

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Isabela Piber Xavier

**O INDICADOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL –  
IRDI EM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATURO**

Santa Maria, RS.  
2018

**Isabela Piber Xavier**

**O INDICADOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL– IRDI EM  
PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATURO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Terapia  
Ocupacional, da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS), como exigência  
para obtenção do **Diploma de Graduação  
de Bacharel em Terapia Ocupacional.**

Orientador: Dani Laura Peruzzolo, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.

Santa Maria, RS.  
2018

**Isabela Piber Xavier**

**O INDICADOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL – IRDI EM  
PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATUROS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Terapia  
Ocupacional, da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS), como exigência  
para obtenção do **Diploma de Graduação  
de Bacharel em Terapia Ocupacional.**

---

**Dani Laura Peruzzolo, Prof<sup>o</sup>.,Dr<sup>o</sup>. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Vitoria Beltrame (UFSM)**  
Banca Avaliadora

Santa Maria, RS, 2018

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
1. Método de Pesquisa.....	10
1.1 Desenho do Estudo.....	10
1.2 Campo da Pesquisa.....	11
1.3 Sujeitos da Pesquisa.....	11
1.4 Coleta de Dados.....	12
1.5 Análise e interpretação dos dados.....	12
1.6 Aspectos Éticos.....	12
1.7 Sobre o Indicador de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI.....	13
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
2.1 De IRDIs ausentes ao obstáculo em conectividade cerebral e Intersubjetividade.....	16
2.2 O Resultado do IRDI.....	22
2.3 A dificuldade na produção relacional pode estar na Conectividade Cerebral e Intersubjetividade.....	24
2.4 O Tratamento em Intervenção Precoce.....	25
3. Considerações finais.....	27
4. REFERÊNCIAS:.....	28
6. ANEXO I- NORMAS DA REVISTA.....	30

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e a Iemanjá que me abençoaram e iluminaram para que eu chegasse até aqui. Agradeço aos pretos velhos, aos ciganos, aos caboclos e todos os seres espirituais que me iluminam a todo instante. As Nossas senhoras e todos os santos, que com a devoção de tantos que zelam por mim, intercederam sempre em minha vida.

A minha mãe, Cleonir de Lourdes Piber e ao meu pai, Ubirajara Pippi Xavier agradeço a vida, os cuidados, o amor e toda dedicação que sempre tiveram por mim. Se hoje realizo meus sonhos, é por que vocês me deram pernas e “asas” para que eu chegasse até aqui. Sou muito abençoada por ter vocês. Obrigada pela família que construíram para nós.

A minha irmã, Veronica Piber Xavier, obrigada por tudo, por ser luz a vida inteira no meu caminho, por ser meu suporte em todas as ocasiões. Minha irmã é a extensão da minha mãe e do meu pai e eu tenho a certeza de que nunca estarei só nesta vida. Gratidão por sonharmos juntas a vida e por compartilharmos todos os momentos. Aproveito aqui, e agradeço a meu cunhado Renato, meu irmão. Obrigada por todo apoio.

A minha Avó paterna Laura Edite Pippi Xavier, exemplo de garra, suporte e determinação. Admiro-te muito Vó, por tudo que tu és. A meu Avô paterno Célio Xavier (in memoriam), minhas lembranças de criança te levarão comigo aonde quer que eu vá e tua semelhança com o pai, faz com que tu viva com nós para sempre. E a minha Avó Materna, Tereza Ilda Schopf Piber (in memoriam), a quem em especial dedico este trabalho, pois dividiu diariamente comigo o sonho da aprovação no vestibular e nos deixou antes mesmo dele ser concretizado. Por dias ela foi com quem compartilhei e idealizei meus maiores sonhos. Gratidão, amor e carinho por meus avós, tios, primos e afilhadas (os), que são anjos em minha vida.

As minhas amigas Ritielle Rabelo, Bianca da Rosa, Larissa Flores, Helena Dambrós, Lenise Sacchett e Vitória Dambrós que em muitos momentos desta graduação foram meu suporte para quando as coisas não andavam bem e que também comemoraram comigo todas as conquistas e vitórias. Gratidão pela amizade e companheirismo de vocês. A minha amiga e companheira de casa e quarto, Lidiele Bairros, obrigada por ser meu apoio em dias difíceis e

felicidade nos meus dias alegres. Dividis-te estes quatro anos comigo. Levarei-te para sempre em meu coração.

Ao meu companheiro, amigo e amor, Bruno Trindade, gratidão por ter dividido tantos dias em Santa Maria, por ter dividido comigo tua vida e tua família nestes 4 anos. Tu mora para sempre no meu coração.

A família 4522, Rodrigo Oliveira, Marcelo Prates (Ronald) e Andrey Meireles obrigada por serem minha segunda família, obrigada por tudo que dividimos. Nossa parceria será eterna em mim. Michel de Los Santos, teu companheirismo, apoio e carinho fizeram toda diferença para que eu conseguisse chegar até aqui. Foi meu apoio em muitas madrugadas e minha companhia de mates. Eu amo vocês família 4522.

Agradeço também a toda minha família, a todos amigos que sempre estiveram ao meu lado com palavras de apoio, e a todas as pessoas que desejaram minha felicidade e sucesso. Com certeza todos vocês tem parcela nesta conquista.

A UFSM que me recebeu tão bem. Ao curso de Terapia Ocupacional que me proporcionou tantas coisas novas, tantas evoluções. Sou grata por todas as pessoas que cruzaram meu caminho neste período.

Gostaria de agradecer em especial, a minha orientadora Dani Laura Peruzzolo, por todo ensinamento, apoio e conhecimento compartilhado para que esse trabalho chegasse ao fim. Gratidão Mestre!

A minha banca, Vitoria Beltrame, por ter aceitado ser avaliadora deste trabalho, e sem dúvidas contribuir tanto com suas considerações.

Gratidão pela saúde e pela vida!

Com carinho e amor, Isabela Piber Xavier.

## **INTRODUÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso será apresentado em forma de artigo a ser submetido à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, cujos critérios de submissão estão em anexo no fim deste trabalho. Estes critérios não foram seguidos com rigor como exigido pela revista, pois seriam cinco resumos, em português, inglês, espanhol, alemão e italiano. E as tabelas estão na sequência do texto para facilitar a leitura da avaliadora. Após defesa deste trabalho e considerações da banca, todos os critérios de submissão serão atendidos e corrigidos.

