

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA

Antônia Motta Roth

**SINAIS DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS NA FAIXA ETÁRIA DE 3 A 9
MESES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS**

Santa Maria, RS
2016

Antônia Motta Roth

**SINAIS DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS NA FAIXA ETÁRIA DE 3 A 9
MESES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: clínica e promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no cuidado à comunicação humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientador: Profa. Dra. Ana Paula Ramos de Souza
Co-orientador: Profa. Dra. Anaelena Bragança de Moraes

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Motta Roth, Antônia

SINAIS DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS NA FAIXA ETÁRIA DE 3 A 9 MESES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS / Antônia Motta Roth.- 2016.

194 p. ; 30 cm

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza

Coorientador: Anaelena Bragança de Moraes

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016

1. Desenvolvimento Infantil. 2. Risco Psíquico. 3. Prematuridade. 4. Autismo I. Paula Ramos de Souza, Ana II. Bragança de Moraes, Anaelena III. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Antônia Motta Roth. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Av. Nossa Senhora Medianeira, n. 1040, Apto. 902 CEP: 97060-002 Santa Maria - RS

Fone (55) 9980-0923.

End. Eletrônico: antoniarmotta@gmail.com

Antônia Motta Roth

**SINAIS DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS NA FAIXA ETÁRIA DE 3 A 9
MESES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS,
SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: clínica e promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no cuidado à comunicação humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Aprovado em 15 de julho de 2016.

Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Anaelena Bragança de Moraes, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)

Márcia Keske Soares, Dra. (UFSM)

Maria Cristina Machado Kupfer, Dra. (USP)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTOS

A construção desse trabalho é resultado da contribuição, apoio e investimento de várias pessoas. Em especial, gostaria de agradecer:

À minha orientadora, professora Ana Paula, pela oportunidade de participar de seu grupo de pesquisa e transmitir seu conhecimento sobre a clínica de bebês sob uma perspectiva nunca antes vista por mim. Agradeço também a gentileza, cuidado e atenção na forma como orientou a escrita desse estudo. Acredito que me tornei uma profissional melhor depois dessa convivência.

Á minha co-orientadora, professora Anaelena, por me ensinar que a estatística também pode ser uma forma interessante de perceber os sujeitos que buscamos compreender.

Ao meu marido Thiago que me acompanhou nessa jornada, me apoiou nos momentos mais difíceis e sempre manteve a calma e segurança necessárias para eu seguir em frente.

Aos meus pais João Luiz e Désirée por acreditarem em mim e me transmitirem o desejo por saber mais sobre a arte, a escrita e o humano.

À minha afilhada Maia por me surpreender a cada dia com sua força, alegria e desejo por aprender mais sobre as coisas do mundo.

Às minhas colegas do grupo de pesquisa que me acompanharam nas coletas, nas discussões e na construção do meu conhecimento. Em especial, agradeço à Inae, colega incansável, uma amiga que levo para a vida.

À secretaria da Pós-Graduação, Adri, por tentar me ajudar a resolver as questões burocráticas que sempre me fazem tropeçar.

Enfim, a todos aqueles que participaram desse percurso, contribuíram para a conquista desse título e são essenciais na minha vida.

RESUMO

SINAIS DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS NA FAIXA ETÁRIA DE 3 A 9 MESES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS

Autora: Antônia Motta Roth

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza

Co-Orientadora: Anaelena Bragança de Moraes

A presente dissertação foi elaborada a partir do questionamento a respeito da possibilidade de detecção precoce de risco psíquico desde a mais tenra idade, sob uma perspectiva psicanalítica, considerando o desenvolvimento infantil enquanto fenômeno global em que o psíquico é um dos pilares estruturantes (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996). Nessa perspectiva, foi desenvolvida uma pesquisa quali-quantitativa, cujos três grandes objetivos foram: analisar a frequência de risco psíquico ou risco ao desenvolvimento em uma amostra de bebês, comparando-os quanto a idade gestacional (prematuridade versus nascimento a termo); analisar e relacionar os resultados obtidos por meio dos IRDIs e dos sinais PREAUT; e verificar possíveis associações entre a presença de risco psíquico e fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. Para tal, foram avaliados 80 bebês, sendo 25 prematuros e 55 a termo entre os três e nove primeiros meses de vida, com o objetivo de avaliar a presença ou ausência de risco psíquico a partir da aplicação dos dois protocolos e da escuta familiar em entrevistas. Em relação aos sinais PREAUT, verificou-se que na avaliação do quarto mês, 15 bebês prematuros (60%) e 27 bebês a termo (49%) apresentaram ao menos um sinal PREAUT ausente. E, na avaliação dos nove meses, o número foi reduzido para seis bebês prematuros (24%) e onze bebês a termo (20%) com ao menos um sinal PREAUT ausente. Dentre as variáveis obstétricas, psicossociais e sociodemográficas que apresentaram valor estatisticamente significativo para o desfecho presença de ao menos um sinal PREAUT ausente, têm-se: a prematuridade, o sexo do bebê, presença de dificuldade alimentar do bebê, o bebê explorar seu corpo e o ambiente a sua volta livremente, a mãe (ou aquele que exerce a função materna) possuir um cônjuge que a apoie e possuir uma atividade profissional. Quanto aos IRDIs aplicados em três momentos distintos, obteve-se frequências distintas em cada fase. Na fase I, obteve-se uma frequência de 14 bebês prematuros (56%) e 25 bebês a termo (45,45%) com ao menos um IRDI ausente; na fase II, os valores reduziram para onze bebês prematuros (44%) e treze bebês a termo (23,64%); e, na fase III, a frequência foi de seis bebês prematuros (24%) e onze bebês a termo (20%) com ao menos um IRDI ausente. Dentre as variáveis obstétricas, psicossociais e sociodemográficas que apresentaram relação com a ausência de IRDIs, obteve-se: o Apgar do 1º, o sexo do bebê, o tipo de aleitamento até o sexto mês de vida, com quem a criança dorme (co-leito), a idade materna, se a mãe (ou aquele que exerce a função materna) possuir um cônjuge que a apoie, bem como se ela possui alguma atividade profissional. Além disso, verificou-se, a partir do coeficiente de concordância kappa, que os dois protocolos, apesar de apresentaram um alto nível de concordância, utilizam diferentes sinais fenomênicos para avaliar a presença de risco psíquico. A presente pesquisa revelou que há uma correlação positiva entre a presença de risco psíquico e ao desenvolvimento infantil em relação às variáveis obstétricas, psicossociais e sociodemográficas. Revelou também a necessidade de utilização complementar do Protocolo IRDI e do Questionário PREAUT, pois permitem verificar, a partir de sinais fenomênicos diferentes, o risco ao desenvolvimento infantil como um todo, para além do risco psíquico,

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Risco Psíquico. Prematuridade. Autismo.

ABSTRACT

SIGNS OF PSYCHOLOGICAL RISK IN BABIES FROM 3 TO 9 MONTHS AND ITS RELATIONSHIP WITH OBSTETRIC AND SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

Author: Antônia Motta Roth
Advisor: Ana Paula Ramos de Souza
Co-Advisor: Anaelena Bragança de Moraes

This work started from a question about the possibility of early detection of psychological risk from a psychoanalytic perspective in an early age, considering the child's development as a global phenomenon in which the psychic is one of the structural pillars (Coriat; Jerusalinsky, 1996). In this perspective, a qualitative and quantitative research was developed, whose three main objectives were to analyze the frequency of psychological risk or risk to development in a sample of infants, comparing them as gestational age (preterm versus full term birth); analyze and relate the results obtained through IRDI and PREAUT protocols; and investigate possible associations between the presence of psychological risk and obstetric, psychosocial and sociodemographic factors. To this end, we evaluated 80 infants, 25 preterm and 55 full term between three and nine months of age, in order to assess the presence or absence of psychological risk from the application of both protocols and family interviews. Regarding PREAUT signs assessment at four months of age, it was found that 15 premature infants (60%) and 27 full term infants (49%) had at least one missing PREAUT signal. And in the PREAUT evaluation at nine months, the number was reduced to six premature infants (24%) and eleven full term infants (20%) with at least one missing PREAUT signal. Among the obstetric, psychosocial and sociodemographic variables that were statistically significant for the outcome presence of at least one missing PREAUT signal, we found: prematurity, baby's gender, presence of baby feed difficulties, the baby been able to explore their body and the environment around, the mother (or who exercises the maternal role) has a spouse that support her and she has any kind of professional activity. As for IRDIs applied at three different times, we obtained different frequencies in each phase. In Phase I, it was obtained a frequency of 14 premature infants (56%) and 25 full term infants (45.45%) with at least one IRDI absent; in phase II, the values reduced to eleven premature infants (44%) and thirteen term infants (23.64%); and in phase III, the frequency was six premature infants (24%) and eleven term infants (20%) with at least one IRDI absent. Among the obstetric, psychosocial and sociodemographic variables that were related to the absence of IRDIs: the Apgar of the 1', the baby's gender, breastfeeding until the sixth month of life, with whom the child sleeps (co-sleeping), maternal age, the mother (or who exercises the maternal role) has a spouse who support her and if her has any professional activity. Furthermore, it was found from the kappa factor that the two protocols showed a high level of agreement using different phenomenal signals to evaluate the presence of psychological risk. This research revealed that there is a positive correlation between the presence of psychological risk and child development in relation to obstetric, psychosocial and sociodemographic variables. also revealed the need of using both protocols in babies evaluations because they check different phenomenal signs to see the risk to child development beyond the psychological risk.

Keywords: Psychological Risk. Child Development. Prematurity. Autism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tabela 1 – Frequência dos bebês a termo e prematuros que apresentaram sinais PREAUT alterados e da pontuação final nas duas fases de avaliação	100
Tabela 2	Frequência dos bebês a termo e prematuros que apresentaram IRDIs ausentes nas três fases avaliadas e da quantidade de IRDIs ausentes em cada um dos grupos, considerando a aplicação dos IRDIs com 18 indicadores	101
Tabela 3	Variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas em relação ao PREAUT avaliado nas duas fases	102
Tabela 4	Variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas em relação aos IRDIs avaliados nas três primeiras fases dos IRDIs	106
Tabela 5	Coefficiente de concordância entre presença de risco a partir dos sinais PREAUT (4 meses) e dos IRDIs da fase I e II	107
Tabela 6	Coefficiente de concordância entre presença de risco a partir dos sinais PREAUT (9 meses) e IRDIs da fase III	108
Tabela 7	Dados obstétricos dos bebês que apresentaram IRDIs e PREAUT alterados na faixa etária dos nove meses	110
Tabela 8	Dados sociodemográficos das mães	111
Tabela 9	Descrição de todos os sinais PREAUT ausentes e todos os IRDIs ausentes dos dezessete bebês que apresentaram risco psíquico na avaliação dos nove meses	112
Tabela 10	Resultados do DENVER II referente à Pessoal-Social (PS) e Linguagem (L) aplicados nos 17 bebês com risco nas três fases de avaliações	144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sinais PREAUT verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês	71
Quadro 2	Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 31 indicadores	75
Quadro 3	Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 18 indicadores	76
Quadro 4	Associação entre indicadores e risco psíquico	77
Quadro 5	Indicadores utilizados na pesquisa a partir dos IRDIs construídos com 18 indicadores	90
Quadro 6	Sinais PREAUT utilizados na pesquisa e verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês	93

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	185
APÊNDICE B	ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL	187
APÊNDICE C	ROTEIRO PARA ENTREVISTA CONTINUADA	189

