argum*, 111-119.
- Cohen, D; Cassel, R; Saint-Georges, C; Mahdhaoui, A; Laznik, MC; Apicella, F; Muratori, P; Maestro, S; Muratori, F; Chetouani, M. Do parêntese prosody and father's involvement in interaction facilitate interaction in infants who later develop autismo? *PLOS One*, May 2013, v. 13, n. 5, e61402.
- Crestani *et al.*, Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 1, p. 169-176, jan-fev, 2015.
- Dunker, C. I. L. (2011). Mal-estar, sofrimento e sintoma Releitura da diagnóstica lacanianiana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social, Revista de sociologia da USP*, 23(1), 115-136.
- Ferreira, I. C. H.; Batista, C. A. M. O olhar da psicanálise sobre a deficiência intelectual: de copista a autor de sua própria história. *Inc.Soc.*, Brasília, DF, v.10 n.2, p.113-118, jan./jun. 2017.
- Graña, C. A. (2008). Aquisição da Linguagem nas Crianças Surdas e suas Peculiaridades no Uso do Objeto Transicional: um estudo de caso. *Rev. Eletr. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 05, p. 1-11. Jan./Fev./Mar.2008.
- Jerusalinsky, A. *Psicanálise do autismo*. 2ª ed. São Paulo: Instituto Langage, 2012.
- Kupfer, M. C. M. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicol. USP*, vol.11, n.1 São Paulo. 2000.
- Kupfer, M. C. M. (coord) (2008). Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem

interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7.

Laznik, M. C. (2013). *A hora e vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.

Laznik, M. C., & Chauvet, M. (2016). Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensorimotricidade. In A.P.R. Souza, & V. B. Zimmermann (org). *Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis*. São Paulo: Instituto Langage.

Laznik, M. C. (2016). Podemos pensar uma clínica do nó borromeo que distingue a psicose do autismo nos bebês? In M. C. Laznik, B. Touati, & C. Bursztein. *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. São Paulo, Instituto Langage.

Kanner, Leo. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, n. 2, p. 217-250.

Muratori, F. (2014). *O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras*. 1 ed. Salvador: Ed. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce de Bahia.

Novaes, B. C. A. C., & Barzaghi, L. (2014). *Avaliação fonoaudiologia de bebês e crianças com deficiência auditiva função semiótica e linguagem*. (pp. 1005-1013). São Paulo: Guanabara Koggan.

Ogaki, H. A.; Sei, M. B. A função paterna na clínica infantil. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, vol. 20, n. 2, mai./ago. 2015.

Olliac B, Crespín G, Laznik M-C, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, *et al.* (2017) Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE* 12(12).

Oliveira, L. D., & Souza, A. P. R. (2014). O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. *Rev. CEFAC*. 15 (5), 1700-12.

Peruzzolo, D. L. (2016). *Uma hipótese de funcionamento psicomotor para clínica de intervenção precoce*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, Santa Maria, RS.

Saint-Geroges *et al.* Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PLOS ONE*, vol. 6, n. 7, p. 1-13, jul. 2011.

Sibemberg, N. (2011). Autismo e psicose infantil: o diagnóstico em debate. In S. Fendrik, & A. Jerusalinsky. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 93-101). São Paulo: Via Lettera.

Sibemberg, N. (2015). Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In A. Jerusalinsky (Org). *Dossiê Autismo*. (pp.97-105). São Paulo. Instituto Langage.

Vendruscolo, J. F., & Souza, A. P. R. (2015). Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. *Rev. CEFAC*. 17 (3), 707-719.

5. DISCUSSÃO GERAL

A detecção precoce de casos de risco psíquico ao desenvolvimento infantil se faz necessária para que, o quanto antes, a criança possa receber o tratamento adequado, diminuindo, assim, possíveis transtornos que ela possa vir a desenvolver. Dentre os protocolos e roteiros analisados nesta pesquisa, o roteiro IRDI (Indicadores Clínicos de Referência (Risco) ao Desenvolvimento Infantil) apresentou uma maior sensibilidade e especificidade, se considerados aspectos qualitativos, para indicar como estava se organizando a constituição psíquica e oferecer uma direção para intervenção precoce junto ao bebê e sua família. O M-CHAT, em que pese sua capacidade de identificar comportamentos que indicam risco de autismo, não permitiu uma diferenciação clara entre psicose e autismo, já que se baseia na nosografia psiquiátrica e trabalha com sinais que mereceriam uma interpretação clínica mais profunda na análise singular do caso, como se viu no artigo 2, nos casos de “R” e “S”.