## **RESUMO**

**O INDICADOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL– IRDI  
EM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATURO**

**AUTORA:** Isabela Piber Xavier

**ORIENTADORA:** Dr<sup>a</sup> Dani Laura Peruzzolo

Os Programas de Seguimento de Prematuro (PSP) foram implantados para diminuir o impacto da prematuridade no bebê. O protocolo Indicador de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) tria risco ao desenvolvimento no bebê. Objetivo: analisar o uso do IRDI para identificação de risco ao desenvolvimento do bebê atendido em PSP e os encaminhamentos. Metodologia: qualitativa descritiva longitudinal, com amostragem por conveniência de dois casos atendidos em PSP de hospital escola de universidade federal no interior do Rio Grande do Sul. Resultados/discussão: dos 157 casos, 11 tinham IRDI ausentes. O grupo destacado para ser apresentado representa as crianças com mais risco e que tiveram uma sequência nos atendimentos. Conclusão: O IRDI é um indicador de alerta e serve para nortear avaliação mais abrangente ao bebê em PSP.

**TÍTULO: O INDICADOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL– IRDI  
EM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATURO**

**PALAVRAS-CHAVE:** Prematuridade, Desenvolvimento infantil, Terapia Ocupacional, Indicador de risco.



## **ABSTRACT**

THE CLINICAL RISK INDICATORS IN CHILD DEVELOPMENT - CDRI IN PREMATURE SEGMENT PROGRAMS.

AUTHORS: Isabela Piber Xavier

ADVISOR: Dr<sup>a</sup> Dani Laura Peruzzolo

Premature Segment Programs (PSP) were implemented to reduce the impact of prematurity on the infant. The clinical risk indicators in child development (CDRI) protocol analyzes the risk for development in the infant. Objective: to analyze the use of CDRI to identify risk to the development of the baby attended in PSP and the referrals. METHODS: qualitative descriptive longitudinal, with convenience sampling of two cases attended at PSP of a federal university hospital in the interior of Rio Grande do Sul. Results/Discussion: Of the 157 cases, 11 had CDRI absent. The group highlighted to be present represents the children with more risk and who had a sequence in the consultations. Conclusion: The CDRI is an indicator of alertness and serves as a guideline for a more comprehensive evaluation of the baby in PSP.

KEY WORDS: Prematurity, Child Development, Occupational Therapy, Risk Indicators.

## 1. Introdução

O Brasil, em março de 2004, assina o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, desde então, criam-se espaços especializados no atendimento a bebês e suas mães. Entre eles, os prematuros, pelo alto índice ainda encontrado no país, são prioridade.

O parto pré-termo ou prematuro é definido como aquele cuja gestação é interrompida até as 37<sup>a</sup> semanas, (DEMARTINI, et al., 2011). Para a assistência hospitalar cabe intervir na tentativa de aumentar o tempo de gestação através de cuidados específicos a cada gestante, e, para o bebê nascido prematuro, além dos cuidados garantidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a Portaria Nº 427, de 22 de março de 2005, garante a criação de Programas de Seguimento de Prematuro no país, campo desta pesquisa.

A implantação do Programa de Seguimento de Prematuro (PSP) no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) garante o atendimento e acompanhamento especializado de bebês prematuros e seus pais, a partir da alta de UTINs da cidade e região.

Tem o objetivo de avaliar os bebês, regularmente, desde o início da vida para detecção de possíveis problemas no desenvolvimento infantil, tanto biológico quanto psíquico/cognitivos. Para qualificar estas avaliações introduziu-se um instrumento brasileiro denominado Indicador de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER *et al.*, 2009) que possui o objetivo de identificar a condição relacional, a sincronia relacional entre o bebê e seus pais (Ibidem, 2009).

O estudo aqui apresentado tem como objetivo analisar o uso do IRDI como instrumento de identificação de risco ao desenvolvimento do bebê atendido e compreender como se dá a sequência da avaliação e encaminhamentos em PSP em ambulatório vinculado a assistência hospitalar (alta complexidade). Foi produzido a partir da hipótese de que o IRDI pode ser utilizado como instrumento norteador da avaliação clínica em PSP.

## 1. Método de Pesquisa

### 1.1 Desenho do Estudo

Este estudo teve como desenho metodológico uma pesquisa qualitativa descritiva longitudinal, pautada na descrição da complexidade das questões apresentadas para uma compreensão mais apurada dos “processos dinâmicos vividos” (RICHARDSON, 1999, p. 80) pelo grupo pesquisado, mas também buscando compreender as “particularidades dos indivíduos” (Ibidem, p.80) que os compõe.

Teve como coleta de dados a busca em prontuários e entrevista com as avaliadoras e como interpretação dos dados a análise de conteúdo. Os casos apresentados foram definidos por conveniência, para que representassem as categorias encontradas, a fim de garantir o aprofundamento do estudo considerando a singularidade dos sujeitos da pesquisa.

## 1.2 Campo da Pesquisa

OPSP compõe um ambulatório destinado especificamente para acompanhar longitudinalmente, até aproximadamente os 7 anos, bebês prematuros da cidade e da região. Está situado dentro do HUSM e acontece uma vez por semana às quintas-feiras à tarde. O PSP possui equipe fixa formada por profissionais da medicina (pediatria) e da Terapia Ocupacional. Outros profissionais compõem a equipe através das Residências Médica (Pediatria) e Multiprofissional em Saúde e gestão Hospitalar (Terapia Ocupacional e Fisioterapia). O atendimento é incrementado através de interconsultas com as especialidades que o serviço deste hospital oferece (neurologista, oftalmologista, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, etc). Acolhe também alunos de graduação da Medicina e da Terapia Ocupacional. Os atendimentos acontecem de forma multiprofissional buscando uma assistência a partir de um plano terapêutico singular (PERUZZOLO, 2014).

## 1.3 Sujeitos da Pesquisa

Fizeram parte desta pesquisa os bebês e seus familiares, assistidos pelo PSP e os Terapeutas Ocupacionais que avaliam os bebês e aplicam o instrumento IRDI no PSP. Para tanto foram definidos como critérios de inclusão, os dados coletados pela equipe e registrados nos prontuários dos bebês desde agosto de 2017 até vinte e dois de novembro de 2018. Como critérios de exclusão estão fora da pesquisa os bebês e seus familiares cujos dados sobre a coleta IRDI não existiam no prontuário.