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A DENVER II 193

SUMÁRIO

1	1 INTRODUÇÃO	11
2	O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SEUS IMPASSES	11
2.1	ASPECTOS ESTRUTURAIS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL ...	16
2.1.1	O aparelho biológico	16
2.1.2	Sujeito psíquico	22
2.1.2.1	<i>A suposição de sujeito</i>	23
2.1.2.2	<i>Alienação à demanda do Outro</i>	25
2.1.2.3	<i>O circuito pulsional</i>	27
2.1.2.4	<i>O estádio do espelho</i>	32
2.1.2.5	<i>As funções parentais</i>	34
2.1.3	Sujeito cognitivo	37
2.2	ASPECTOS INSTRUMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO	40
2.3	RISCO PSÍQUICO E RISCO AO DESENVOLVIMENTO	43
2.3.1	Risco para o autismo	47
2.3.2	A prematuridade como condição de risco ao desenvolvimento e risco psíquico	58
2.3.3	Fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais e as possíveis repercussões no desenvolvimento infantil	63
2.4	ESTUDOS DE DETECÇÃO PRECOCE	66
2.4.1	2.4.1 Os sinais PREAUT	68
2.4.2	Indicadores de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIS)	72
2.4.3	Teste DENVER II	80
3	3 METODOLOGIA	83
3.1	ASPECTOS GERAIS DO DELINEAMENTO	83
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	84
3.2.1	Critérios de inclusão da amostra	84
3.2.2	Critérios de exclusão da amostra	85
3.2.3	Aspectos éticos	85
3.3	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA	86
3.3.1	Instrumentos de coleta	89
3.3.1.1	<i>Entrevistas semi-estruturadas</i>	89
3.3.1.2	<i>Protocolos de Avaliação Padronizados</i>	90
3.3.1.2.1	Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil	90
3.3.1.2.2	Sinais PREAUT	92
3.3.1.2.3	Teste DENVER II	93
3.4	ANÁLISE GERAL DOS DADOS	94
3.4.1	Análise quantitativa	94
3.4.2	Análise qualitativa	96
4	RESULTADOS	99
4.1	RESULTADOS DA ANÁLISE QUANTITATIVA	99
4.2	RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA	109
5	DISCUSSÃO	145
6	CONCLUSÃO	167
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
	APÊNDICES	183
	ANEXOS	191

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi elaborada a partir do questionamento a respeito da possibilidade de detecção precoce de risco psíquico desde a mais tenra idade, sob uma perspectiva psicanalítica, considerando o desenvolvimento infantil sob uma perspectiva psicanalítica, considerando-o enquanto um processo singular de transformação global (CORIAT; JERUSALINSKY, 1997, p. 66), fundamentalmente dependente da complexa relação entre o sujeito bebê (tomado em sua dimensão biológica, psíquica e cognitiva) e sua mãe (ou aquele que garante ao bebê um lugar simbólico do qual é desejado).

A possibilidade de identificar a existência de risco psíquico e ao desenvolvimento, sob tal perspectiva, vem sendo amplamente investigada por pesquisadores como Kupfer (2009, 2008, 2000), Laznik (2015, 2013a, 2013b, 2000), Jerusalinsky (2015, 2010, 2002, 2000), Parlato-Oliveira (2009, 2004), Catão (2015, 2013, 2009), entre outros. Esses autores partem de um olhar psicanalítico para pensar a constituição psíquica a partir da relação que se estabelece entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais, com base no pressuposto de que a linguagem que compartilham é integrante da estruturação do funcionamento do psiquismo e a constituição do psiquismo é entendida como elemento organizador do desenvolvimento infantil em todas as suas vertentes (física, cognitiva, psíquica, linguística, psicomotora...). Nesse sentido, tais estudos têm servido de referência na busca de alternativas para a detecção e intervenção precoces nos casos em que se evidenciam riscos para perturbações da comunicação e da interação em bebês.

Eles assumem a teoria psicanalítica para explicar a constituição subjetiva, primando por uma perspectiva interdisciplinar, pois os sinais utilizados na detecção precoce são de fácil leitura a qualquer profissional de saúde e podem ser inseridos em serviços de puericultura de modo a visualizar como os agentes parentais lançam seus cuidados sobre o bebê, articulando corpo e linguagem, bem como a capacidade do bebê em apropriar-se do que lhe é transmitido e responder a tal apelo a partir do seu aparato sensorio-motor, o que alguns autores das neurociências chamam de intersubjetividade inata ou primária (GOLSE, 2013; TREVARTHEN; DALEFIELD-BUTT, 2013).

A comunicação que se estabelece entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais tem papel fundamental na qualidade do vínculo e na constituição psíquica do bebê, pois é por meio dela que se dá o processo de aquisição da linguagem, que permitirá ao bebê assumir uma posição discursiva (RAMOS; FURTADO, 2007), ao mesmo tempo em que possibilita a transmissão de uma herança simbólica por parte dos seus cuidadores. Nesses

termos, o bebê é falado por seus pais a partir de um lugar simbólico para, gradativamente, assumir uma posição discursiva e falar em nome próprio.

Abordando a dimensão constitutiva da linguagem, Kupfer e Voltolini (2005) afirmaram que a experiência de um sujeito psíquico pode ser verificada a partir de sinais fenomênicos, isto é, efeitos indiretos que a linguagem produz. Para tanto, torna-se necessário estabelecer indicadores que traduzam tais sinais.

Nesse cenário interdisciplinar, a presente dissertação visou analisar a relação que se estabelece entre aqueles que exercem a função parental e seu bebê, a partir de indicadores presentes em dois instrumentos de detecção precoce de risco psíquico, os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e o Questionário PREAUT. Na pesquisa, participaram bebês nascidos prematuros e a termo, investigados no projeto “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com o risco psíquico: da detecção à intervenção”, cuja responsável é a orientadora desta dissertação.

O referido projeto, presente no segmento de prematuros de um Hospital Universitário e na puericultura de uma Unidade Básica de Saúde, também abrange a Pesquisa PREAUT Brasil, intitulada “Perturbações precoces da comunicação e da interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental na primeira infância” (registro GAP/CCS 032477). Esta pesquisa objetiva avaliar a aplicação na realidade brasileira de uma metodologia para detecção de riscos da comunicação e da interação que possa ser usada pelos profissionais da área da saúde nos serviços públicos de atendimento à criança de zero a dois anos em suas consultas de rotina para a detecção precoce de risco de autismo (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015). Prevê-se a conclusão de tais pesquisas em maio de 2017, quando se terá o desfecho de todos os bebês aos dois anos.

A motivação para participação nessas pesquisas e para a proposição desta dissertação provém de pesquisas desenvolvidas pelo nosso grupo de pesquisa (NIDIP-UFSM: Núcleo interdisciplinar de detecção e intervenção precoces), desde 2010, tais como na relação entre IRDIs e alterações de humor materno (PRETTO-CARLESSO, 2011; BELTRAMI, 2011); IRDIs e linguagem (CRESTANI, 2012; FLORES, 2012; OLIVEIRA, 2013; VENDRÚSCOLO, 2014), bem como as interferências de fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos como elementos de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil (CRESTANI, 2012). Essas pesquisas utilizaram como instrumento os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (KUPFER et. al., 2009) em conjunto com avaliações de linguagem e alimentares a partir do campo fonoaudiológico, e

avaliações dos estados emocionais maternos e exercício das funções parentais a partir do campo psicológico. A escolha pela versão reduzida dos IRDIs considerou a análise multifatorial da pesquisa multicêntrica do Ministério da Saúde de KUPFER et al. (2008) apresentada na escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Esses estudos evidenciaram relações estatisticamente significativas entre o desenvolvimento psíquico e a emergência de aspectos instrumentais do desenvolvimento do bebê. Algumas questões ainda carecem de mais pesquisas especialmente se for considerada a correlação risco ao desenvolvimento ou psíquico e a prematuridade, ou outros aspectos do desenvolvimento não investigados na pesquisa anterior, como aspectos psicomotores, detalhamento de aspectos sociodemográficos e obstétricos, entre outros.

Além disso, a continuidade da pesquisa pretende inserir os sinais PREAUT enquanto uma proposta que se propõe a ser mais específica e sensível à detecção de risco para autismo (OUSS et al., 2014), pois é hipótese deste estudo que tais instrumentos podem ser complementares e podem motivar equipes de saúde a encaminhar bebês para uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista psicanalítico ou de outros aspectos do desenvolvimento. As pesquisas anteriores, realizadas por nosso grupo, demonstraram que os IRDIs são sensíveis não apenas ao risco psíquico, mas ao desenvolvimento infantil num sentido mais amplo (KUPFER et al., 2008), enquanto se sabe que os sinais PREAUT buscam uma sensibilidade e especificidade maior para o risco de evolução para um quadro de autismo.

Outra hipótese é de que, apesar dos padrões genéticos descritos para o autismo (TREVARTHEN; DALEFIELD-BUTT, 2013), possam existir tanto nos casos de risco para autismo, quanto nos demais casos de risco psíquico ou ao desenvolvimento, a influência de variáveis sociodemográficas e obstétricas, tendo em vista os resultados de estudos anteriores realizados pelo nosso grupo, bem como a observação importante realizada por Kupfer (2000) acerca do fato de que a admissão de que há uma causa genética para o autismo não minimiza a possibilidade de interferência de fatores familiares de origem psicossocial no desenvolvimento infantil. Por isso, a importância de serem analisadas as variáveis ambientais nos estudos de risco psíquico e ao desenvolvimento.

A partir de tais considerações, os três grandes objetivos desta pesquisa foram analisar a frequência de risco psíquico ou risco ao desenvolvimento em uma amostra de bebês, comparando-os quanto a idade gestacional (prematuridade versus nascimento a termo); analisar e relacionar os resultados obtidos por meio dos IRDIs e dos sinais PREAUT; e

verificar possíveis associações com fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais com a presença de risco psíquico.

Para fundamentar teoricamente a pesquisa nesta dissertação, inicia-se pela explanação sobre os aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996), com enfoque maior à dimensão psíquica. A seguir, são apresentadas algumas questões relacionadas aos riscos ao desenvolvimento, discutindo mais profundamente o autismo e a prematuridade, e os aspectos sociodemográficos e obstétricos mais comumente percebidos como fatores de risco em diversos estudos. Num terceiro momento, serão abordados os instrumentos utilizados nesta dissertação que permitem a verificação de sinais que podem demonstrar impasses no processo de constituição psíquica ou no desenvolvimento. Será apresentado também o Protocolo DENVER II, tomado enquanto exemplo de protocolos que se voltam mais aos aspectos neuropsicomotores do desenvolvimento.

2 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SEUS IMPASSES

O desenvolvimento infantil é objeto de investigação de diversas especialidades do campo da saúde, dentre elas a Psicologia, a Fonoaudiologia, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Medicina. Independente da ótica sobre a qual lançam seu olhar sobre o tema, os diferentes profissionais dessas especialidades concordam que a investigação a respeito do bebê envolve uma série de fatores, incluindo a relação dialética que se estabelece entre ele e seu principal cuidador, geralmente a mãe.

Para além dos aspectos orgânicos e de uma perspectiva focada na lógica cronológica com fins de atingir marcos evolutivos, torna-se fundamental pensar a natureza da relação que se estabelece entre o sujeito bebê e o Outro Primordial. Outro que lhe confere um lugar simbólico no seio familiar e que, num primeiro momento, aliena-o em seu desejo para, posteriormente, o bebê construir (ou não) um lugar para si para será explicado na seção sobre o sujeito psíquico.

O conceito de “sujeito” é tomado aqui a partir da lógica do desejo, isto é, um humano que, tomado pelo desejo do Outro (mãe ou outro cuidador que sustenta a função desejante) e, inicialmente submetido inteiramente a ele, constrói seu próprio lugar pautado pelo que a estrutura familiar e seus recursos biológicos lhe oferecem (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

Coriat e Jerusalinsky (1996), ao pensarem o desenvolvimento do bebê salientam que, nos primeiros meses de vida e em virtude de sua imaturidade estrutural, a possibilidade de distinção entre os aspectos estruturais do sujeito e os instrumentos dos quais este se vale para realizar seus intercâmbios com o meio são de difícil diferenciação. Entretanto, para fins didáticos, optou-se por analisá-los separadamente, apresentado alguns conceitos que podem elucidar na compressão do desenvolvimento infantil em suas diversas dimensões.