Além disso, o M-CHAT apanhou menos casos de risco/sofrimento psíquico quando confrontado com o IRDI, como se viu no artigo 1, ou seja, possivelmente casos em que o desfecho poderá ser instrumental no desenvolvimento, definindo “risco ao desenvolvimento”, nas palavras de Kupfer (2008), ou casos de risco para psicopatologia não autista, não foram identificados pelo M-CHAT. Isso porque sua base de análise comportamental são os sinais de autismo e não os sinais positivos do desenvolvimento. O IRDI, por outro lado, analisa sinais positivos do desenvolvimento, cuja ausência poderá indicar risco ao desenvolvimento, quando não há uma psicopatologia em formação ou risco psíquico, quando é evidente a estruturação rumo a uma psicopatologia.

Os indicadores de referência ao desenvolvimento baseiam-se nos eixos teóricos de estruturação do psiquismo, quais sejam: ausência e presença; estabelecimento da demanda; função paterna; e suposição de sujeito. Do ponto de vista da construção do laço entre aqueles que exercem as funções parentais e a criança – esta um sujeito em constituição –, os eixos teóricos balizam as ações parentais que sustentam essa constituição, pois, por exemplo, cabe aos pais suporem um sujeito, interpretando as demandas dos bebês, e saberem alternar entre presença e ausência a partir do possível, durante a evolução do bebê. Portanto, se tudo vai bem, aqueles que exercem as funções parentais conseguem trilhar esses eixos de modo a emergir positivamente os indicadores ou sinais do IRDI. Se algo não vai bem à ocupação desses papéis, seja por uma dificuldade daqueles que deveriam exercer essas funções, seja por um limite do bebê, o que emerge em vários indicadores sobre a resposta do bebê, por

exemplo, se o bebê reage ao *manhês* ou se busca ativamente o familiar para trocas amorosas, é possível visualizar, pelo IRDI, o rumo da constituição a partir da leitura discriminada desses indicadores.

No caso do M-CHAT isso é muito diferente, porque não há uma análise do exercício parental, já que os sinais são direcionados unicamente para detecção de autismo, objetivo do teste. O que esta dissertação aponta é que, apesar do M-CHAT ser indicado para detecção de autismo e poder ser utilizado com segurança no segundo ano de vida para este fim, ele não cobrirá os casos de psicose a contento, já que muitos casos não serão detectados por seu uso exclusivo. Além disso, mesmo que detecte de alguma forma, como vimos no caso de “S”, não conseguirá fornecer indícios para se pensar uma intervenção, ou seja, há uma distinção entre propor uma intervenção para risco de autismo e risco de psicose. Enquanto no primeiro caso têm-se dificuldades de base biológica clara da criança, no segundo, há dificuldades nos tempos lógicos da constituição psíquica relacionadas ao exercício das funções parentais. Isso, inclusive, irá repercutir no estabelecimento da demanda para um tratamento que, no caso do autismo, a experiência clínica do NIDI tem demonstrado ser mais simples do que no caso do risco de psicose. Os pais percebem com maior clareza as limitações do filho e buscam/aceitam auxílio no caso de autismo. No caso de risco para psicose, as dificuldades psíquicas só serão percebidas pelos pais, em geral, quando a criança não estiver falando. No entanto, se não houver um atraso de linguagem, a outra chance de percepção poderá ser apenas na escola, diante de dificuldades de aprendizagem/adaptação escolar, o que traz o risco da intervenção não ocorrer em tempo para uma reversão da psicopatologia ou minimização de danos ao desenvolvimento.

Pode-se concluir que crianças detectadas pelo M-CHAT foram identificadas pelo IRDI, e há crianças detectadas pelo IRDI que não foram identificadas pelo M-CHAT. Assim, a adoção do IRDI nos 18 primeiros meses de vida parece uma garantia de identificar o sofrimento psíquico e eventuais riscos de psicopatologia já no primeiro ano de vida e, a partir daí, tomar medidas possíveis para uma intervenção em tempo.

Cabe ressaltar, no entanto, que o IRDI não deve ser tomado como um instrumento específico para detecção de autismo ou qualquer outra psicopatologia. A presença dos sinais não significa necessariamente a futura emergência da doença e, justamente por isso, essa avaliação não pode ser considerada ferramenta diagnóstica, mas apenas auxiliar no acompanhamento de puericultura, que deve estar alerta aos casos em que emergirem sinais de sofrimento psíquico. Nessa fase da vida, existe maior maleabilidade em aspectos orgânicos e ambientais que incidem sobre a constituição psíquica. Uma equipe de puericultura atenta

poderá acompanhar os casos e identificar as possibilidades de intervenção necessárias ou não a cada momento. Algumas conversas com os pais, sobretudo numa postura de escuta, respeitando os tempos de estabelecimento da demanda, conforme prevê Schumacher (2017), poderá contribuir muito para a evolução do bebê e dos pais em suas funções, sem que seja necessária uma intervenção clínica de tipo terapêutica.