#### 1.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados em prontuário e por entrevista com Terapeuta Ocupacional docente do curso de Terapia Ocupacional, responsável pela aplicação do IRDI no PSP. Os dados coletados em prontuário foram: datas de nascimento; sexo; os cálculos das idades tanto cronológicas quanto corrigidas; tempo de internação da UTIN; data de alta hospitalar; data das consultas no ambulatório, resultados dos IRDIs e registros diversos sobre a avaliação do paciente como avaliação do cotidiano, avaliação motora, cognitiva, impressões registradas pela equipe. Outras características que poderiam auxiliar a construção do perfil do bebê também foram retiradas, como se era gemelar, se possui questões neurológicas e/ou outras alterações que pudessem impactar no desenvolvimento do bebê.

As entrevistas com as terapeutas ocupacional foram utilizadas para responder algumas dúvidas quanto aos registros nos prontuários e para captar as impressões destas profissionais frente aos casos discutidos. Os dados foram registrados em Microsoft Office Excel 2007 e em arquivos Microsoft Office Word 2007.

#### 1.5 Análise e interpretação dos dados

Godoy (1995, p. 67), afirma que a “análise de conteúdo, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte”. Esta pesquisa fez a análise de conteúdo dos prontuários e das entrevistas, buscando identificar dados para qualificar a compreensão da dinâmica das avaliações produzidas no PSP e para uma melhor compreensão do processo, das características e das estruturas tanto do serviço quanto da dinâmica a partir da utilização do IRDI como instrumento norteador das avaliações.

Com isso, os resultados não são apresentados de forma linear, seguindo um padrão de registro de caso clínico. Eles serão narrados de forma a tentar produzir no leitor a compreensão da complexidade de uma avaliação em ambulatório hospitalar e da singularidade caso a caso necessário para atender a demanda de cada paciente.

#### 1.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa teve como orientação ética os requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que

regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e, após reunidos todos os documentos necessários, foi submetida a apreciação e aprovada pelo CEP da universidade, sob número CAAE 02047218.7.0000.5346.

### 1.7 Sobre o Indicador de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI.

O IRDI surgiu de uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida por especialistas brasileiros, com duração de 9 anos. Validado efetivamente em 2008 (KUPFER, 2008), foi empregado pelo Ministério da Saúde para organização da Caderneta da Criança (Ministério da Saúde, 2018) e do Manual do Autismo (Brasil, 2000).

É um instrumento utilizado para identificar indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento na avaliação de bebês nos seus primeiros 18 meses de vida. Para Kupfer et al., (2010, p. 45) trata-se de “esmiuçar – no plano das interações entre a criança e pais – as duas funções fundamentais para o advento da subjetividade: a função materna e a função paterna”. Como desenvolve Peruzzolo (2017, p. 431), a função materna “sustenta a vida biológica e psíquica do filho” e a função paterna “coloca o filho na condição de um sujeito inserido em uma cultura”.

Defende-se que o bebê se instala na condição de Sujeito quando alguém se ocupa dele (PERUZZOLO, 2018), ou seja, quando os pais oferecem recursos para que o filho utilize seu aparato biológico/fisiológico e instrumental (psicomotricidade, linguagem, aprendizagem, hábitos, jogo e processos práticos de sociabilização) em cena, no cotidiano familiar, para se fazerem filhos e pais (PERUZZOLO, 2017).

Para a produção deste instrumento, seus autores reuniram fundamentos psicanalíticos em quatro eixos, cujos indicadores orientam o avaliador quanto à identificação *positiva* (presença dos IRDIs) de que o desenvolvimento do bebê está acontecendo e que os pais estão implicados e também reconhecendo que seu filho está mudando. Somente quando os indicadores estiverem *ausentes* é que haverá conotação de que há algum truncamento que prejudica o diálogo entre os pais e seu bebê que poderá ser um risco ao seu desenvolvimento.

Estes quatro eixos são: Suposição do Sujeito (SS), Estabelecimento da Demanda (ED), Alternância Presença e Ausência (PA) e Função Paterna (FP) (KUPFER et al., 2008).

O primeiro eixo, Suposição de Sujeito (SS), segundo Kupfer et al., (2010) refere-se ao tipo de diálogo que os pais armam com seu filho recém-nascido, como se

realmente ele estivesse falando a eles. Caracteriza-se por uma “antecipação, pela mãe ou cuidadora, da presença de um sujeito psíquico na criança, que, no entanto, ainda não foi constituído” (Ibidem, p. 35).

Isso acontece quando a mãe dirige-se a seu filho de uma forma especial, caracterizando uma fala com “prolongamento das vogais, que a torna mais lenta e sonora, aumento da frequência, que a faz mais aguda, e glissandos característicos que a tornam mais musical” (Laznik & Parlato-Oliveira, 2006, p. 58), construindo no bebê o desejo de uma busca pelo reencontro, tentando assim corresponder e responder a mãe. Para Peruzzolo (2014, p. 156) os pais necessitam colocar o “bebê em uma posição de quem tem algo a dizer”, pois neste lugar é que o bebê apreende que tem um papel importante e ativo na tríade familiar.

O eixo Estabelecimento de Demanda é, para a psicanálise, o recurso utilizado pelos pais em que atribuem aos movimentos do bebê, mesmo involuntários, algum sentido na forma de gesto, de um pedido (KUPFER et al., 2010). Trata-se de que os pais, por seu desejo de serem e de se fazerem pais (PERUZZOLO et al., 2014, p. 156), reconheçam, “[...] em cada gesto do filho um signo de demanda [...] endereçado a eles.

No eixo Alternância presença/ausência, conforme explica Kupfer et al., (2010, p. 36) “entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras”.

Este intervalo que a mãe/cuidador primordial cria entre o pedido do bebê e a sua chegada provoca nele a compreensão de que algo lhe falta e para resolver isso deverá interagir com o ambiente (os pais), fazendo com que a criança crie uma maneira peculiar para simbolizar esse acontecimento (JERUSALINSKY et al., 2010, p. 11).

Para Peruzzolo (2014, p.156) quando a mãe consegue alternar sua presença e sua ausência, ela também se coloca em uma “posição de quem não sabe tudo sobre o filho”.

A ausência da mãe marcará para o bebê um espaço vazio, real e imaginário, onde serão introduzidas outras pessoas, outros objetos, a própria linguagem e o simbólico (WINNICOTT, 1975). Dessa negativa materna institui-se o quarto eixo dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: o eixo função paterna [...] (PERUZZOLO, 2014, p. 156)

O eixo Função Paterna caracteriza-se pela entrada do bebê na cultura, ou seja, ele passa a compreender que existe limite para seus desejos, seus pedidos. A partir da negativa da mãe e de outros componentes da família, que, por vezes, auxiliam a mãe a

impor estes limites, para a psicanálise, instala-se a Função Paterna. Constituem-se limites e criam-se regras com a introdução do novo, que vai para além do corpo materno, mas na relação com o outro, tanto ambiente, quanto pessoas, objetos e fenômenos. É caracterizada como uma separação simbólica, mas que contribui na diferenciação da criança ao corpo e as palavras da mãe (KUPFER et al, 2010).