Em termos estruturais, é indiscutível que o ato de sucção quando o bebê é amamentado apresenta uma dimensão biológica (objetivando sanar a fome), uma dimensão psíquica (envolvendo uma carga libidinal que define uma relação objetal) e uma dimensão cognitiva (pois se trata de um processo de adaptação que permite uma especialização gradual). Ao mesmo tempo, o ato de sucção também apresenta uma dimensão instrumental na medida em que o instrumento do ato é a boca e todo o seu sistema neuromuscular correlativo (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

Mesmo sabendo dessa complexidade e, compreendendo que a separação entre as dimensões biológica, psíquica e cognitiva é apenas didática, buscou-se apresentar os aspectos

estruturais e instrumentais separadamente, interligando-os com o objetivo de ilustrar o desenvolvimento enquanto processo global, explorando mais minuciosamente o processo de constituição psíquica, objeto da presente investigação.

2.1 ASPECTOS ESTRUTURAIS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Os aspectos estruturais constituem o sujeito bebê e podem ser diferenciados entre: o aparelho biológico, especialmente o Sistema Nervoso Central (SNC) com sua carga genética e sua plasticidade neuronal, o sujeito psíquico e o sujeito cognitivo. São os aspectos que, apesar de serem aqui diferenciados, no desenvolvimento do bebê, aparecem intimamente imbricados, retroalimentando-se e viabilizando que o mesmo experiencie o mundo a partir da relação com a mãe ou seu substituto (FOSTER; JERUSALINSKY, 1999).

Esses sistemas condicionam e situam a modalidade e o lugar desde o qual o bebê estabelece suas relações, a partir de uma tripla resolução simultânea: preservar o equilíbrio biológico, isto é, a integridade física; determinar um lugar simbólico no seio familiar, desde onde o bebê responde e se relaciona; e, potencializar os sistemas de adaptação, possibilitando-lhe o processo de aprendizagem.

Por isso, quando se evidencia uma perturbação no desenvolvimento, novos olhares dirigem-se imediatamente a essas estruturas básicas. Apesar de, na presente explanação teórica, haver um aprofundamento teórico mais consistente a respeito da dimensão psíquica, a seguir, apresenta-se uma leitura interdisciplinar dos fatos, a partir de alguns conceitos, considerando também os aspectos biológicos e cognitivos.

2.1.1 O aparelho biológico

O aparelho biológico envolve o repertório genético (ANOKHIN, 1964) com a qual a criança nasce e as questões de maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) e do desenvolvimento físico (JERUSALINSKY, J., 2015). Nesse processo, o bebê parte de uma constituição neurofisiológica inicial, regida por reflexos e movimento involuntários em direção à atos e gestos intencionais cada vez mais complexos (PIAGET, 2008), impulsionados por um desejo de relacionar-se com sua mãe e o meio. Anokhin (1964) assinala que o recém-nascido é um sistema genético ocupado em completar o desenvolvimento fracionado do sistema nervoso central, no qual se antecipam certos mecanismos (chupar, sucção, preensão)

enquanto absorve a influência do ambiente e ao mesmo tempo o constrói, pois evoca na mãe suas reações infantis arcaicas, mobilizando o ambiente familiar e gerando uma reestruturação.

Segundo o criador da neurociência moderna, Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), essa constituição neurofisiológica inicial é constituída por uma rede de células nervosas individuais interconectadas, cujos neurônios, células neuronais, são conectadas entre si a partir de sinapses. Essas estruturas especializadas recebem, armazenam e processam os impulsos nervosos entre neurônios (receptores sensoriais) ou entre neurônios (efetores do movimento e das ações) e músculos (COSTANZO, 2014). Nesse processo, para além da especialização de cada célula em sua individualidade, o que se coloca como questão são os circuitos específicos que estabelecem (JERUSALINSKY, D., 2015, p. 181).

Os reflexos e movimentos involuntários do bebê recém-nascido, resultado das estruturas especializadas elementares, são de fundamental importância no desenvolvimento da criança. A partir da experiência com a mãe e da interpretação que ela oferece a esses movimentos involuntários – traduzindo ao bebê sua própria ação – circuitos cada vez mais específicos no SNC se estabelecem, transformando tais movimentos em atos intencionais. Nesse ato de significação, estabelece-se o diálogo mãe-bebê necessário à sua constituição psíquica. Ou seja, é possível transformar o corpo reflexo em corpo diálogo (YAÑES, 1996, p. 34).

Foster e Jerusalinsky (2007, p.275), assinalam, além dos reflexos arcaicos, quatro outros engramas constitucionais que incidem no laço mãe-bebê desde os primeiros tempos e se tornam foco de observação para antecipar possíveis dificuldades: o tônus muscular, os sistemas posturais, a gestualidade reflexa e os ritmos biológicos.

- Reflexos arcaicos: podem ser corticalizáveis ou os que se mantêm por toda vida, em nível subcortical, tais como os relativos à respiração e à circulação sanguínea, isto é, todos os neurovegetativos e os reflexos musculares, superficiais e profundos. Os reflexos corticalizáveis, após um período de exercício de poucos meses, perdem seu caráter automático, servindo de molde sobre os quais se estruturam os processos de aprendizagem inicial e atividade psicomotora primária, integrados à atividade voluntária que depende do córtex cerebral. A atividade reflexa, desencadeada pelas ações da mãe, produz uma maior adaptação às situações a partir da repetição. Dessa forma, surge um circuito que se retroalimenta em que “se modifica a integração da resposta do filho e o que significa a criança para sua mãe” (p. 276).

- **Tônus muscular:** tende ao ajuste das posturas e da atividade espontânea, determinando uma atividade geral do bebê frente a si mesmo e em relação ao mundo que lhe circunda. Influencia e rege aspectos de sua conduta, tais como possibilidade de exploração do ambiente e interação social. Em relação às sensações que lhe darão prazer ou dor, existem mecanismos automáticos de variações tônicas que lhe protegem. Dessa forma, dor e mal-estar, resultam em um aumento do tônus muscular, ao passo que as sensações de prazer desencadeiam o relaxamento muscular.
- **Sistemas posturais:** as distintas posturas e atitudes correspondem às diferentes etapas maturativas. A mãe registra e traduz as atividades que supõe que seu bebê esteja preparado para realizar como, por exemplo: a idade em que se senta e começa a comer alimentos sólidos.
- **Gestualidade reflexa:** refere-se às atividades que a criança executa em resposta a estímulos prazerosos como, por exemplo: o primeiro choro quando nasce ou o sorriso que expressa enquanto dorme após a mamada. Esses reflexos, em pouco tempo, adquirem significado social. Dentre eles, os autores salientam, por exemplo: o choro, o sorriso, os gestos faciais e corporais que acompanham posteriormente a palavra.
- **Ritmos biológicos:** São movimentos que marcam a alternância dos cuidados maternos ao seu bebê e contribuem para organizar e manter o equilíbrio da relação entre ambos. São basicamente: sono-vigília, fome-saciedade, ritmos de evacuação.

Ajuriaguerra (1976) assinala o conceito de diálogo tônico para sintetizar a natureza significativa do intercâmbio corporal direto entre as modulações afetivas entre mãe e bebê evidenciando esse diálogo que se constrói entre os reflexos e movimentos involuntários do bebê e os cuidados maternos a partir da sua modulação de voz. Nele, o bebê responde com atitudes tônicas e sua mãe o interpreta, inserindo-o na linguagem e traduzindo suas manifestações à estados emocionais.

Para Golse (2013), quando nasce, o bebê adentra um mundo já habitado pela linguagem, portando apenas uma neurofisiologia inicial e uma subjetividade primária. Para apropriar-se deste mundo, a partir de sinapses e memórias sensório-motoras, este infans precisa de um corpo e de um outro que que lhe invista libidinalmente. Seria, a partir dessa comodalização perceptiva que, posteriormente, surgiria uma subjetividade secundária.

Ainda, em termos neurofisiológicos, Diana Jerusalinsky (2015) traduz a passagem de um corpo reflexo a um corpo diálogo, a partir de uma compreensão do funcionamento

cerebral. Segundo a autora, o cérebro humano, sistema fundamentalmente capacitado para receber informações a partir da experiência (mediada pela linguagem), apropria-se delas, elaborando novos comportamentos. Essas impressões deixadas (impressões mnêmicas) é o que se denomina de aprendizagem. Tal processo, por sua vez, só é possível, graças ao potencial da plasticidade neuronal e das conexões sinápticas estabelecidas no SNC.

É possível evidenciar no SNC os hemisférios cerebrais, estratégicos na constituição do sujeito cognitivo e psíquico, por serem responsáveis pela percepção, pelas funções motoras superiores, pela cognição, pela memória e pelas emoções (COSTANZO, 2014). Os hemisférios cerebrais, ou ainda, o cérebro (ROTTA et al., 2016), ainda estão em formação em um bebê recém-nascido. Por esse termo, Laznik (2013a) salienta o conceito de cérebro social para tratar de regiões específicas que são acionadas na interação e se estruturam nos primeiros anos de vida a partir dos estímulos. Dentre elas, ressalta-se:

- O Córtex cerebral: A atividade deste se impõe sobre as estruturas reflexas subcorticais (atos reflexos) e as coloca a seu serviço (FOSTER; JERUSALINSKY, 2007). Representa a superfície dos hemisférios cerebrais, dividida em quatro lobos:
 - Lobo frontal: Responsável por todo o planejamento e ação dos movimentos do corpo, pela elaboração do pensamento criativo e abstrato, juízo de valor, controle do humor, dos impulsos e o controle de todas as situações que envolvem a relação entre a pessoa e o ambiente. Nele, inclui-se o córtex motor (aprendizagem motora, controle e coordenação da motricidade voluntária) e o córtex pré-frontal (decisão da sequência de movimentos a serem ativados, pensamento criativo e abstrato, fluência do pensamento e da linguagem, capacidade de estabelecer relações afetivas, julgamento social, vontade e determinação, além da atenção seletiva). No giro frontal inferior encontra-se a área de Broca, responsável pelo planejamento da fala.
 - Lobo parietal: Basicamente sensitivo, responsável pela sensação de dor, tato, gustação, temperatura, pressão. É sub-dividido em anterior e posterior. Na porção anterior, evidencia-se a percepção de estímulos obtidos com o meio externo que geram sensações como tato, dor e calor. A área posterior, por sua vez, interpreta e integra as informações recebidas pela anterior, permitindo ao indivíduo se localizar no espaço e reconhecer objetos.
 - Lobo temporal: Também é eminentemente sensitivo e tem várias funções de aprendizado relacionados à audição, olfato, linguagem compreensiva, comportamento, emoções e memória. A porção anterior está relacionada com o olfato, com as emoções

e o comportamento, bem como fenômenos de memórias antigas. Por outro lado, a porção lateral está mais relacionada à memória recente e envolvida na vida da relação social, visto que recebe as informações auditivas relacionando-as com o reconhecimento de rosto.

- Lobo occipital: Eminentemente sensitivo, relacionado principalmente com a visão. Responsável pelo processamento de todo o aprendizado de conteúdo visual.

- Os núcleos de base: Recebem os impulsos de todos os lobos do córtex cerebral e os projetam até o córtex frontal, onde participam da regulação do movimento.
- O hipocampo e a amígdala: Fazem parte do sistema límbico. O hipocampo participa da memória; a amígdala está envolvida com as emoções.