Nos casos em que o sofrimento for, de fato, identificado e demandar uma intervenção mais específica, não é apenas possível, mas necessário que se inicie um tratamento de intervenção que vise acolher os estados emocionais dos cuidadores e do bebê, e também ampliar os momentos de interação dos pais com a criança. O psiquismo se desenvolve no bebê a partir da relação que ele mantém com seus pais ou cuidadores. Nesse sentido, ressalta-se a importância de intervenção em um período ainda inicial, pois as dificuldades relacionais ainda não se fixaram.

Convém ressaltar, no entanto, que, nos dois casos observados no artigo 2 desta pesquisa, a necessidade de intervenção identificada pela equipe muito precocemente nem sempre se reflete em seu início e necessária manutenção. Isso fica claro no caso de “R”, em que a não continuidade da intervenção não conseguiu reverter a gravidade do caso, como se esperava e fora anunciado nos primeiros resultados de Peruzzolo (2016). Também no caso de “S”, no qual a família não aderiu à chamada por intervenções, e cujo fato de não haver um atraso tão pronunciado na linguagem e cognição poderá demandar maior trabalho de acompanhamento da equipe para propor uma intervenção. Essas observações colocam em questão o estabelecimento da demanda por terapia como outro tema importante para uma equipe de puericultura, pois a busca/aceitação pelo tratamento não se dará a partir da demanda da equipe, mas pela subjetivação da demanda por parte da família, conforme propõe Schumacher (2017).

Em termos de implicações do trabalho para o serviço de saúde, é importante ressaltar a indicação da necessidade de formação continuada das equipes de atenção primária, que atuam junto na puericultura, para identificar sinais de sofrimento psíquico nos bebês e apoiar os familiares na busca de soluções. A partir da identificação da continuidade do sofrimento, é importante que se busque auxílio junto aos profissionais clínicos de bebês a fim de que se possa dar conta de uma avaliação mais aprofundada do caso e, quando possível, criar a demanda familiar para buscar ajuda. Para tanto, deverá haver uma articulação clara e fluida entre os distintos níveis de atenção na linha de cuidado materno-infantil, em que o psicólogo, com certeza, poderá ser um profissional a dar um suporte importante aos demais profissionais

das equipes de saúde, no sentido de viabilizar esse olhar sobre a constituição psíquica infantil e a dinâmica familiar.

Considerando as relações entre aspectos estruturais do desenvolvimento, como o psiquismo, a cognição e a linguagem, observa-se que houve uma relação mais frequente entre risco psíquico e atraso na linguagem nas pesquisas quantitativa e qualitativa apresentadas nos dois artigos. Isso faz pensar em duas direções. A primeira é que um fonoaudiólogo que atue com bebês pequenos e que os receba com queixa de atraso de linguagem, deve receber uma formação que abranja aspectos psíquicos, ao menos para identificar sinais de risco. A segunda é que o psicólogo que receba uma criança em sofrimento possa se certificar de que ela não possui limites biológicos na audição e linguagem. Essas duas direções trazem relevância à importância da atuação interdisciplinar nos casos de risco ou atraso ao desenvolvimento. Também indicam que a equipe de suporte à puericultura deve contar com esses dois profissionais, entre outros, para dar conta das demandas de cada caso. Essa tem sido a proposta de formação no NIDI: integrar ao máximo o trabalho de profissionais que lidam com a infância, sobretudo no acolhimento de bebês.