A partir destes quatro eixos, os autores identificaram como resultado da pesquisa, 31 indicadores sobre o desenvolvimento, divididos em 4 fases da vida do bebê. A primeira fase vai dos 0 aos 4 meses incompletos, a segunda dos 4 aos 8 meses incompletos, a terceira dos 8 aos 12 meses incompletos e a quarta fase dos 12 aos 18 meses. Os 31 indicadores, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento, e quando ausentes, são indicadores de risco para o desenvolvimento (KUPFER et al., 2010).

O IRDI foi criado com a intenção de que esses indicadores possam ser empregados pelos pediatras, agentes de saúde e outros profissionais capacitados para avaliação, durante consultas nas unidades básicas, ambulatorios, hospitais e/ou creches nos primeiros 18 meses de vida do bebê.

A questão é que, como é um instrumento novo, existem poucas produções científicas que discutam seu uso e as implicações de seus resultados frente as possibilidades e necessidades de encaminhamentos. Seu uso em PSP é também novo (PERUZZOLO, 2014), justificando a necessidade desse estudo.

## 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 157 crianças avaliadas no PSP, durante o período da pesquisa, 16 bebês foram identificados com alguma questão de atraso ou risco ao desenvolvimento ou de risco psíquico. Destes, 11 tinham indicadores do IRDI ausentes. Havia somente um caso associado a patologia orgânica grave (Síndrome Waardenburg e hidrocefalia), que não foi considerado para este artigo, compondo então 10 pacientes. Deste grupo final, 4 crianças foram avaliadas pela terapia ocupacional como em risco psíquico (duas delas a equipe lançou a hipótese de que havia uma dificuldade em processamento de conectividade/intersubjetividade cerebral pois as crianças estavam sendo bastante investidas pela família, mas não respondiam, e duas crianças havia um desinvestimento familiar). Outras 2 crianças que apresentaram IRDI ausente identificou-se desorientação das mães quanto aos cuidados e isso foi trabalhado no próprio ambulatório; duas criança

apresentavam sintomas de dificuldade em Integração Sensorial e possuía um quadro de déficit sensorial (surdez), que também foram atendidas no próprio ambulatório. E a última criança esteve sendo acompanhada, pois é irmã gêmea de uma das crianças com maior risco ao desenvolvimento por dificuldade de reciprocidade situadas no primeiro grupo.

Para este artigo decidiu-se discutir o primeiro grupo, pois foram os bebês que apresentaram sinais mais evidentes de risco psíquico. Dos quatro bebês, dois estão sendo acompanhados pelo seguimento de prematuros e os outros dois não voltaram ao ambulatório, exigindo da equipe busca ativa, porém não foram localizados. As outras duas categorias serão apresentadas e discutidas em artigos futuros.

Considerando que este estudo tem por objetivo analisar e ampliar a discussão sobre a utilização do instrumento IRDI em PSP e também ampliar a discussão sobre seu uso, as formas de interpretá-lo, e os encaminhamentos feitos, os registros e reflexões retirados dos prontuários serão apresentados na forma mais fiel possível, ficando as entrevistas com a terapeuta ocupacional para as explicações mais específicas das avaliações realizadas.

Destaca-se que de imediato pode-se identificar nos registros em prontuários que o IRDI foi utilizado como um instrumento norteador para a avaliação, porém não foi único. Os resultados do IRDI somaram-se as considerações da avaliação em Terapia Ocupacional que não possui protocolo próprio, mas que dirige suas avaliações considerando os Papéis Ocupacionais (SOUZA, et al., 2013) em que o fazer-se filho e fazerem-se pais são o eixo principal (PERUZZOLO, 2017).

Para a Terapia Ocupacional neste PSP, as avaliações identificam como está o desenvolvimento relacional, psicomotor e cognitivo do bebê. Também amplia-se a escuta à família sobre o novo cotidiano produzido a partir dos cuidados do bebê prematuro, direcionando o olhar da equipe não só para os dados clínicos de crescimento, mas também para os fatores externos como o investimento familiar e seus recursos para tal (PERUZZOLO et al., 2014).

2.1 De IRDIs ausentes ao obstáculo em conectividade cerebral e Intersubjetividade.

### **CASO 1 – O menino desaparecendo.**



Menino gemelar de uma menina. Esteve internado em UTIN por 2 meses e 18 dias, onde adquiriu citomegalovírus. Avaliado na Fase I do protocolo IRDI com 2 meses e 20 dias de idade cronológica e 38 semanas e 2 dias (de gestação), ou seja, ainda não teria nascido no dia da primeira avaliação. Os indicadores 1, 2 e 4 estavam ausentes, como registrados na Tabela 1. Porque, nesta avaliação o bebê era muito jovem, e a família estava com ele em casa somente há 2 dias, aguardou-se para reavaliá-lo na próxima consulta.

Tabela 1: Caso 1: Fase I do Protocolo IRDI – Avaliação.

INDICADORES (FASE I) - 0 aos 4 meses incompletos	PRESENTE	AUSENTE
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		X
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).		X
3. A criança reage ao manhês.	X	
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		X
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	X	

Fonte: (Kupfer et al., 2008).

Reavaliado com 4 meses e 1 dia de idade cronológica e 1 mês de idade corrigida apenas o indicador 1 estava ausente (Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer). Na ocasião o bebê apresentava sintomas de hipersensibilidade tátil. A hipótese da equipe era de que isso poderia ter tido origem em um estresse pós UTIN. Apresentava irritação, gemência, não suportava/irritava-se muito com a roupa e com o toque. Esta hipersensibilidade foi tratada através de orientação pela Terapeuta Ocupacional Residente do PSP, a partir de estratégias em Integração Sensorial.