Ressalta-se ainda a descoberta dos neurônios espelho em 1994 pelos neurocientistas Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi e Vittorio Gallese. Tal descoberta pôde constatar que a percepção visual inicia uma espécie de estimulação ou duplicação a partir da observação das ações dos outros, pois estas são as mesmas regiões acionadas durante a própria ação do indivíduo. Evidenciou-se que os neurônios espelhos reagem a um grande espectro de movimentos diferentes, entretanto, a possibilidade da ativação das regiões cerebrais depende do reconhecimento, por parte do sujeito, da ação que se está observando. Diante dessa realidade, os neurônios espelho permitem prever as intenções alheias, iniciativa fundamental na interação social (LAMEIRA, 2006).

Essa possibilidade de reconhecimento, por parte do sujeito, da ação observada é evidente desde os primeiros momentos após o nascimento do bebê. Segundo, Nagy e Molbarb (2013, p.60), “a imitação neonatal é uma das mais complexas habilidades sociais que constituem uma intersubjetividade inata”, incluindo a possibilidade de expressões emocionais, preferências por rostos humanos, bem como a identificação e preferência da voz, rosto e odor materno. Em pesquisa recente, os pesquisadores acompanharam 45 recém-nascidos saudáveis, de gestação a termo, com idades variando entre 3 a 54 horas, com o objetivo de explorar a interatividade natural de imitação neonatal usando medidas comportamentais (protusão da língua a partir da mesma ação do examinador) quanto psicofisiológicas (batimento cardíaco). Como resultado, constatou-se que dos 45 recém-nascidos, 35 imitaram a ação do examinador, copiando-o e 17 mostraram atos de provocação, iniciando a interação. Essas evidências assinalam a atividade dos neurônios-espelho desde a mais tenra idade e permitem aos autores

lançarem a hipótese de que “a imitação é provavelmente um comportamento especialmente motivado” (p. 72).

Dessa forma, percebe-se que, a maturação orgânica, aliada ao estímulo do meio, viabiliza o desenvolvimento. Tais conquistas podem ser percebidas nos marcos evolutivos como os aspectos psicomotores (como sentar, rolar, engatinhar, caminhar, etc) e linguísticos (compreender a fala, produzir primeiras palavras e frases, etc). Entretanto, para que tais marcos sejam alcançados, é necessário que haja uma articulação entre o aparelho biológico e o meio.

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da epigenética, ao confirmar que a atividade celular, dentre elas os neurônios, não depende somente da sequência de DNA. Evidencia-se que o DNA programa a síntese das proteínas, entretanto a intensidade como ocorre essa transcrição de informação genética é influenciada por numerosos fatores ambientais (Gonon, 2015). Logo, a epigenética consiste em estudar as alterações das atividades dos genes que não são decorrentes das variações das sequências do DNA, mas sim: “os mecanismos moleculares que explicam que um fator ambiental, (...) possa acarretar modificações profundas, duráveis e, às vezes transmissíveis à geração seguinte, na atividade gênica” (GONON, 2015, p. 205).

Percebe-se desse modo que a potencialidade para o desenvolvimento de comportamentos sociais, só pode evoluir a partir de situações interativas vivas (MURATORI, 2014, p. 18), resultando em efeitos sobre a constituição genética. E os efeitos ambientais na constituição genética marcam o desenvolvimento global em suas diferentes esferas, pois a “organização do funcionamento mental é um efeito da interação entre as condições genéticas e/ou neurológicas e o meio circundante” (JERUSALINSKY, A., 2015, p. 39).

A seguir, apresenta-se, a partir de uma perspectiva psicanalítica, uma hipótese a respeito da constituição psíquica visando esclarecer o que impulsiona o sujeito a desejar constituir-se e desenvolver-se, repercutindo diretamente no seu desenvolvimento biológico e no cognitivo.

2.1.2 Sujeito psíquico

Em sua vasta construção teórica, Sigmund Freud (1856-1939), criador da teoria psicanalítica, lançou uma nova leitura a respeito do ser humano e dos processos que regem o aparelho psíquico. Pervertendo a lógica cartesiana vigente no início do século XX, Freud lançou uma teoria de que o que impulsiona a razão humana, isto é, o cógito, são seus desejos mais íntimos. Desejos estes, delineados desde a infância, a partir da natureza que rege as primeiras relações de afeto.

Jacques Lacan (1901-1981), na década de 1950, amplia a construção teórica freudiana, nomeando conceitos fundamentais que até então estavam implícitos, retificando o campo teórico psicanalítico. Desse modo, conceitos como sujeito, Outro, estágio do espelho, objeto a, entre outros, fundamentais para a compreensão da constituição psíquica, são delineados.

Nessa perspectiva, desde o nascimento, a mãe, na condição de Outro primordial, empresta significantes estruturantes do seu aparelho psíquico, evidenciando o processo de alienação “nos significantes do Outro, ao poder da palavra do Outro sobre o sujeito” (CATÃO, 2009, p. 57). É, então, a partir desse endereçamento por meio dos cuidados maternos afetuosos, do olhar, do toque, do manê e de uma posição subjetiva capaz de antecipar as produções do bebê, que o bebê vai sendo constituído enquanto sujeito e tem sua existência transformada em história.

Este processo também é marcado pela organização do circuito pulsional que se estabelece, a partir de diferentes registros: a oralidade, o olhar e a voz (CATÃO, 2009). Esses registros possuem importante papel na articulação corpo e linguagem, o que permite a entrada do bebê no campo dos significantes do Outro e, conseqüentemente, na linguagem. Tal como esclarece Lacan, o sujeito não nasce ou se desenvolve e também não é inato, mas é concebido no campo da linguagem (CABAS, 2009). A partir desse encontro com o Outro, o bebê garante a sua passagem de puro Real a um corpo simbólico, imerso na linguagem (ELIA, 2004).

Em relação ao corpo simbólico, Cabas (2009, p. 121) pontua que, a percepção de um eu (moi) tem caráter de interpretação, trazendo como consequência a cristalização de uma configuração subjetiva. Mas diante de tal situação, o bebê não é passivo, sendo assim fundamental para que haja a constituição de um sujeito psíquico, juntamente com a construção de uma imagem corporal, que seu potencial biológico e cognitivo acompanhe tal evolução. Para que haja a possibilidade do bebê explorar o mundo, repercutindo diretamente

em sua maturação biológica e no desenvolvimento de processos cognitivos cada vez mais complexo, é fundamental que algumas operações psíquicas ocorram:

- Num primeiro momento, e a partir dos cuidados necessários ao bebê, que aquele que exerce a função materna suponha um sujeito ali onde o bebê se apresenta como pura insuficiência biológica e cognitiva, sendo capaz de lançar-lhe uma demanda, alienando-o em seu desejo;
- Que, a partir da alienação, onde há o enlaçamento nos significantes do campo do Outro, haja o fechamento do circuito pulsional;
- Simultaneamente, que haja um terceiro, exercendo a função paterna, promovendo o corte, a separação entre o bebê e sua mãe; e
- Que a criança ao lançar-se sobre no estágio do espelho, seja capaz de construir uma imagem ortopédica de um corpo próprio, reconhecendo-se enquanto um eu (moi).

Nesses termos, a operação fundante do sujeito é a alienação nos significantes do campo do Outro que lhe lança uma demanda. Em contrapartida, é necessário que haja um processo de separação a partir da inserção de uma instância terceira que exerce a função paterna, permitindo assim que, posteriormente, o bebê possa distanciar-se do desejo materno, encontrando um espaço desde o qual possa falar sobre si e construir um sentido próprio para suas sensações e o mundo que lhe rodeia. Aliado a tais processos, o bebê se depara com o estágio do espelho. Antecedente a própria maturação fisiológica e motora, a partir de então, o bebê constrói uma imagem corporal que lhe permite explorar o mundo que o circunda enquanto exterioridade de si. Pode-se perceber a importância da estruturação subjetiva para o desenvolvimento biológico e cognitivo do bebê. A seguir, essas operações psíquicas fundamentais são mais profundamente exploradas.

2.1.2.1 A suposição de sujeito

Desde o seu nascimento, ainda quando seu corpo apresenta-se como pura insuficiência, o bebê é tomado no discurso materno por uma rede de significantes que lhe estruturam. Mesmo diante de sua insuficiência biológica, a partir de então, sua mãe antecipa um sujeito, amarrando o pequeno corpo do bebê à formações simbólicas, contornando suas bordas e seus limites e apostando que, futuramente, essa unidade lhe permitirá relacionar-se com o mundo (JERUSALINSKY, J., 2011).

Segundo Lacan (1979), para que haja a constituição do sujeito (psíquico) é essencial que o bebê encontre-se em relação com um Outro encarnado (a mãe ou aquele que sustenta a função desejante) mediado pela palavra. Esse encontro, essa entrada no campo simbólico, “custa-lhe o preço da alienação aos significantes do Outro” (CATÃO, 2009, p. 57).

O conceito de Outro, é introduzido por Lacan (1955) para explicar a relação de alteridade fundamental que rege as relações entre os homens. Salientando que na linguagem, é do Outro que se trata. A linguagem marca essa ambiguidade constituinte, pois, ao mesmo tempo em que permite ao sujeito estabelecer relações com um outro, seu semelhante, constituindo uma imagem de eu (moi), a partir de identificações imaginárias, em paralelo, legitima a existência do Outro.

É, portanto, em relação à linguagem que o simbólico e o imaginário podem se diferenciar. Além disso, é também a partir da ordem definida pelo “muro da linguagem”, tal como define Lacan (1955), que o imaginário toma sua falsa realidade de uma imagem especular de eu (moi), diante do espelho. Logo, o eu, o outro, o semelhante, são todos elementos imaginários organizados pela linguagem.

Lacan (1955) diferencia o sujeito (je) do eu (moi), para marcar a diferença entre a dimensão simbólica e imaginária. O eu refere-se a uma construção imaginária, tal como mencionado anteriormente, resultado de uma série de identificações com o outro, seu semelhante. Essa imagem especular de um eu unificado se constitui a partir do estágio do espelho, como será exposto a seguir. Por esse motivo, a noção de eu é fundamental para a constituição dos objetos. O sujeito, por sua vez, é percebido não em sua totalidade, mas sim em sua abertura, separando-se do Outro pelo muro da linguagem, pelo simbólico.

Crespin (2013) assinala que o sujeito (S), após seu ingresso no campo da linguagem, torna-se barrado \$, isto é, portador da barra que o lança na dialética do desejo, separando-o simbolicamente do objeto. Nessa operação, o objeto é perdido e o sujeito \$ carregará para sempre a marca dessa ausência, dessa falta.

Nessa perspectiva, o Outro pode ser entendido como a estrutura da linguagem anterior e exterior ao sujeito, sendo necessário que um outro, semelhante, o materialize, endereçando um desejo a ele para que possa constituir-se enquanto falasser (parlêtre) (JERUSALINSKY, J., 2011). A partir do endereçamento de um desejo, a mãe, ao ocupar o lugar de Outro, apresenta a falta que o infans será chamado a suturar de diferentes formas. Catão (2009, p. 57) sinaliza que a “estruturação psíquica da criança, ou seja, a constituição das possibilidades de ali haver sujeito dependerá do modo do outro (Outro) lidar com sua própria falta”.

Essa falta refere-se à falta estrutural de inscrição do objeto de desejo no inconsciente, pois, o objeto de desejo do sujeito é faltoso por natureza, perda constituinte que marca a entrada do infans no campo da linguagem. Nesses termos, o desejo é causado por um objeto que falta e, como tal, é responsável pelo advento do simbólico (JORGE, 2008).