A ausência de atraso cognitivo nos casos estudados é algo a ser melhor aprofundado em pesquisas futuras. Por hora, pode-se hipotetizar que as bases cognitivas avaliadas pelo Bayley III talvez sejam muito simples nos primeiros anos de vida, e que as consequências do sofrimento psíquico poderão ser evidenciadas pelo somatório do atraso de linguagem aos déficits cognitivos a partir do momento em que habilidades mais elaboradas sejam investigadas em idades posteriores. Na análise do brincar, fica mais evidente que a ausência de criatividade das crianças na brincadeira – manifesta em um brincar mais repetitivo e sensorio-motor em “R”, e funcional em “S”, ambos com dificuldades distintas em estabelecer trocas com suas mães –, poderão ter efeitos nocivos na continuidade de seu desenvolvimento, mesmo que atinjam grandes marcos evolutivos. O que parece estar em questão é uma qualidade cognitiva e linguística que lhes permita uma apropriação criativa do conhecimento e uma posição discursiva na linguagem, em que a troca com o outro os enriqueça. Portanto, há que se ultrapassar a ideia de apenas detectar risco de patologia, mas pensar em promover o melhor desenvolvimento possível à criança e sua família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram analisar a constituição e o sofrimento psíquicos de um grupo de bebês de 18 a 24 meses e as possíveis relações desse sofrimento com o desenvolvimento cognitivo e linguístico desses bebês. Buscou-se analisar as possíveis correlações entre o risco psíquico nos 18 primeiros meses, detectado pelo IRDI, e a presença de possível alteração psíquica, detectada por meio do M-CHAT (MURATORI, 2014), bem como a relação entre risco psíquico, avaliada por estes instrumentos, e o desenvolvimento de linguagem e cognitivo, avaliados pelo Bayley III (BAYLEY, 2006). Posteriormente, objetivou-se aprofundar a discussão da relação entre os resultados observados no risco psíquico e os resultados observados na avaliação cognitiva e de linguagem, de modo a aprofundar a discussão dos elementos estruturais do desenvolvimento infantil, a partir de dois casos de bebês que apresentaram alterações em suas avaliações.

O estudo empreendido no artigo 1 demonstrou que o IRDI pode ser um instrumento de acompanhamento na puericultura já no primeiro ano de vida, tanto por identificar risco, quanto, principalmente, porque consegue diferenciar o rumo da estruturação do psiquismo, o que poderá fornecer caminhos para a intervenção, mesmo que esta seja uma orientação breve, fornecida pelo profissional de puericultura com apoio de equipes de referência, como a que se preconiza nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O M-CHAT, por outro lado, pode ser um instrumento de *check list* entre o 18º e o 24º mês, mas deverá ser utilizado a partir de um olhar clínico, pois, por exemplo, quando a mãe de “S” disse que ela gostava de movimento, isso não significou movimento repetitivo e estereotipado aos olhos da equipe, que corrigiu, assim, o que seria uma resposta SIM a um elemento crítico do instrumento. Na leitura dos profissionais do NIDI, “S” gostava de jogar bola e de brincadeiras corporais, o que foi observado, no brincar, por ambas as juízas, especialmente por P2, como sendo relativo a limites na compreensão verbal. Crianças com dificuldades na interação linguística podem buscar mais interações comportamentais. Isso não significou risco de autismo, nesse caso específico.

Por fim, assim como o IRDI não é diagnóstico, o Bayley III também não deve ser tomado dessa forma. Ele indicará atraso ou não nos diferentes domínios, mas a leitura singular de cada caso deve ser de um clínico experiente. A análise do brincar pelas juízas se evidencia como um bom caminho clínico para permitir a leitura do rumo evolutivo de cada criança e para observar a evolução cognitiva e linguística de crianças em sofrimento psíquico.

Assim, testes/protocolos/roteiros não podem, ou não devem, substituir o olhar clínico. Eles deveriam ser tomados como uma demonstração rápida do desenvolvimento a ser aprofundada por um olhar clínico do singular de cada bebê e sua família, ou seja, um olhar aprofundado a partir da escuta da história do sujeito em constituição (o bebê) e de seus familiares. Tanto o bebê quanto os familiares têm uma contribuição nessa constituição, pois é evidente, na comparação de “R” com “S”, que, no caso do menino “R”, há limitações biológicas do bebê que trazem desafios a mais para sua mãe no estabelecimento do laço. No caso de “S”, se houver limitações biológicas, essas incidem sobre a linguagem, mas não são impeditivas para a relação com aqueles que exercem as funções parentais.