A terceira consulta aconteceu quando o menino tinha 4 meses e 22 dias de idade cronológica e 1 mês e 21 dias de idade corrigida. No prontuário constava que apresentava pouquíssima apetência simbólica. Não respondeu ao apelo materno, não registrou a ausência da mãe e não estranhou os avaliadores. Durante a consulta o menino dormiu. A avaliação foi interrompida e retomada quando acordou. Neste momento o menino sorriu para as avaliadoras e fez um jogo com a mãe, chamando e prendendo sua atenção: tentava colocar um objeto na boca olhando para a mãe que prontamente dizia não, olhando no olho e com um tom de voz mais imperativa, mudando sua prosódia (relato da cena adquirida na entrevista com Terapeuta Ocupacional, pois no prontuário a informação era que “fez um jogo relacional com a

mãe”). Neste período, a mãe refere que o menino não demonstrava mais irritação tátil e gemência, atribuindo os resultados às orientações da Terapia Ocupacional.

Na quarta consulta, com 7 meses e 28 dias de idade cronológica e 4 meses e 27 dias de idade corrigida, o menino foi novamente avaliado pela Terapia Ocupacional. Aplicado IRDI na fase II. Ausente item 7 e 8, conforme indicado na Tabela 2.

Tabela 2: Caso 1: Fase II do Protocolo IRDI – Avaliação.

INDICADORES (FASE II) – 4 aos 8 meses incompletos.	PRESENTE	AUSENTE
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	X	
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		X
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		X
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	X	
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	X	
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	X	
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	X	
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	X	

Fonte: (Kupfer et al., 2008).

Segundo relato da mãe, após teste Bera, fonoaudióloga encaminhou para avaliação neurológica. A mãe demonstrou e relatou estar muito preocupada com o filho, pois percebia diferença no desenvolvimento dele e da irmã gêmea. Estava mais preocupada com o fato de o menino não possuir as posturas motoras que a irmã possuía. De fato no prontuário há informação de que o menino estava atrasado em aquisição postural, mas equipe atribui ao tempo de internação na UTIN que foi maior que o da irmã e por ter adquirido o citomegalovírus.

Em avaliação foi observado que o menino possuía muita dificuldade em realizar contato visual com a mãe e terapeutas, direcionando muitas vezes o olhar para a parede e para as mãos da terapeuta. Em nenhum momento buscou de forma espontânea o olhar da mãe e avaliadoras. Responde muito pouco a estímulos auditivos e visuais.

Segundo o prontuário: “Mãe orientada a realizar estimulação vestibular excitatória do sistema sensorial, estimular o contato olho no olho visando estímulo relacional (ativar neurônios de espelhamento). Neste dia o menino foi encaminhado para avaliação neurológica.

Na entrevista identificou-se que ele ficava muito bem olhando o celular, e que deixavam para que se acalmasse. Orientou-se a família a não deixar mais o menino no celular. As Terapeutas Ocupacionais preocuparam-se com a pouca apetência de contato do bebê frente aos investimentos da mãe, somada aos, já trabalhados, sintomas sensoriais que apresentou; a prematuridade; o tempo de internação na UTIN e a informação de que o bebê havia adquirido citomegalovírus, optou-se por encaminhá-lo para o ambulatório de Terapia Ocupacional para ter acompanhamento semanal.

Na quinta consulta no PSP, o menino estava com 10 meses de idade cronológica e 6 meses e 29 dias de idade corrigida. Reaplicado IRDI fase II ao qual não apresentou os indicadores 7, 8, 10, 11 e 13, conforme tabela abaixo.

Tabela 3: Caso 1: Fase II do Protocolo IRDI – Reavaliação.

INDICADORES (FASE II) – 4 aos 8 meses incompletos.	PRESENTE	AUSENTE
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	X	
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		X
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		X
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	X	
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		X
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.		X
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	X	
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		X

Fonte: (Kupfer et al., 2008).

Mãe informa que iniciou tratamento com Terapeuta Ocupacional em ambulatório especializado em intervenção precoce. Em avaliação clínica da Terapia Ocupacional do PSP, o bebê não demonstrou interesse de forma ativa pelo olhar e contato, tanto da mãe como das avaliadoras. O menino fixava o olhar e sorria espontaneamente quando muito estimulado e quando as avaliadoras e a mãe iam ao encontro de seu rosto voltado para a parede. Quando captavam seu olhar, conseguiam trazê-lo para linha média (relato da Terapeuta Ocupacional em entrevista). Quando deixado sozinho o bebê mantinha um padrão postural, fixando-se na parede e teto. Mãe refere que foi orientada pelas Terapeutas Ocupacionais do ambulatório sobre como oferecer alimentos, pois ele comia tudo batido no liquidificador, e que, com isso, o menino passou a comer amassado.

Também já avançou nas suas aquisições motoras, porém ainda com atraso, mas os registros em prontuário informam que, é possível identificar recurso tônico e psicomotor para desenvolvimento. A preocupação estava focada na interação da criança frente aos estímulos oferecidos.

A equipe identifica sintomas que apontam para uma dificuldade intersubjetiva neuronal, que é fator de risco para Transtorno de Espectro Autista.

Menino está em tratamento clínico e segue sendo acompanhado pelo PSP, foi também retomada a necessidade de consulta com neuropediatra.

### **CASO 2- Pouca apetência simbólica.**

Menino esteve internado na UTIN por 3 meses e 22 dias, avaliado pela primeira vez com 3 meses e 27 dias de idade cronológica e 12 dias de idade corrigida. Apresentando todos os indicadores do IRDI - Fase I presentes.

Com 8 meses e 9 dias de idade cronológica e 5 meses e 5 dias de idade corrigida, na segunda avaliação no PSP, o menino apresentou as seguintes características: Foi aplicado o IRDI Fase II em que não estavam presentes três indicadores, conforme Tabela 4 abaixo.

Tabela 4: Caso 2: Fase II do Protocolo IRDI – Avaliação.

INDICADORES (FASE II) – 4 aos 8 meses incompletos.	PRESENTE	AUSENTE
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	X	
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	X	
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	X	
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	X	
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		X
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.		X
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	X	
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.		X

Fonte: (Kupfer et al., 2008).

Na avaliação clínica a terapeuta ocupacional identificou que a mãe colocava-se de forma bastante presente na avaliação, chamando a atenção do bebê. Ele respondia à fala e ao olhar somente após algumas tentativas da mãe. Durante a avaliação solicitou-se à mãe que o estimulasse através do olhar, da fala e do toque e, posteriormente que ela se

afastasse, desaparecendo do campo de visão e o menino não reagiu a sua ausência. Ele mantinha um padrão motor com cabeça e tronco voltados para o lado direito, ou seja, considerado assimétrico em repouso. Foi muito difícil modificar/alterar este padrão motor através de estímulos de voz. O registro em prontuário afirma que “Este tipo de resposta relacional do bebê não está adequado a idade corrigida e ainda menos a idade cronológica”. Porém, como se tratava de um bebê prematuro sugeriu-se nova avaliação em um mês.