No campo do psíquico, o que se desenvolve são as funções articuladas em torno do objeto faltante. E as cadeias significantes que partem do discurso parental vão contornando este objeto pulsional que, enquanto vazio, só é captado parcialmente quando em seu contorno. O contorno demarca as bordas desse vazio, organizando o corpo a partir dos órgãos onde se produziu a falta do objeto: no olhar do Outro escavou o contorno do objeto faltante; no buraco da analidade, o excremento foi tomado como presente pela mãe; na boca, faltou o seio como dom do Outro primordial, na orelha, faltou a voz que foi o canto (JERUSALISNKY, J., 2011).

Tal como situa Laznik (2000), nos casos dos bebês posteriormente diagnosticados autistas, percebe-se uma dificuldade de erotização das partes do próprio corpo. Para o bebê que se tornará autista, sua mão é sugada com a mesma veemência que qualquer outro objeto inanimado ao seu redor. Nesse momento, percebe-se a importância da nomeação materna das manifestações do bebê e das partes do seu corpo para que ele avance a uma etapa seguinte onde descobrirá o que lhe é externo.

Nesses termos, entende-se que a constituição do sujeito psíquico, ou melhor, do sujeito de desejo, dá-se a partir de uma operação em que o infans ingressa no campo da linguagem, ao preço de sua alienação ao desejo inconsciente do Outro e que haja um terceiro capaz de promover uma separação que impulsiona o sujeito à lançar-se em sua própria enunciação (SIBEMBERG, 2015).

2.1.2.2 Alienação à demanda do Outro

A relação que se estabelece entre uma mãe e seu bebê não é garantida por um saber instintual, nem erudito ou, muito menos, convencionado a respeito dos cuidados básicos que necessitam um recém-nascido. O que garante essa relação é um laço simbólico. Esse laço se refere ao fato de que, juntamente com os cuidados que a mãe dirige ao bebê para sanar suas necessidades, uma série de operações garantem a constituição psíquica do recém-nascido. Para tal, é imprescindível a aceitação, num primeiro momento, da alienação ao campo do Outro.

A partir da leitura lacaniana, Laznik (2013a) propõe subdividir a operação de alienação em três tipos, a saber:

- Alienação imaginária: em que o bebê se percebe como sendo constituído a partir do olhar do Outro. Trata-se de um engodo necessário, fundador do eu (moi), como instância psíquica. Aqui, ressalta-se a dimensão do Estádio do Espelho;
- Alienação real: é quando o bebê se faz objeto da pulsão do Outro no real. Aqui, ressalta-se a dimensão do fechamento do circuito pulsional;
- Alienação simbólica: estabelecida pela possibilidade de uma protoconversaçoão entre mãe e bebê, na qual a mãe, valendo-se do manhês, fala em nome de seu bebê, encantando-o com sua musicalidade e introduzindo-o no campo da linguagem.

Desse modo, a operação de alienação, constituinte do sujeito, só estará completa com a instauração do terceiro tempo do enlaçoamento da pulsão, que instala a alienação em sua dimensão real, como será discutido na próxima seção.

Lacan (1964) lança mão da teoria dos conjuntos para introduzir as duas operações essenciais que articulam a relação do sujeito com o Outro: alienação (reunião) e separação (intersecção). A alienação condena o sujeito a só aparecer no seu início no campo do outro (o sujeito se vê), de um lado como sentido, como significação. Ele se aliena na significação que é dada pelo Outro, identifica-se com essa imagem. Em contrapartida, a segunda operação termina a circularidade da relação do sujeito com o Outro. Nessa operação, o sujeito é conduzido por uma dialética que Lacan nomeou de separação.

A separação surge do reconhecimento, pelo sujeito, de que o Outro é faltante. Isto é, “nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é radicalmente destacável – ele me diz isso, mas o que é que ele quer?” (LACAN, 1964, p. 203). Assim, nesse intervalo entre os significantes vindos do Outro, nas faltas do discurso do Outro e todos os por quês, o desejo do Outro é apreendido e o enigma é lançado: Che vuoi?

Esses por quês colocam em cheque o saber do Outro, perguntando por seu desejo. Para responder a tal enigma, o sujeito traz como resposta o que ele situa como falta percebida no Outro. Uma falta recobre a outra. Daí a dialética dos objetos do desejo, no que ela faz a junção do desejo do sujeito com o desejo do Outro (o Outro lá retorna). Aquilo que se desprende e que cai nesta operação é o objeto a (LACAN, 1964).

Nesses termos, Lacan (1960) salienta que, por ser da ordem do humano, as relações, necessariamente, são mediadas pela linguagem e tratam de ser uma relação de demanda. O

significante da demanda barra a necessidade e dá origem à pulsão, como exposto a seguir. Por sua vez, nesta fissura que se abre entre demanda e necessidade, o desejo escapa. Assim se estabelece o registro pulsional na ordem simbólica (SILVA NETO, 2009). A trilogia necessidade-demanda-desejo se dá a partir de uma relação dialética com o Outro (A), e o que retorna ao sujeito é a pergunta: Che vuoi? - que quer você?

Lacan diferencia necessidade, demanda e desejo, em *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano* (1960, p. 828), afirmando que “o desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade: essa margem é a que a demanda, cujo apelo não pode ser incondicional senão em relação ao Outro”.

A pergunta “Che vuoi?”, então, marca uma abertura, uma separação na alienação à demanda do Outro, um espaço para a falta e, conseqüentemente, para o desejo do sujeito. Nesse contexto, dá-se o lugar ao fantasma fundamental, fornecendo uma resposta ao enigma que vem do Outro, encenando seu desejo, ilustrando o que o sujeito é aos olhos do outro (ZIZEK, 2010).

2.1.2.3 O circuito pulsional

O conceito de pulsão (*Trieb*), apresentando por Freud nos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), é fundamental para a compreensão da lógica psicanalítica a respeito da constituição psíquica e da sexualidade humana. Freud parte de um biológico (instinto) para estabelecer uma diferença em relação à pulsão, tomando-a como um conceito limite entre o anímico e o somático (FREUD, 1905).

Freud (1895) salienta que, ao nascer, o bebê se encontra em estado de total desamparo e, por esse motivo, necessita do auxílio de um outro que lhe forneça um objeto de satisfação capaz de reduzir a tensão ocasionada pela necessidade. Para ilustrar tal processo, fornece o modelo do arco reflexo, esclarecendo que, ao sofrer a influência de um estímulo de natureza externa, o bebê, apesar de sua imaturidade orgânica, utiliza-se da ação dos reflexos arcaicos para lográ-lo e afastar-se. Entretanto, em relação aos estímulos oriundos do interior, tais como a fome, a respiração e a sexualidade, nada pode fazer.

Assim, “a pulsão seria um estímulo para o psíquico” (FREUD, 1915, p. 146), na medida em que, proveniente de um desprazer oriundo do próprio interior do organismo, agiria como uma força constante, buscando uma satisfação que só pode ser alcançada por meio de uma ação específica a partir do mundo externo.

Para Freud, esse processo de manter a tensão reduzida ao mínimo (prazer) se dá por um princípio de constância (FREUD, 1895) a qual o sistema nervoso opera. Os estímulos externos, impõem ao organismo, uma ação muscular e reflexa que visa saná-los. Contudo, os estímulos pulsionais, de natureza interna, não podem ser eliminados por esses mesmos mecanismos, dependendo da ação de um agente externo. Freud (1915, p. 148) assinala que a pulsão é um “conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo”.

A pulsão seria então, simultaneamente, uma excitação enquanto tal, oriunda do registro somático e o representante psíquico dessa excitação. E o trabalho do psiquismo seria, justamente, dominar tal excitação, na medida em que elas seriam perturbadoras pela sensação de desprazer. Dominar tal excitação implica inscrevê-las em representantes psíquicos. E o marco inicial dessa inscrição é traduzido por Freud enquanto Recalque Originário (FREUD, 1914). Esse mecanismo constituinte do inconsciente, diretamente relacionado a esse estímulo vindo do interior, seria precedente e condicionante de todo recalque posterior. Isso se daria em virtude de uma fixação, a partir do qual o representante em questão continuaria inalterado e a pulsão permaneceria ligada a um estágio infantil. Esse seria, então, um primeiro momento de constituição do aparato psíquico, no qual o recalque originário fornece os primeiros delineamentos dos lugares psíquicos (BIRMAN, 2009; CATÃO, 2009; JORGE, 2008).

Freud (1915) enumera quatro elementos invariáveis da pulsão, são eles: o impulso (Drang), o alvo (Ziel), o objeto (Objekt) e a fonte (Quelle). Por impulso de uma pulsão entende-se seu fator motor, a medida de exigência de trabalho que ela representa. Por outro lado, o alvo da pulsão é invariavelmente a satisfação que, por sua vez, só pode ser alcançada quando ocorre a diminuição da tensão. O objeto da pulsão é o elemento mais variável da pulsão, servindo apenas como mediador para que a pulsão alcance seu alvo. Por fim, a fonte da pulsão é o processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo e do qual se origina o estímulo representado na vida psíquica pela pulsão.

Os diferentes elementos que caracterizam a pulsão indicam uma montagem que evidencia sua funcionalidade e que se materializa na existência do circuito da pulsão pela qual, “como impulso e exigência de trabalho exercido sobre o psíquico, seria regulada por objetos que possibilitariam a satisfação do imperativo da força constante (BIRMAN, 2009, p. 104).

Lacan também assinala a condição de desamparo originário do bebê como fundamental para a constituição do sujeito. Entretanto, ressalta o caráter parcial da pulsão e sua completa dissociação com uma dimensão instintiva. A pulsão, para Lacan (1955), orienta-se a partir de um roteiro que se coloca no campo do Outro. Sendo uma consequência da sexualidade no psiquismo que se determina por uma via que não da sexualidade mesma, mas sim da falta. Essa falta refere-se à falta constituinte do sujeito, que o coloca em relação de dependência do significante que está primeiro no campo do Outro. Em virtude dessa falta, a pulsão, com sua flecha, parte para o alvo, o circunda e retorna ao sujeito. E o que determina a direção dessa flecha é o desejo que vem do Outro.

Desse modo, o esquema da pulsão fornecido por Lacan representa o circuito pulsional realizando o tangenciamento do objeto, que é circundado enquanto elemento faltoso. Com efeito, nenhum objeto da pulsão pode satisfazê-la. E se desde Freud (1905) a natureza do objeto é o que há de mais variável na pulsão, em Lacan surge o conceito de objeto a, objeto causa do desejo. Lacan destaca quatro objetos a primordiais – o seio, as fezes, o olhar, e a voz.

Lacan conclui, então, que diferentemente do instinto, a pulsão é uma montagem, oriunda da articulação do sujeito ao Outro, à linguagem. É o efeito da articulação na linguagem da demanda do Outro. Sendo assim, a pulsão, ao mesmo tempo em que expressa as operações possíveis que o sujeito mantém com a demanda do Outro, marca a constituição do sujeito porque ele é efeito da significação dessa demanda (SILVA NETO, 2009).

Em 1964, no texto “A pulsão parcial e seu circuito”, Lacan resgata os quatro elementos que constituem a pulsão (fonte, meta, impulso e objeto) para discorrer a respeito do circuito da pulsão e seus tempos, avançando nas teorizações freudianas. Freud (1915) traz os três tempos da pulsão sado-masoquista, marcando seu primeiro tempo enquanto ativo, voltando-se para um objeto externo; um segundo tempo reflexivo, tomando como objeto uma parte do próprio corpo, e um terceiro, dito passivo, no qual a pessoa é concernida se fazendo ela mesma o objeto de um outro. Lacan (1964, p. 173), por outro lado, assinala esse terceiro tempo como sendo eminentemente ativo, pois é o tempo do “fazer-se”, onde há o aparecimento de um novo sujeito, pois “se, graças à introdução do outro, a estrutura da pulsão aparece, ela só se completa verdadeiramente em sua forma invertida, em sua forma de retorno, que é a verdadeira pulsão ativa”. Nessa perspectiva, conclui-se que o sujeito é proveniente do remate pulsional (CATÃO, 2013).