De um modo geral, o estudo reforça a importância da equipe interdisciplinar no suporte à puericultura e, de modo mais específico, ressalta a importância do profissional em Psicologia estar inserido na política de cuidado materno-infantil de modo mais extenso no SUS, possibilitando um olhar mais cuidadoso aos casos que apresentarem qualquer alteração na evolução do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- ABEIL, M., QUEIROZ, T. C. N., CORREIA, J. R. A. Autismo e mutação cultural. In M. C. Laznik, & D. COHEN. (Org.) *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp. 189-195). São Paulo: Intuitivo Langage. 2011.
- ADURENS, F. D. L. MELO, M. S. Reflexões a cerca da possibilidade de prevenção do autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v.22, n. 1, jan./abr. 2017.
- ALMEIDA, T. R.; SANTANA, F. R. A fragilidade da relação mãe-bebê e suas repercussões na saúde mental da criança. In: BUSNEL, M-C., MELGAÇO, R. G. (Org.) *O bebê e as palavras: uma visão Transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013. 346 p.
- ALVES, I. M. *A estimulação precoce e sua importância na educação infantil: detecção de sinais de risco psíquico para o desenvolvimento*. 2007. 113 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação. Porto Alegre, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- AMBRÓS, T. M. B. A musicalização como dispositivo de intervenção precoce junto a bebês com risco psíquico e seus familiares. 2016. 166 p. Tese de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2016.
- Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.
- BALLOT, D. E. *et al.* Use of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition, to Assess Developmental Outcome in Infants and Young Children in an Urban Setting in South Africa. *International Scholarly. BMJ Paediatrics Open*, 2017; 1 (1): 91.
- BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, vol. 25 n.2, ag. 2013.
- BENDER, S., & SURREAUX, L. M. Os efeitos da fala da criança: a escuta do sintoma na clínica de linguagem. *Cadernos do IL*. 42, 129-45. Jun. 2011.
- BENHAIM, M. A intimidade materna: A contribuição da psicanálise na pesquisa sobre os bebês. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 72-83, jun. 2006 .
- BERGERET, J. *A personalidade normal e patológica*. Editora: Porto Alegre: Artmed, 1996.
- BERNARDINO, L. M. F. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BERNARDINO, L. M. F. Mais além do autismo: A psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica. *Psicol. Argum*, 111-119. abril/junho. 2010.

BULLINGER, a. Approche sensori-motrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, Paris, n. 25, p. 125-139, 2006.

BRENNER, S. M. O quarto tempo do circuito pulsional. *Revista Associação Psicanalítica*, Porto Alegre, n. 40, jan./jun. 2011.

BRUDER, M. C. R.; BRAUER, J. F. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 12, n. 3, set./dez. 2007.

CATÃO, I. O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, São Paulo, vol. 16, n. 2. 2014.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Desenvolvimento e maturação. *Escritos da clínica*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997, n. 1, 2ª ed., p. 65-71.

CRESPIN, G.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: JERUSALINSKY, A. *Dossiê autismo*. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage, p. 436-455. 2015.

CRESTANI *et al.*, Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 1, p. 169-176, jan-fev, 2015.

COHEN, D.; CASSEL, R.; SAINT-GEORGES, C.; MAHDHAOUI, A.; LAZNIK, M.C.; Apicella, F; Muratori, P; Maestro, S; Muratori, F; Chetouani, M. Do parêntese prosody and father's involvement in interaction facilitate interaction in infants who later develop autismo? *PLOS One*, v. 13, n. 5, may., 2013.

CUNHA, E. *Autismo e Inclusão. Psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família*. 3 ed. Rio de Janeiro: Wak editora, 2011.

DIAS, F. O desenvolvimento cognitivo no processo de aquisição de linguagem. *Revista Letrônica* v. 3, n. 2. 2010.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social, Revista de sociologia da USP*, 23(1), 115-136. 2011.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: HARBRA, 1986.

FELICIANO, D. S.; SOUZA, A. S. L. Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Revista Jornal de Psicanalise*, São Paulo, vol. 44 n. 8, dez. 2011.

FELIPE, J. O desenvolvimento infantil na perspectiva sociointeracionista: Piaget, Vygostisky, Wallon. In: CRAIDY, M., KAERCHER, G. P. E. S. (Org.). Educação Infantil: pra que te quero? Porto Alegre: Artimed, 2001.

FERREIRA, S. S. I Jornada Preaut Brasil. 2013. Recife. Faculdade Frassinetti do Recife, Recife (PE).

FLORES, M.R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de autismo: o não olhar do médico. *Ágora*, RJ, v. XVI, nº especial, abr., p. 141-157. 2013.

FRANCO, V. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol. 18, n. 2, jun. 2015.

FREUD, S. As pulsões e suas vicissitudes, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1915, Ed.1990.

GODAMUNNE, P; LIYANAGE, C; WIMALADHARMA SOORIYA, N; PATHMESWARAN, A; WICKREMASINGHE A.R.; PATTERSON, C; *et al.* Comparison of performance of Sri Lankan and US children on cognitive and motor scales of the Bayley scales of infant development. *BMC Res Notes*. 2014 ; 7(1): 1.