Com isso o bebê retornou um mês após, estando com 9 meses e 13 dias de idade cronológica e 6 meses e 3 dias de idade corrigida em que foi avaliado pela terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, além da equipe da Pediatria. Na avaliação foi aplicado o IRDI Fase III. Os registros informam que dois indicadores estavam ausentes (18 e 19) e que três deles a mãe respondeu com dúvida (14, 20 e 21), conforme Tabela 5 abaixo:

Tabela 5: Caso 2: Fase III do Protocolo IRDI – Avaliação.

INDICADORES (FASE III) – 8 aos 12 meses incompletos.	PRESENTE	AUSENTE
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	Com dúvida	
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	X	
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	X	
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	X	
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		X
19. A criança possui objetos prediletos.		X
20. A criança faz gracinhas.	Com dúvida	
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	Com dúvida	
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	X	

Fonte: (Kupfer et al., 2008).

No prontuário consta que o paciente não tomou iniciativa de chamar a atenção da mãe ou da avaliadora. Inclusive quando mãe foi convidada a se afastar, o menino não estranhou, não chamou, não chorou. Ele não se deu conta do afastamento da mãe. Nos jogos de imitação, principalmente relacionados ao rosto humano, ele ficou atento, porém não imitou nem solicitou que o gesto reiniciasse quando a avaliadora parou. Ele seguiu objetos com o olhar, porém não a avaliadora. Tranquilizou-se e explorou um objeto entregue pela fisioterapeuta (um crachá) muito rapidamente, de uma forma que

não aconteceu nem com o rosto da mãe ou das avaliadoras (interesse pelo objeto e não pelo rosto humano).

Em avaliação da fisioterapeuta, a mesma registrou que ele apresentou desenvolvimento motor adequado, sustentando-se sentado sozinho, utilizando os membros superiores para alcançar objetos, ficando de gatas e engatinhando. Ficou em pé e deu alguns passos espontaneamente com apoio em base alargada. Este menino foi encaminhado para ser acompanhado pelo ambulatório de Terapia Ocupacional, por ser considerado em risco psíquico.

O paciente retornou com 1 ano e 1 mês de idade cronológica e 9 meses e 26 dias de idade corrigida e foi avaliado pela Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Reaplicado protocolo IRDI Fase III, em que só estava ausente o item 20 (A criança faz gracinhas).

Avaliação foi prejudicada, pois menino estava com febre e muito choroso. Porém observou-se contato visual entre ele e a mãe. Houve uma provocação, por parte do menino, em um jogo de tentativa e negativa para a mãe. Já balbuciava, chamou a avó (bobó) e pai (ta).

Não possuía brinquedo preferido, porém a bola era interpretada pela família como desejo de jogar. Manipulava os objetos concentrando-se e possuía interesse na TV e celular. Nesta avaliação o menino olhou e seguiu a avaliadora em vários momentos. Porém, nesta mesma avaliação, o menino demonstrou muito interesse e concentração em objetos. Apesar de ter sido encaminhado para ambulatório de Terapia Ocupacional, mãe informou que não foi, pois morava em outra cidade.

Retornaram a consulta em que o bebê estava com 1 ano e 4 meses de idade cronológica e 1 ano e 3 dias de idade corrigida. Não foi aplicado protocolo IRDI, e o bebê estava dormindo durante a avaliação. Porém mãe e tia relatam alguns episódios em que o menino responde aos apelos da família, chamar a atenção da família, solicita ajuda, brinca com brinquedos e percebe presença e ausência dos seus familiares.

No relato da terapeuta ocupacional em entrevista, a mesma informa que se encontraram informalmente no corredor do hospital, quando a família estava indo embora, e tentaram uma interação com o menino. Ele estava acordado no colo da mãe. Estava bastante agitado, com um olhar perdido. Que não respondeu aos apelos feitos pelas terapeutas.

Para a Terapia Ocupacional, o menino continua sendo um caso de risco psíquico, porém não houve recurso para produzir uma demanda de avaliação mais aprofundada.

## 2.2 O Resultado do IRDI.

A partir da análise dos prontuários, foi possível identificar que o resultado do IRDI é um indicador de alerta aos avaliadores. Para Kupfer et al., (2009, p. 59), todos os indicadores da Fase I são importantes e a ausência de qualquer um já implica fator de risco psíquico. Para o menino do caso 1, os indicadores 1, 2 e 4 ausentes na Fase I (Tabela 1), são, especificamente, relacionados à posição materna frente ao bebê. Deve-se então considerar o fato de que a mãe estava com o bebê a muito pouco tempo em casa, haja visto que em reavaliação, passados dois meses e 18 dias, o único indicador ausente é o 1. Os indicadores 3 e 5 referem-se à forma como o bebê reage aos investimentos, e, neste sentido, segundo resposta da mãe, o bebê respondia.

Porém o caso agrava-se quando se encontram ausentes os indicadores 7 e 8 na primeira e 7, 8, 10, 11, 13 na segunda avaliação do IRDI Fase II (Tabelas 2 e 3). Nesta fase, dos oito indicadores, seis referem-se a uma atitude da criança e duas da mãe. Destes seis, para o bebê do caso apresentado, cinco estão ausentes. Este resultado, somado a informação de que os terapeutas também não conseguiram contato face a face com o bebê, coloca em destaque o questionamento quanto a seu nível de potencial intersubjetivo.

Quando Kupfer et al., (2009, p.59) apontam que os indicadores 6, 7, 8, 9 (os três primeiros referem-se ao bebê e o 9 ao investimento materno) são os que predizem risco psíquico, e os resultados identificados neste caso são que há risco psíquico, é possível defender-se a necessidade de considerar uma avaliação mais específica e singular sobre cada caso.

No caso 2, todos os indicadores da fase I estão presentes. Na Fase II (Tabela 4) estão ausentes os indicadores 10, 11 e 13, que estão ligados diretamente a relação do bebê com a mãe. Esta fase possui oito indicadores, seis referentes a atitude da criança e duas da mãe. Destes seis, três estão ausentes, mas não são os que pela referência em Kupfer et al., (2009, p. 59) são significantes para predizer risco psíquico. Tendo em vista que na avaliação clínica da terapia ocupacional, consta que o bebê interage com a mãe e terapeutas só ao ser muito solicitado por elas e que a “resposta relacional do bebê não está adequada a idade corrigida e ainda menos a idade cronológica”, segue-se afirmando que a avaliação clínica é um bom caminho para considerar também as informações do IRDI.