Catão (2009) assinala que o primeiro tempo é ativo, no qual o recém-nascido se dirige a um objeto externo, no nível da pulsão oral: o seio ou a mamadeira. Nesse primeiro tempo,

tal como nos situa Freud (1915), a satisfação se daria por apoio nas funções vitais, tal como a amamentação. No segundo tempo, dito reflexivo, o bebê dirige sua atenção a uma parte do próprio corpo, como, por exemplo, quando ele chupa seus dedos. A rigor, salienta a autora, esse tempo só pode ser chamado de auto-erotismo após o fechamento de primeiro circuito pulsional, quando a instância do Outro já se fez presente e encontra-se na dimensão de Eros. Afinal, como menciona Laznik (2013b), auto-erotismo sem Eros, é autismo. Por fim, num terceiro tempo, introduz-se um novo sujeito, a mãe ou seu substituto, por exemplo, para quem o bebê se exhibe. Em relação ao aparecimento de um novo sujeito: “esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular” (LACAN, 1964, p. 169).

No mesmo texto, Lacan (1964, op. cit) apresenta um esquema do circuito pulsional em que o impulso da pulsão partiria de uma fonte, contornaria o objeto, fazendo seu contorno sobre a zona erógena. A pulsão, sendo ela parcial, poderia alcançar a satisfação, mesmo não atingindo o objeto, mas sim a partir desse retorno em circuito. Por esse motivo, o objeto, que na verdade é apenas a presença de uma falta e que conhecemos apenas enquanto objeto a, é o que há de mais variável na pulsão (FREUD, 1915).

Lacan apresenta a constituição do sujeito como efeito de falta sempre no campo do Outro que o antecipa. Esse sujeito se encontra dividido não somente pelo efeito da linguagem, mas, também pela pulsão. E nenhum objeto da necessidade pode satisfazer a pulsão, exemplificando que, não é pelo alimento que a boca se satisfaz, mas sim pelo prazer na região. Nesses termos, demonstra que não é necessariamente no ato de satisfação de uma necessidade que se instaura o desejo, é de outra coisa (LACAN, 1964).

Essa outra coisa a qual Lacan aponta, essa satisfação pulsional (CATÃO, 2013), refere-se à relação com o Outro, onde algo do desejo da mãe é transmitido ao bebê a partir de seu rosto, de sua voz, de seu olhar e seu toque (LAZNIK, 2000). Logo, o terceiro tempo pulsional refere-se a esse “se fazer” olhar e “se fazer” escutar, em que o bebê torna-se ativo na demanda (LAZNIK, 2013b).

Lacan (1966) assinala à voz e ao olhar o estatuto de pulsão, estabelecendo uma nova dialética pulsional. Juntamente com a oralidade, associada à demanda ao Outro, e ao objeto anal associado à demanda do Outro, ele introduz o olhar e a voz, que dizem respeito ao desejo: o olhar associado ao desejo pelo Outro, e a voz ao desejo do Outro. Assim, a voz vinda do outro é a manifestação do desejo do sujeito, a medida que o desejo vem do outro a partir do instrumento voz.

A voz, enquanto pulsão invocante, nos esclarece Jerusalinsky, J. (2011), invoca o olho, a voz, a boca, a orelha. Em relação à pulsão invocante, percebe-se que, juntamente com o olhar, a mãe endereça à criança palavras que vão contornando o seu corpo, contribuindo para a organização do circuito pulsional (VIVÈS, 2009). A partir da escuta materna, o grito do bebê tornar-se um chamado. Por isso, inicialmente, o chamamento se encontra no campo do Outro (CATÃO, 2009). Assim, olhar, toque e modulação de voz (manhês), tornam-se os elementos estruturantes, constituintes do psíquico.

Em relação ao manhês, Catão (2009) salienta que a partir de suas frases simples e curtas, seu ritmo com suas pausas e repetições, bem como sua entonação singular com seus picos prosódicos, o manhês capta a atenção da criança e serve de modelo verbal precoce que orienta o bebê na comunicação oral facilitando também a interpretação das emoções. Para Laznik (2013a), o manhês tem uma dimensão fascinante para o bebê, sendo um dos determinantes da alienação radical do infans ao desejo do Outro. Entretanto, apesar de condição necessária para o enlaçamento do bebê no campo do Outro, o encantamento do manhês não é suficiente para a instauração do circuito pulsional no bebê.

Nesses termos, no primeiro ano de vida do bebê, três registros fundamentais enlaçam o campo da pulsão: a oralidade, que remete ao estatuto simbólico das trocas alimentares; a especularidade, que introduz a dimensão do olhar do outro (Outro), fundador do corpo da criança e de uma noção de eu (moi) e a pulsão invocante, referida ao estatuto da voz na constituição do funcionamento psíquico (CATÃO, 2009).

No que tange a oralidade, as recusas alimentares desde a mais tenra idade assinalam a qualidade das trocas daquela que exerce a função materna com seu bebê. Por outro lado, a especularidade, depende do reconhecimento da imagem de si, que ocorre a partir do estádio do espelho, entre, aproximadamente, o sexto ao 18º mês de idade. Ressalta-se ainda que o conjunto das aquisições do desenvolvimento motor estão diretamente associados à possibilidade da criança construir psiquicamente uma imagem de um corpo próprio.

Quanto à pulsão invocante, assinala-se a possibilidade do bebê apresentar gradativamente vocalizações e balbucios, resultado do investimento libidinal da voz como objeto da pulsão (CATÃO, 2009). Afinal, embora anteriores à emergência da linguagem, as primeiras manifestações do bebê, tais como, o choro, os gritos, os sorrisos e os olhares, funcionam como atos de fala endereçados aos seus cuidadores e, principalmente, aquela que exerce a função materna. Essa, por sua vez, lança uma hipótese a respeito das sensações e

anseios de seu bebê, interpretando-o quando em interação, falando para e sobre o ele (FERREIRA, 1997).

2.1.2.4 O estágio do espelho

O advento do modelo pulsional que encontra sua matriz na dimensão escópica da pulsão invocante, apresenta duas concepções teóricas que maximizam sua legitimidade e reafirmam a importância do olhar. Trata-se do conceito de narcisismo (1914), em Freud e de estágio do espelho, em Lacan (1949).

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), Freud apresenta o termo narcisismo para conceitualizar a constituição do eu. No artigo, Freud evidencia que o eu não é originário, mas sim precisa constituir-se e desenvolver-se. Sendo necessário que algo seja adicionado ao estado primitivo anárquico das pulsões. Assim, uma nova ação psíquica é acrescida ao autoerotismo para que se dê o narcisismo. Tal ação refere-se a uma imagem unificadora na dispersão anárquica do autoerotismo (CATÃO, 2009).

Em paralelo, o estágio do espelho, para Lacan, representa o momento inaugural da constituição imaginária do eu. Partindo de um estado primário de insuficiência psicomotora e de um corpo fragmentado. As custas da alienação ao Outro, o estágio do espelho prefigura uma totalidade corporal do infans, que se evidencia por meio da percepção da própria imagem no espelho (LACAN, 1966).

Em tal tese, Lacan defende que a noção de eu se constitui a partir do momento que a criança toma consciência de que seu corpo é uma totalidade. Tal processo ocorre porque, ao ver sua imagem refletida no espelho, um Outro o nomeia enquanto tal. Mesmo diante de sua impotência motora e de sua precocidade, a partir de então, é possível ao bebê “o acesso à dimensão do recalque das pulsões parciais, que não se integram com harmonia a essa imagem unitária do eu ideal” (JORGE, 2008, p. 45).

Como paradigma do Imaginário, o estágio do espelho é o momento psíquico no qual “a criança antecipa o domínio sobre sua unidade corporal através de uma identificação com a imagem do semelhante e da percepção de sua própria imagem no espelho” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 194). Sendo assim, para Lacan (1966, p. 96) a apreensão imaginária da unidade corporal antecede a própria maturação fisiológica e motora do sujeito.

Isso porque, o estágio do espelho permite também ao bebê, uma compreensão da diferença entre o seu corpo e o mundo exterior (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002). Essa

unificação corporal vai possibilitando ao bebê uma abertura ao mundo externo que lhe permite uma exploração cada vez mais intensa daquilo que o rodeia. Segundo Lacan (1966, p. 96), “é aí que a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é eu o que não é do eu”.

Entretanto, ao falar em “imagem no espelho” Lacan não se refere apenas a imagem refletida no espelho, mas toda e qualquer visão de um outro semelhante vai exercer na criança o mesmo efeito constituinte (OLGIVIE, 2011, p. 111): “é todo e qualquer comportamento de um outro que desempenha aqui o papel de um espelho, e mesmo qualquer traço material que a criança deixa atrás de si, jato ou destroço, no qual ela se contemple sendo a autora”.

O estágio do espelho repousa sobre o biológico, a partir da passagem de um corpo fragmentado a uma *Gestalt* da totalidade do corpo na qual o bebê assume a postura ereta. A imagem desse corpo unificado, inicialmente, entra em descompasso com a insuficiência orgânica do bebê, o que Lacan (1966) nomeou de deiscência. E essa dependência do Outro, assinala a alienação ao outro, na medida em que investir em si mesmo só é possível a partir do investimento prévio de um outro que revive no filho seu narcisismo perdido.

Desde então, instaura-se, no psiquismo do bebê, essa forma primordial de eu que se constituirá a partir das identificações. Portanto, esse eu, narcísico, que surge a partir do investimento do outro, oriundo da possibilidade da criança identificar-se com essa imago, como objeto total, permite que o bebê e a mãe se relacionem.

A distinção lacaniana entre os conceitos de sujeito (psíquico) e de eu, foi possível a partir da distinção entre os registros do imaginário e do simbólico, como mencionado anteriormente. Nesses termos, enquanto o eu é do registro do imaginário, do sentido, resultado das identificações, a partir relação especular, dual; o sujeito é do registro do simbólico, do significante, da abertura de sentido. Enquanto essa unidade virtual e ilusória é possível no eu, o sujeito, por sua vez, é sempre dividido, conflitivo, impossível de encontrar uma identificação absoluta (JORGE, 2008).

Por esse motivo, a identificação, é a forma mais originária de laço afetivo com o objeto. Com o conceito de estágio de espelho, Lacan utiliza da identificação para explicar como se dá tal processo. Catão (2009) esclarece que as identificações podem ser compreendidas em dois momentos: a de uma identificação primária, que conferirá uma unificação imaginária ao corpo despedaçado (narcisismo primário) e, um segundo momento, das identificações simbólicas que passam pelo objeto e pelo Outro (narcisismo secundário).

Freud (1921) assinala que a identificação primária é a matriz da série de identificações, sendo essa identificação por incorporação e condição que possibilita toda a série de identificações futuras. Por meio do mito da horda primeva em *Totem e Tabu* (FREUD, 1912-13), esclarece que essa primeira identificação refere-se ao pai. Por sua vez, Catão (2015, p. 71) salienta que na identificação primária é o tempo em que a realidade orgânica é subvertida pelo impacto da fala em seu sentido corpóreo. Haveria nesse momento estruturante a incorporação da voz.

Nesse momento em que o infans ainda se encontra fragmentado, nasce, por obra da identificação primária e afetado pela castração, o traço unário, sede inicial do sujeito (LACAN, 1960-1961). Por esse motivo, quando Freud (1923, p. 38) assinala que o “o Eu é sobretudo um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é também, ele mesmo, a projeção de uma superfície”, ele está referindo-se às identificações primárias. O Eu corporal “não aparece a uma formação biológica, senão como a identificação (primária), no corpo, da operação espelhante que o Outro realiza por meio do 'outro'” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 204). Entretanto, para que isso aconteça “é necessário que se articule o triângulo edípiano no nível das identificações. Só assim o agente materno virá a marcar sobre o corpo do filho os significantes que ponham um norte no seu narcisismo” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 197).