GRAÑA, C. A. (2008). Aquisição da Linguagem nas Crianças Surdas e suas Peculiaridades no Uso do Objeto Transicional: um estudo de caso. *Rev. Eletr. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 05, p. 1-11. Jan./Fev./Mar. 2008.

GUERRA, A. M. C. A psicose. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

HANLON, C. et. al. Adapting the Bayley Scales of infant and toddler development in Ethiopia: evaluation of reliability and validity. *Child: care, health and development*. Vol. 42, n. 5. Jul, 2016.

INFANTE, D. P. Constituição do bebê e psicopatologia. In: ROHENKOHL, C. M. F. (Org.) *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 93-101.

IUNGANO, E. M.; TOSTA, R. M. A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, vol. 29, n.1, p. 100-119, jun. 2009.

JERUSALINSKY, A. Indicadores de risco: como a psicanálise pode proteger os bebês. In: JERUSALINSKY, A. (Org.), *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage, p. 418-433. 2015.

JERUSALINSKY, J. A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador, BA: Ágalma, 2014.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise do autismo*. 2ª ed. São Paulo: Instituto Langage, 2012.

JERUSALINSKY, A. *Para compreender a criança. Chaves psicanalíticas*. São Paulo: Instituto Language, 2011.

JERUSALINSKY, J. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010.

JERUSALINSKY, A. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos- AP3. In LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. Escuta, São Paulo, 2008, p.117-136.

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

JERUSALINSKY, A. (1993). Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. *Boletim da APPOA*, vol. 9, 62-73.

KLINGER, L. F. *O brincar e as estereotipias em crianças do espectro autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista*. 2010. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Linguagem Oral e escrita, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

KUPFER, M. C. M. *Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância*. *Psicol. USP*, vol.11, n.1 São Paulo. 2000.

KUPFER, M. C. M. *et al.* Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latino - Americana, Journal of Fund. Psychopath. Online*, São Paulo, vol. 6, n. 1. 2009.

KUPFER, M. C. M. (coord). *Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise*. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7. 2008.

LACAN, J. *O seminário. Livro III: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. NANCY, J.-Luc. *Um Sujeito?* In: MICHELS, A.; NANCY, J-L. SAFOUAN, M.; *et al.* (Orgs.). *O Homem e o Sujeito*. Tradução de Francisco R. de Farias. Rio de Janeiro: RevinteR, 2001, p. 25-74.

_____. (1998). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964*. (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

_____. (1986). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: JZE, 1988.

_____. (1964a). *O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

KANNER, L. *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *Nervous Child*, n. 2, p. 217-250. 1943.

KUPFER, M.C.M.; BERNARDINO, L.M.F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundamental*, vol. 12, n.1, 2009.

KUPFER, M. C. M. *et al.* Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latino - Americana, Journal of Fund. Psychopath. Online*, São Paulo, vol. 6, n. 1. 2009.

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

KUPFER, M. C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Revista Estilos da clínica*. vol.4 n.7. São Paulo. 1999.

LAZNIK, M. C., & CHAUVET, M. (2016). Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensorimotricidade. In A.P.R. Souza, & V. B. Zimmermann (org). *Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis*. São Paulo: Instituto Langage.

LAZNIK, M. C. Podemos pensar uma clínica do nó borromeo que distingue a psicose do autismo nos bebês? In M. C. Laznik, B. Touati, & C. Bursztein. *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. São Paulo, Instituto Langage. 2016.

LAZNIK, M.C.; TOUATI, B.; BURSZTEJN, C. *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LAZNIK, M. C.; OLIVEIRA, E. P. (Org.) *A hora e a vez da criança*. 1ª ed. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

LAZNIK, M. C. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador, BA: Ágalma, 2004. 211 p. Coleção de calças curtas.

LAZNIK, M. C. O espanto do Outro materno. In: *Boletim de novidades da Livraria Pulsional*, n.44. 1992.

LOSÁPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 30,,: Porto Alegre, 2008.

MACHADO, C. *et al.* (org) (2000). *Interfaces da Psicologia – Volume I. Atas do Congresso Internacional “Interfaces da Psicologia”, Évora, Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora.*

MADASCHI, V. et al . Bayley-III Scales of Infant and Toddler Development: Transcultural Adaptation and Psychometric Properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto , v. 26, n. 64, p. 189-197, Aug. 2016. .

MARIANO, D. K. *A relação mãe-bebê e a constituição subjetiva da criança*. 56 p. Dissertação de Mestrado - Universidade de Londrina. Londrina, PR. 2014.