Na avaliação do IRDI Fase III (Tabela 5) há dúvida da mãe frente as questões 14, 20 e 21 e ausência nos itens 18 e 19, destes quatro estão ligados a forma como o bebê está se relacionando com a mãe e um deles trata da relação da mãe com o bebê. De um grupo de 9 indicadores, 5 estão ausentes, indicando e vindo ao encontro da avaliação clínica de que o bebê não estava bem. E que na reavaliação identifica-se que só estava ausente o item 20. Considera-se um caso de risco psíquico.

A partir das análises dos casos foi possível identificar que o resultado do IRDI é um indicador de alerta aos avaliadores, que seu resultado preditivo está diretamente ligado a quantidade de IRDIs que estão ausentes e que existe a necessidade de considerar uma avaliação mais específica e singular sobre cada caso avaliado em PSP para que seja feito um encaminhamento adequado.

Com isto, a detecção precoce de risco psíquico, abordada por Jerusalinsky (2018, p. 85) “permite realizar intervenções clínicas no marco da estimulação precoce que favorecem a constituição do bebê e do laço pais-bebê quando estes estão passando dificuldades”. O IRDI faz parte dos “instrumentos que seguem a lógica da detecção precoce para favorecer a constituição psíquica e o desenvolvimento, com sua consequente e necessária assistência” (Ibidem, p. 93).

2.3 A dificuldade na produção relacional pode estar na Conectividade Cerebral e Intersubjetividade.

#### Conectividade Cerebral

Quando se encontra bebês cujas famílias estão investindo, são cuidadosas e amorosas, famílias que buscam o olhar e estimulam o bebê a estarem em relação, mas cujo bebê não responde a este investimento, como são os casos 1 e 2 aqui apresentados, é necessário considerar que algo no bebê não está adequado para que responda. Entre as teorias atuais que discutem os recursos que o bebê possui para se relacionar com o ambiente, está a “conectividade cerebral e a intersubjetividade”.

Para Muratori (2014, p. 12) existem “padrões de ativação funcional” no cérebro de uma criança, que são tanto de conectividades locais quanto em grupos neuronais distantes da região estimulada sensorialmente (exemplo a visão). Estas conexões vão “contribuir para uma estrutura na qual a informação pode ser eficazmente recebida, transmitida e elaborada” (Ibidem, p. 12) pela criança.



As discussões que perpassam as questões de conectividade cerebral, remetem também a problematização sobre desenvolvimento atípico das crianças.

Para Muratori (2014, p. 11) o distúrbio da conectividade neuronal “é caracterizado por um excesso de conexões locais e uma falha nas conexões de maior distância entre diferentes regiões funcionais do cérebro”, resultando em um processo inadequado de recebimento e/ou de transmissão e/ou elaboração de informações. Os estudos seguem tentando identificar se este funcionamento anormal seria por um excesso ou um déficit de conectividade (BELBONTE et al., 2004).

Atualmente, considera-se que a melhor maneira de distinguir crianças de desenvolvimento típico de crianças com autismo, ainda no primeiro ano de vida, considerando o nível de investimento relacional, é o déficit de interesse e de participação social (MURATORI, 2014).

Esta característica aparece nos dois bebês aqui apresentados, ou seja, são bebês que, até o momento, são investidos pela família, porém há pouca resposta aos pedidos familiares. O Caso 1 é bastante evidente, e já preocupava a mãe.

#### A Intersubjetividade

A intersubjetividade foi um conceito elaborado nos anos 70 e coloca que o “interesse social e o diálogo, representam pulsões tão potentes quanto as pulsões de respirar, comer ou sobreviver”(Muratori, 2014, p. 14).

É um “termo que indica aquela particular sintonia entre as expressões faciais, vocais e gestuais dos lactentes e as expressões de suas mães durante a comunicação face a face e que fazem notar na “cria humana” o aparecimento precocíssimo do interesse pelo outro” (Muratori, 2014, p. 12).

Entre as descobertas científicas consideradas fundamentais para a compreensão da intersubjetividade, o conhecimento sobre as bases neurobiológicas dos neurônios de espelhamento foram fundamentais. Localizados no “lobo frontal” (Ferreira et al., 2017, p. 150), é um dos responsáveis pela forma como os humanos se relacionam.

Como explora Muratori (2014) os neurônios de espelhamento são considerados um sistema unitário de observação-execução sendo “um mecanismo neural que torna possível a imitação, simulação das ações, a compreensão das intenções associadas a ações, e a compreensão, por identificação, dos estados emocionais dos outros” (Ibidem, 2014, p.21).

Schultz e Araújo (2015, p. 80) definem quatro principais funções do sistema de neurônio espelho do cérebro humano: compreender ações e intenções realizadas por outras pessoas; desenvolver empatia; desenvolver habilidade de comunicação; aprender por imitação.

Para o PSP, estas informações são fundamentais e fazem parte das orientações aos pais. Foi possível observar em vários registros de prontuários, a orientação aos pais quanto a importância de estimular gestos de “face a face”, além de falar e tocar no bebê.

#### 2.4 O Tratamento em Intervenção Precoce.

O desenvolvimento das conexões cerebrais está fortemente ligado as experiências, por isso é possível afirmar que “o desenvolvimento da criança é absolutamente único enquanto acontecimento baseado num continuo intercambio entre o programa genético e a influência do ambiente” (Muratori, 2014, p.24).

No início da vida dos bebês, o interesse pelas pessoas é desenvolvido através da vocalização entre a mãe e ele. Para a literatura este tipo de diálogo é denominado “manhês”. O manhês é um tipo de fala produzida pelos adultos, dirigida ao bebê, de forma distinta a fala dirigida aos próprios adultos. Possui uma modulação diferente, com picos prosódicos e com intervalos produzidos pela mãe e familiares, na expectativa de identificarem alguma reação no bebê. Segundo Travaglia (2014, p. 266) “convocam e seduzem o bebê, chamam sua atenção[...]”. O bebê afeta e é afetado pela propensão que tem para ouvir o manhês, o que permite a linguagem e a intersubjetividade emergirem.

Considerando este conceito, é importante compreender que o distúrbio da intersubjetividade está na diminuição da atenção pela face humana, que é defeito no processo do sistema social da díade, e na pobreza das interações face a face. Para Belmonte, et al. (2004) os processos integrativos neuronais são desencadeados por registros que incluem “a ligação com feições, seleção de cima para baixo de feições, atenção, processamento da face, excitação emocional e ensaios de memória” (p. 9229).