Por esse motivo, entende-se o estágio do espelho como esse complexo sistema de identificações que surgem a partir de uma primeira identificação primária, identificação esta, entre a criança e seu Outro primordial. A partir desse momento, cada semelhante passa a funcionar como um espelho em que a criança contempla os efeitos de sua voz, gesto, expressões no outro. Ela, então, se reconhece nesses efeitos. Os atos linguísticos que acompanham e organizam esse intercâmbio especular transformam os atos de reconhecimento recíproco entre a criança e o Outro (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 61).

2.1.2.5 As funções parentais

Em relação à função materna, entende-se que seu exercício implica a possibilidade de garantir ao bebê um investimento que lhe constitui subjetivamente. Como já mencionado anteriormente, por meio dos cuidados corporais dirigidos ao bebê, a mãe, ou quem exerça sua função, vai recortando os limites corpóreos do seu pequeno, estabelecendo um circuito pulsional que orienta o olhar, a voz, a alimentação, a retenção e expulsão das fezes, o ritmo de

sono e vigília, entre outros. Ela vai nomeando as sensações e atos de seu bebê, antecipando um sujeito e sustentando-o em seu desejo para que um dia ele possa “apropriar-se imaginariamente de seu corpo, fazendo-o seu e fazendo das experiências de vida acontecimentos que, algum dia, poderão vir a ser recapituladas por ele como sua própria” (JERUSALINSKY, J., 2011, p. 2).

A função materna é “atributiva e transitiva” (CRESPIN, 2013, p. 78) e opera a entrada do infans no campo do simbólico e relacional, correspondendo à alienação do sujeito aos significantes do campo do Outro. O exercício da função materna implica uma transmissão pela qual o recém-nascido possa entrar em relação com a alteridade de modo que sua satisfação pulsional seja endereçada ao Outro. Por outro lado, tal função não ocorre desde um saber instintivo previamente configurado (BADINTER, 1985).

Salienta-se três aspectos centrais na composição das funções dos agentes maternos (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 82):

- Cuidados maternos primários (nível do real);
- Dupla tradução, entre linguagem e ação (circulação imaginária/simbólica);
- Sustentação primária da Função paterna ou triangulação edípica (nível do simbólico).

Acrescenta-se que a possibilidade do agente materno exercer sua função encontra-se na dependência das seguintes condições (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 82):

- a) De descontinuidade necessária à criança, permitindo a ela experienciar os contrastes imaginários que a levaram a incorporar sistemas de oposições necessárias para absorver as séries da significação;
- b) De coerência e articulação indispensáveis para constituir um sistema no qual a criança se veja incluída para que o buraco que assinala o lugar a partir do qual falará, seja distinguível.

Supor que a função materna seja dada de antemão a todos aqueles que geram uma criança é reduzir ao instintual algo que em nada tem relação, como mencionado anteriormente. O laço que se estabelece entre uma mãe e seu bebê é oriundo de uma articulação, na qual, de um lado se tem uma mulher que poderá acolher (ou não) este bebê, dependendo do lugar simbólico que lhe reserva (isto é, o lugar da falta que lhe constitui) e, por outro, um bebê, com potencial para favorecer ou fazer obstáculo a esta relação (JERUSALINSKY, J., 2011).

Esse espaço de falta em referência ao simbólico se instaura no agente materno desde que ele esteja capturado pela castração simbólica, inscrito metaforicamente no Nome-do-Pai. Por esse motivo, a função materna só pode ser exercida quando em referência ao Nome-do-Pai. Afinal, por ser fruto de um ato sexual, a chegada do bebê coloca em cheque a sexualidade materna, o desfecho edípico e sua construção sintomática diante da falta. E será a partir desse reviver, que a mãe poderá situar mãe-bebê em relação à função paterna e tomar seu filho como objeto de desejo, bem como inscrever em seu pequeno corpo as marcas do simbólico (JERUSALINSKY, J., 2012).

A função paterna é inscrita, inicialmente, na mãe, em seu discurso. É a marca dessa falta que lhe constitui, tendo papel decisivo na estruturação psíquica do bebê, pois situa a mãe enquanto desejante. Assim, o desejo se articula no que falta à mãe, isto é, o falo. O falo é justamente o significante do desejo do Outro (LACAN, 1958, p. 701).

De fato, o que orienta o interesse da criança pelos objetos que a circundam, é o desejo materno. Este, por sua vez, “recorta o mundo em concordância com o discurso da qual é mediadora. Discurso da mãe, mediadora do pai interditor (LACAN, 1970, p. 91).

A ruptura da continuidade mãe-bebê é permitida “a partir da entrada de um discurso que, operando na mãe a castração simbólica, obriga ambos à referência a um terceiro” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 12). Sendo por isso que o pai, enquanto significante, tem um função fundamental na estruturação do sujeito. O significante Nome-do-Pai representa, dessa forma, a proibição do incesto e, por conseguinte o lançamento da mãe e sua criança na lógica do desejo.

Jerusalinsky, J. (2012, p. 12) afirma que a constituição do sujeito atravessa o campo materno, mas é garantido apenas a partir do falo, articulador simbólico da lei e determinante próprio do campo paterno. A função paterna é operadora da separação simbólica entre o bebê e sua mãe, fundando a alteridade (CRESPIN, 2013).

Rassial (1996, p. 86) esclarece que o Édipo é uma formulação que é dada ao sujeito para dar, entre outras, o sentido ao Nome-do-Pai. O Nome-do-Pai tem um efeito, desta vez, não apenas de castração, mas de distribuição de papéis, à pura diferença de antes, tornando-se uma diferença que tem, pelo menos, dois objetos: a diferença do sexo e a diferença de gerações.

Assim, o sujeito é efeito da família, do desejo materno, do Nome-do-Pai que impede que haja entre a mãe e seu bebê uma união, pois a única possibilidade de que o sujeito se constitua como desejante, não ficando preso à fantasia materna, é se houver uma separação.

Para tal, é preciso que alguém ocupe a função do pai. Por isso, a separação é fundamental na constituição do sujeito (MELGAÇO, 2013).

2.1.3 Sujeito cognitivo

Em termos de cognitivo, Coriat e Jerusalinsky (1996) assinalam que este é oriundo do processo de constituição do sujeito psíquico, tendo em vista que o conhecimento e exploração do meio se dão a partir da constituição do sujeito, resultado do entrelaçamento de mecanismos conscientes e inconscientes. Segundo Peruzzollo (2016) a transformação da necessidade do bebê em desejo de estar com o Outro Primordial é o que possibilitará a produção de um campo de conhecimento. Assim, “o processo de conhecimento é tomado pela perspectiva da produção de recursos para o desejo de ser desejado”. Tanto o bebê quanto de sua mãe (ou substituto), possuem papel ativo na constituição do conhecimento no bebê (PERUZZOLLO, 2016, p. 46).

Nesses termos, alguns conceitos da Epistemologia Genética (PIAGET, 2013), contribuem para se pensar o desenvolvimento cognitivo enquanto produção de conhecimento, consequência de um processo de adaptação, isto é, adaptação da cognição às coisas e, a partir de esquemas, que explicariam o fenômeno da memória e dos motivos pelos quais o sujeito apresenta respostas mais ou menos similares diante dos estímulos.

Jean Piaget (1896-1980) desenvolveu uma teoria do conhecimento baseada na interação sujeito/meio ambiente para compreender a gênese do pensamento humano. Nesses termos, a adaptação viabiliza o conhecimento, “conduzindo o cérebro humano a organizações sensorio-motoras e cognitivas cada vez mais complexas” (PIAGET, 2013, p. 15). A adaptação é marcada pela assimilação dos estímulos do entorno pelas estruturas do sujeito cognitivo aliada à acomodação que consiste no fato dessas estruturas se modificarem, tornando-se cada vez mais complexas, representando a aquisição de conhecimento (DOLLE, 2000). Como resultado da adaptação, surgem esquemas que permitem ao sujeito organizar intelectualmente os eventos de acordo com o modo como eles são percebidos e categorizados a partir em função de características similares (PERUZZOLLO, 2016).

A assimilação é o modo como o sujeito, a partir dos primeiros esquemas, integra novas informações, complexificando tais esquemas e produzindo seu crescimento. A acomodação, todavia, é justamente a criação de novos esquemas ou a modificação dos esquemas já existentes, tendo em vista que o sujeito diante de uma nova experiência, não encontra registro

de tal informação nos esquemas pré-existentes. Como resultado desse processo de assimilação e acomodação há o Equilíbrio que, quando em descompasso, isto é, quando a criança se depara com uma nova situação, gera um novo ciclo e o processo de aprendizagem é marcado por essa busca por uma equilibração (PERUZZOLLO, 2016).

Na tentativa de compreender como ocorre o processo de desenvolvimento do conhecimento, Piaget apresentou o conceito de estágio, que trata de um conjunto de etapas características no desenvolvimento. Dentre os estágios, salienta-se o estágio da inteligência sensório-motora que marca seus primeiros anos (até, aproximadamente, os dois anos de idade) e, segundo Piaget (2013, p. 133) fornece as bases para a aquisição da linguagem e o acesso ao mundo simbólico. Sendo, portanto, fundamental para a constituição do sujeito psíquico.

A inteligência sensório-motora é essencialmente prática, sendo ancorada na percepção e dependente da presença do objeto, pessoa ou situação para que ocorra. Nesse período, a criança ainda não é capaz de representar a ausência do objeto, carecendo de representação, linguagem, isto é, função simbólica, mas a inteligência sensório-motora fornece um conjunto de aquisições que servirão de base para que tal processo se dê no estágio seguinte. O estágio da inteligência sensório-motora pode ser dividido em seis subestágios que partem do exercício dos reflexos e vão adquirindo cada vez mais complexidade.

Os reflexos são considerados, portanto, na concepção de Piaget, elementos hereditários que entram no comportamento de adaptação do recém-nascido, pois, a partir da experiência, dão origem às primeiras aquisições (PIAGET, 2013). A conquista das primeiras adaptações que não possuem uma origem hereditária marca o início da dissociação entre os processos de assimilação e acomodação (Piaget, 2008). Em paralelo, em termos neurológicos, vão se estabelecendo os circuitos específicos que orientam as sinapses neuronais (JERUSALINSKY D., 2015).

Pode-se supor, a partir de então, uma aprendizagem relativa aos novos dados do meio exterior. E “na adaptação adquirida, a atividade do bebê conserva alguma coisa que lhe é exterior, ou melhor, se transforma em função da experiência” (DOLLE, 2000, p. 115). Por volta do quinto mês de vida, o bebê passa a manifestar consciência de objetos acompanhando seu trajeto com os olhos mesmo após seu desaparecimento e vai começando a explorar os objetos à sua volta, para além do próprio corpo. A repetição motora permite que os resultados obtidos sejam afastados daqueles da atividade reflexa, tornando-se nítida a distinção entre meios e fins.

Nesse momento, o que se apresenta são os atos de repetir, conservar e reproduzir o movimento interessante descoberto casualmente. Por esse motivo, é apenas em um terceiro momento que é possível falar em ato de inteligência completo. Por volta do oitavo mês, fica evidente o ato intencional da criança, a partir do qual os esquemas que constituem o conhecimento são simultaneamente coordenados entre si, permitindo-lhe usar de meios conhecidos para outros fins (PIAGET, 2013).