MIJOLLA, A. Dicionário Internacional de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

MOTA, A. D. P. *et al.* Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. *Revista Psicologia USP*, vol. 26, n. 3, 2015.

MOURA *et. al.* Interações iniciais mãe-bebê. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 17 n. 3, p.295-302, 2004.

MURATORI, F. O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras. 1ª edição. Salvador: Editora Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia. 2014. 89 p.

NASCIMENTO, M. B. Alienação, separação e a travessia do fantasma. *Rev. Estud. Lacan*, Belo Horizonte, vol.3, n.4, 2010.

NOGUEIRA, S. E.; MOURA, M. L. S. Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. *Revista Bras. Crescimento desenvolvimento humano*, São Paulo, vol. 17, n. 2, ago. 2007.

NOVAES, B. C. A. C., & BARZAGHI, L. (2014). Avaliação fonoaudiologia de bebês e crianças com deficiência auditiva função semiótica e linguagem. (pp. 1005-1013). São Paulo: Guanabara Koggan.

OGAKI, H. A.; SEI, M. B. A função paterna na clínica infantil. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, vol. 20, n. 2, mai./ago. 2015.

OLLIAC B.; CRESPIAN G.; LAZNIK M. C., Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, *et al.* Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE* 12(12). 2017.

OSTI, M. N. D.; SEI, M. B. A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. *Revista Temas em psicologia*, vol.24, n.1, Ribeirão Preto, mar. 2016.

OLLIAC, B.; CRESPIAN, G.; LAZNIK, MC; E.L.; GANOUNI, O.C.I.; SARRADET, J.L.; BAUBY, C.; DANDRES, A.M.; RUIZ, E.; BURZSTEIN ,C.; XAVIER, J.; FALISSARD, B.; BODEAU, N.; COHEN, D.; SAINT-GEORGES, C. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with PREAUT grid. *PLOS ONE*, 1-22. December, 2017.

OLIVEIRA, F. L. G; DARRIBA, V. A. Sobre a importância da transmissão parental do desejo para a psicanálise a partir de um caso de obesidade infantil. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, vol. 20, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, L. D., & Souza, A. P. R. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. *Rev. CEFAC*. 15 (5), 1700-12. 2014.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, São Paulo, vol. 14 n°. 2, mar./abr. 2012.

OLIVEIRA, Função materna e os fenômenos psicossomáticos: reflexões a partir da asma infantil. 2002. 224 p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós – Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre, RS. 2002.

OUSS, L. et. al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, v. 23, n. 3, mar. 2014.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias* [online]. 2016, vol.18, n.42, pp.384-411.

PINHEIRO, M. Fundamentos de neuropsicologia – o desenvolvimento cerebral da criança. *Vita et Sanitas*, Trindade/GO, vol.1, n. 1. 2007.

PERUZZOLO, D. L. Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica de intervenção precoce. 2016. 220 p. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016.

PIAGET, J. *A Construção do Real na Criança*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

PISETTA, M.; BESSET, M. A. L. V. Alienação e separação: elementos para discussão de um caso clínico. *Revista Psicologia em Estudo*, vol. 16, n. 2, junho, 2011.

PINHO, G. S. O infantil na psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica*, Porto Alegre, n. 40, jan./jun. 2011.

POCINHO, M. Neurose, Psicose e Funcionamento Borderline: Uma Análise a Partir da Estrutura do Aparelho Psíquico. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, n. 27, dez. 2014.

POLYAK, A.; KUBINA, R.M.; GIRIRAJAN, S. Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. *American journal of medical genetics, neuropsychiatric genetics, part B*, 9999-1-9. 2015.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. São Paulo: Zahar. 2012.

RIBEIRO, D. G. et. al. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida, aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Revista Ciência saúde coletiva*, vol.19, n.1, Rio de Janeiro, Jan. 2014.

ROBINS, D.L, FEIN, D., BARTON, M.L., GREEN, J.A. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(2):131-44.

RODRIGUES, O. M. P. R. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Revista Educar em Revista*, Curitiba, n. 43, p. 81-100, jan./mar. 2012.

RORIZ, D. C. A.; CANIÇO, H. P. Autismo: o doente, a família e a sociedade. 2016. 11 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. 2016.

ROSA, C. D. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. *Revista Natureza Humana*, vol. 11, n. 2, p. 55-96, jul. - dez. 2009.

ROTH, A. M., Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais. 2016. 194 p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016.