Isso se qualifica entre os 6 e 9 meses, em que o bebê desenvolve a atenção para objetos e pessoas e já está interessado no jogo compartilhado. Neste período o bebê intercala interesse entre a mãe e objetos específicos (MURATORI, 2014, p.19). Para este estudo, quando o menino do caso 1 é observado, não se identifica nenhuma destas produções.

O bebê do caso 2, mesmo que por diversas vezes estimulado e provocado pela mãe e pelas terapeutas, mostra interesse, mas não o sustenta e quando solicitado não demonstra imitação.

Para os dois bebês apresentados fica como questão importante o fato de que eles apresentam problema em conectividade cerebral, ou seja, é possível identificar que as condições intersubjetivas destas crianças estão prejudicadas.

Para Belmonte, et al (2004, p. 9230) estudos sobre autismo identificam que as áreas corticais mais afetadas “são precisamente aqueles que projetam amplamente, filogeneticamente e ontogeneticamente, regiões de desenvolvimento tardio que são essenciais para funções cognitivas como atenção, comportamento social e linguagem”.

Para Peruzzolo (2017) as experiências psicomotoras do bebê, se tomadas como um diálogo tônico com seus familiares, também é um campo produtivo para qualificar a intersubjetividade, pois coloca o olhar, o falar e o tocar como uma produção que “supõe que o gesto psicomotor pode ser tomado como condição transitória, no percurso do amadurecimento neuronal e na ampliação das experiências instrumentais” de cada bebê (p. 431).

Para Muratori (2014, p. 9) a detecção precoce para risco de autismo é parte fundamental para que “a viabilização das intervenções terapêuticas possam reduzir, de modo significativo, o impacto destes transtornos sobre o desenvolvimento global da criança”. Defende a intervenção precoce, no sentido de que ela é redutora na “gravidade do autismo cuja plena expressão acontece no curso dos três primeiros anos de vida” e que assim, “possa consequentemente evitar o próprio diagnóstico de autismo” (Ibidem, p. 9, p.10).

Seguindo este pensamento, Peruzzolo (2018, p. 411) afirma que “o tratamento em intervenção precoce a partir da clínica psicomotora interfere na produção do sintoma psicomotor, impedindo que ele se instale, ou diminuindo os efeitos iatrogênicos no desenvolvimento do bebê” (PERUZZOLO, et al., 2015).

Peruzzolo (2018, p. 419), destaca que “a intervenção precoce em bebês deve produzir efeitos amplos em todos os aspectos evolutivos e não direcionados a somente um aspecto do desenvolvimento”.

### 3. Considerações finais

Este estudo analisou o uso do IRDI em PSP e identificou que o resultado do IRDI é um indicador de alerta aos avaliadores. Destacou a importância da detecção

precoce de risco psíquico e risco ao desenvolvimento, para que a intervenção aconteça de forma a produzir novas possibilidades a estes bebês e suas famílias. Considerando que foram realizados encaminhamentos pela terapia ocupacional, é de suma importância o comprometimento dos pais e a busca ativa para continuidade e sequencia dos atendimentos e efetividade destes encaminhamentos, visto que alguns deles não se deram com êxito.

Após análise das avaliações do protocolo IRDI, compreende-se neste estudo a necessidade de considerar uma avaliação mais específica e singular sobre cada caso. A avaliação clínica, nestes casos da equipe médica e da terapia ocupacional, demonstra a importância do IRDI na identificação de risco psíquico e de desenvolvimento.

#### 4. REFERÊNCIAS:

- Belmonte, M. K., Allen, G., Mitchener, A. B., Boulanger, L. M., Carper, R. A. & Webb, S. J. (2004). Autism and Abnormal Development of Brain Connectivity. *The Journal of Neuroscience*. 24(42) p. 9228–9231.
- Demartini, A. A. C., Bagatin, A. C., Silva, R. P. G. V. C. & Boguszewski, M. C. S. (2011). Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq. Bras Endocrinol Metab*, vol.55, n.8, pp.534-540.
- Ferreira, V. R. T., Ceconello, W. W. & Machado, M. R. (2017). Neurônios-espelho como possível base neurológica das habilidades sociais. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 23, n. 1, p. 147-159, jan.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(4), 65-71.
- Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 83-99.
- Kupfer, M.C.M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stellin, R., Pesaro, M.E. e Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68.

- Kupfer, M.C.M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stelin,R., Pesaro, M.E. e Lerner, R. (2010). Clinical risk indicators for child development: final results of a psychoanalytical theory-based study. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-52.
- Laznik, M. C. & Parlato-Oliveira, E. (2006). Quando a voz falha. *Revista Mente e Cérebro: a mente do bebê*, (4), 58-65.
- Muratori, F. (2014). O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras. Publicado por Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia. Salvador/BA, 1ª Ed.
- Peruzzolo, D. L. & Souza, A. P. R. (2017). Uma hipótese de funcionamento psicomotor como estratégia clínica para o tratamento de bebês em intervenção precoce. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 427-434.
- Peruzzolo, D. L. (2015). Contribuições à clínica da terapia ocupacional na área da intervenção precoce em equipe interdisciplinar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 295-303.
- Peruzzolo, D. L., Barbosa, D. M. & Souza, A. P. R. (2018). Terapia Ocupacional e o tratamento de bebês em intervenção precoce a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor: estudo de caso único. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 409-421.
- Peruzzolo, D. L., Estivalet, K. M., Mildner, A. R. &Silveira, M. C. (2014). Participação da terapia ocupacional na equipe do Programa de Seguintos de Prematuros Egressos de UTIN's. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Schutz, D. D.&Araujo, R. C. (2015). “Reflexões sobre o estudo dos neurônios espelho e a aprendizagem musical”. *Percepta- revista de cognição musical*. jul/dez: p. 77-92.
- Souza, F. D. A., Cruz, D. M. C., Ferrigno, I. S. V., Tsukimoto, G. R. &Figliolia, C. S. (2013).Correlação entre papéis ocupacionais e independência de usuários com lesão medular em processo de reabilitação. *Mundo Saúde*, v. 37, n. 2, p. 166-75.
- Travaglia, A. A. S. (2014). Autismo e os primórdios da palavra: pulsão invocante, corpo e linguagem. *Estilos clin*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 263-276.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

## 6. ANEXO I- NORMAS DA REVISTA.