SAINT-GEORGES *et al.* Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PLOS ONE*, vol. 6, n. 7, p. 1-13, jul. 2011.

SANTOS, V. O.; GHAZZI, M. S. A Transmissão Psíquica Geracional. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 32, n. 3. 2012.

SARAIVA, L. M.; REINHARD, M. C.; SOUZA, R. C. A função paterna e seu papel na dinâmica familiar e no desenvolvimento mental infantil. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, vol. 14, n. 3. 2012.

SCHULZ, J. P.; RUSCHEL, V. R. G. A estruturação da imagem do corpo na infância. *Trivium* vol.9 no.1 Rio de Janeiro jun. 2017

SCHUMACHER, C. Percepções de uma equipe de saúde acerca da inserção da detecção de risco psíquico e encaminhamento para intervenção precoce na puericultura. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

SERÔDIO, S. G. A função paterna e o desenvolvimento infantil: influência da gratificação parental e da presença versus ausência nos primórdios do autoconceito da criança. 2009. 68 f. Dissertação de mestrado – Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa. 2009

SILVA, S. G. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Revista Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, 2016.

SILVA, N. D. S. H *et al.* Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, vol.21, n.1. São Paulo. 2011.

SILVA, M. C. P. A herança psíquica na clínica psicanalítica. 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 184 p.

SIBEMBERG, N. Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In A. Jerusalinsky (Org). *Dossiê Autismo*. (pp.97-105). São Paulo. Instituto Langage. 2015.

SIBEMBERG, N. Autismo e psicose infantil: o diagnóstico em debate. In S. Fendrik, & A. Jerusalinsky. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (pp. 93-101). São Paulo: Via Lettera. 2011.

SIRELLI, N. M. (2010). *Alienação e separação: a lógica do significante e do objeto na constituição do sujeito*. (Dissertação de mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais.

SIBEMBERG, N. *Autismo e linguagem*. Escritos da Criança. Porto Alegre: Editora Linus editores, 1998. p. 60-71.

SPROVIERI, M. H. S.; Assumpção Jr, F. B. A. Dinâmica familiar de crianças autistas. *Revista Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, vol. 59, n. 2ª, 2001.

SOARES, A. N. R. Q.; MEDEIROS, C. P.; RIBEIRO, C. T. Psicose e toxicomania: um estudo psicanalítico. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 201-219, jan. 2017.

SOUZA, N. M; WECHSLER, A. M. Reflexões sobre a teoria piagetiana: o estágio operatório concreto. *Revista Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade*, Bebedouro - SP, vol. 1, n. 1, p. 134-150, 2014.

TAMANAH, A. C.; MARTELETO, M.R.F.; PERISSINOTO, J. The interference of expressive language status on autismo behaviour check list scores in verbal and non-verbal autistic children. *Audiol Commun Res.*, v. 19, n.2, p.167-170. 2014.

THEISEN, A. P. *A função materna na constituição psíquica*. [trabalho de conclusão de curso]. Santa Rosa: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Curso de Psicologia, Departamento de Humanidades e Educação; 2014.

TREVARTHEN, C.; DELAFIELD-BUTT, J. Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in integrative neuroscience*. v.7, article 49, p.1-16. 2013. July. 2013.

TORRAS-MAÑÁ, M; GÓMEZ-MORALES, A; GONZÁLEZ-GIMENO, I; FORNIELES-DE, A.; BRUN-GASCA, C. Assessment of cognition and language in the early diagnosis of autism spectrum disorder: usefulness of the Bayley Scales of infant and toddler development, third edition. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2016; 60 (5):502-11.

VANONI, E. N.; BERNARDINO, L. F. Psicose infantil – uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica. *Revista Estilos da Clínica*, vol. 13, n. 25, 2008.

VASCONCELOS, G. M. R. *Métodos mistos e análise de relacionamento de negócios*. Revista Pretexto, Belo Horizonte, vol. 15, n. 3, jul a set. 2014.

VENDRUSCOLO, J. F.; SOUZA, A. P. R. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. *Revista CEFAC*, São Paulo, vol. 17, n. 3, mai./jun., 2015.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latino-americana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, vol. 15, n. 2, jun. 2012.

WAJNTAL, M. Diagnóstico precoce e constituição do aparelho psíquico. In: ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 103-114.

WINNICOTT, D. W. (1975) O brincar & a realidade. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago.

_____. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZANON, R. B.; BACKES, B. BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Revista Teoria e Prática*, Brasília, vol. 30, n. 1 jan./mar. 2014.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Revista Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, vol.42 n.2, jun. 2010.