Todos os subestágios que marcam o desenvolvimento da inteligência sensório-motora rumo à aquisição da linguagem e, conseqüentemente, da função simbólica, dependem da “sequência de relações e significações resultantes da atividade dos esquemas anteriores” (PIAGET, 2013, p. 154). Assim, Piaget justifica a importância dos esquemas anteriores para a estruturação de esquemas cada vez mais complexos.

Piaget fornece uma hipótese a respeito do desenvolvimento cognitivo em que o bebê transita de um estado de reflexos inatos a um sujeito que apresenta esquemas cada vez mais complexos e coordenados que lhe permitam relacionar-se com o mundo ao redor. Para Piaget, o conhecimento se constata em uma correspondência lógica de adaptação, entre o sujeito e o meio, cujo resultado é exclusivamente a ação coordenada que vai do sujeito para o objeto e vice-versa (JERUSALINSKY, A., 2007, p. 85), sem discutir o que impulsiona o sujeito em suas escolhas.

Mesmo não explorando os fatores afetivos que incidem sobre tal processo, fica evidente seu reconhecimento a respeito da influência que, juntamente com o biológico, o psíquico exerce sobre o cognitivo. Na perspectiva que se propõe observar o desenvolvimento infantil, evidencia-se que sobre o alicerce biológico, o desenvolvimento se dá a partir da relação dialética entre o bebê e aquele que exerce a função materna, considerando o lugar simbólico que lhe é ofertado na estrutura familiar. Assim, as experiências vividas pela criança são traduzidas em palavras que orientam o seu desejo. Pode-se dizer que o bebê transita do que é pura necessidade para a formulação de desejos pelos caminhos da pulsão e esse transito é o que lhe permite uma integração psíquica na qual fatores cognitivos e afetivos estão imbricados.

É a partir da dimensão psíquica, que incide sobre o aparelho biológico e o sujeito cognitivo, que pode-se pensar a respeito do que impulsiona o sujeito em suas escolhas, isto é, orienta seu desejo em direção àquilo que lhe interessa investigar ou experimentar – e, que, promove, a partir da experiência, seu desenvolvimento. Acredita-se, que essa “orientação” se define a partir da relação com aquele que exerce a função materna. Como já mencionado

anteriormente, esse outro, representante do Outro, empresta ao bebê significados aos seus atos reflexos que vão costurando seu pequeno corpo, nomeando suas bordas e criando uma linguagem particular em que as ações do pequeno são interpretadas, a partir do desejo do outro, em especial nos primeiros tempos aquele que exerce a função materna.

Apesar de Piaget (2013) não ter explorado os aspectos psíquicos que incidem sobre o conhecimento, considera-o enquanto resultado da ação do sujeito com o meio. Essa ação, por sua vez, supõe dois aspectos essenciais e estreitamente interdependentes: um afetivo e outro cognitivo (2013, p. 31). Evidencia-se que, apesar de Piaget não ter teorizado a respeito da constituição do sujeito a partir do campo do Outro e o que lhe impulsiona a desejar explorar o mundo a sua volta construindo esquemas cada vez mais complexos, seus conceitos contribuem para se pensar o potencial do bebê rumo ao desenvolvimento.

Os conceitos até aqui expostos auxiliam na compreensão, em termos biológicos e cognitivos, das consequências fundamentais na estruturação psíquica e pode-se concluir, tal como Coriat e Jerusalinsky (1996, p. 6), que o desenvolvimento infantil “não refere-se apenas a uma continuidade do crescimento ou da garantia de uma subsistência. Trata-se, necessariamente, dos três sistemas em resolução simultânea que impõe a estrutura, desde a qual as funções se articulam”, em paralelo à relação mãe-bebê no espaço em que se estrutura o desejo.

2.2 ASPECTOS INSTRUMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO

Coriat e Jerusalinsky (1996) denominam como instrumentais, as ferramentas das quais os aspectos estruturais se valem para efetuar os intercâmbios com o meio. Percebe-se a importância dos aspectos instrumentais para o desenvolvimento dos aspectos estruturais. Brandão (1997, p. 43) evidencia que os aspectos instrumentais são o conjunto de ferramentas naturais do bebê que servem de “recurso para a produção de ações que abrangem o reconhecimento de seu próprio corpo e do corpo do outro, passando pelas atividades simbólicas, e que são o ponto de contato entre o bebê e sua mãe”.

Essas ferramentas facilitadoras no processo de estruturação do bebê são: a linguagem, a psicomotricidade, a aprendizagem e os hábitos. Peruzzolo (2016) os amplia, considerando ainda a noção de atividades diárias (AVDs) inserida em um cotidiano.

Segundo Peruzzollo (2016), no início da vida, o bebê apresenta seus aspectos estruturais em constituição e maturação e ainda não possui habilidade instrumental para dar

conta da passagem do que lhe é necessário para o que é da dimensão do desejo. Por isso, é necessário que aquele que exerce a função materna, enquanto Outro Primordial, lhe empreste seu aparato instrumental e seu desejo ao filho.

Em relação ao processo de aquisição da linguagem, Souza e Flores (2013) salientam que para o bebê se apropriar da linguagem, em um sentido Benvenisteano, é preciso que alguém suponha um sujeito que tenha algo a dizer, e sustente um lugar de fala ao bebê. Isso se dará por meio de processos de homologia e interpretância que articulam ao campo da linguagem o que, ao início, são expressões corporais do bebê (KRUEL, 2015).

Cabe ressaltar que o termo apropriar-se revela a capacidade de um locutor ocupar o lugar de **eu** perante um **tu** a cada ato enunciativo atualizando seu conhecimento linguístico (BENVENISTE, 1995). Como o bebê ao início não possui conhecimento linguístico, ele ocupa esse lugar a partir da suposição materna de um sujeito que tem algo a dizer, mas esse dito está na interpretação materna. No exercício dessa interpretação, atribuída às suas manifestações, é que ele acessará as relações de forma e sentido da língua, tomando-a enquanto objeto de conhecimento. Durante tais interpretações a mãe ou sua substituta o coloca no espaço discursivo de **eu**, diante dela ou de outras pessoas, que serão seus alocutários. A linguagem não teria apenas uma função instrumental, como também uma função estruturante, pois por meio dela se manifesta a suposição de um sujeito do discurso, do qual fala Benveniste (KRUEL, 2015), que está ancorada na suposição de um sujeito psíquico no bebê por parte do outro (PERUZZOLLO, 2016).

Em relação à psicomotricidade assinala-se que a mesma surgiu a partir da necessidade medida, como especialidade para tratar de distúrbios motores sem origem neurológica (LEVIN, 1995). Autores como Henry Wallon (1879-1962), buscaram teorizar a respeito da relação dialética entre as manifestações psíquicas e orgânicas. Wallon (2007) defendia que a criança é um ser social e sente necessidade de contato corporal desde a mais tenra idade. Para tal, coloca seu tônus postural a serviço da relação que estabelece com sua mãe. O diálogo tônico é condição central na construção da inteligência, pois coloca a criança na busca da imitação precoce, forma de relação mais arcaica entre a criança e sua mãe, tal como salienta Muratori (2014). Peruzzolo (2016) afirma que é possível a partir dos conceitos de esquema corporal e imagem corporal, em uma perspectiva atravessada pela psicanálise, supor uma hipótese de funcionamento psicomotor na escuta em transferência na clínica interdisciplinar de bebês.

Em relação às AVDs, Peruzzolo (2016, p. 57) esclarece seu cunho instrumental, na medida em que refere-se a uma atividade humana, “provocada e executada por um humano a partir de uma ação espontânea, criativa e transformadora que põe em prática o desejo de fazer algo para si, para o outro/outros e para ambos”, promovendo assim seu encontro com a cultura que está inserido, bem como sua história e seu contexto social. A autora, considerando seu foco teórico, propõe assumir o termo cotidiano em lugar de AVDs, pois no cotidiano as atividades do bebê e sua família ilustram o potencial do sujeito de colocar em ato seu desejo, compondo no seu dia a dia uma rotina ou um ato inédito.

Peruzzolo (2016) complementa, assinalando que é por meio do cotidiano que a mulher experimenta a maternidade, sua função enquanto mãe, ampliando sua consciência de si e de seu próprio filho. Sendo também no cotidiano que a mãe se depara com as diferentes formas de cuidado e verificação das necessidades particulares de seu pequeno, elaborando ações espontâneas, criativas e transformadoras que colocam em prática seu desejo de exercer a maternidade e o desejo por aquele filho.

Percebe-se que, por meio do cuidado materno que se dá no cotidiano, os aspectos instrumentais do pequeno bebê vão diferenciando-se gradativamente rumo à compreensão e expressão da linguagem, ao processo de aprendizagem que se dá no brincar, permitindo a evolução da experimentação sensório-motora para a capacidade de simbolizar, e da organização do gesto como um complexo em que o motor e psíquico se fundem a serviço do desejo. O bebê não apenas sofre a maturação de suas funções motoras, mas as coloca a serviço de uma relação com aqueles que exercem as funções parentais. Ele anda na direção dos pais, ele fala para os pais, ele escuta seus pais, porque ele se faz ouvir, se faz ver, enfim, assume uma posição de desejo frente ao investimento simbólico daqueles que exercem as funções parentais. Gradativamente a criança assume uma posição desejante, posição de sujeito no discurso, e constrói uma teoria a respeito do mundo e de si mesmo. Logo, limitações biológicas, cognitivas e/ou psíquicas que obstaculizem o estabelecimento de tais instrumentos pelo bebê, denunciam problemas de desenvolvimento que poderão ter consequência negativas ao sujeito, sobretudo nos três primeiros anos de vida, tempo lógico de indiferenciação entre aspectos estruturais e instrumentais.

Entende-se o desenvolvimento, tal como Coriat e Jerusalinsky (1996), envolvendo além da maturação biológica e a constituição psíquica e cognitiva, a aquisição de habilidades instrumentais no campo da linguagem, da psicomotricidade, da aprendizagem, dos hábitos inseridos no cotidiano, por meio do brincar e dos processos práticos de socialização. Por isso,

a importância de se analisar a complexa interação entre aspectos biológicos e aspectos ambientais na construção muito singular de cada sujeito e conhecer o que as pesquisas identificam como fatores de risco ao desenvolvimento infantil, em especial risco ao processo de constituição psíquica.

2.3 RISCO PSÍQUICO E RISCO AO DESENVOLVIMENTO

Sob a perspectiva psicanalítica, quando se trata de estrutura na infância, de modo geral, há espaço para reversões e modificações. Isso se dá porque o sujeito se estrutura nesta etapa e as experiências têm caráter de inscrição estruturante. Em decorrência de sua posição vulnerável, a criança encontra-se mais suscetível ao risco psíquico ao mesmo tempo em que tal situação é passível de reversão. Por esse motivo, quando se fala em diagnóstico infantil é fundamental cautela para não ser taxativo, congelando o sujeito nesta posição (JERUSALINSKY, J., 2015). O risco coloca uma possibilidade futura que pode ser o desfecho de uma psicopatologia, mas não deve ser tomado de modo negativamente profético. Ao contrário, deve ser tomado como uma oportunidade de sustentar outro caminho ao bebê e seus familiares para que o risco seja ultrapassado, muito cedo, antes que sintomas se cristalizem e dificultem não só o desenvolvimento do bebê pequeno, como também da criança, seja na fase pré-escolar ou escolar.

Kupfer et al. (2008) diferenciam o risco ao desenvolvimento como sendo fruto dificuldades de ordem psíquica que estão repercutindo no desenvolvimento da criança. Já o risco psíquico estaria relacionado a entraves na constituição subjetiva que gerariam problemas na estruturação rumo à emergência de uma psicopatologia grave. A proposta de utilização de sinais precoces para poder oferecer uma intervenção precoce tem em vista evitar toda sorte de distúrbios do desenvolvimento e psicopatologias antes que as mesmas se cristalizem e que pouco possa ser feito pelos sujeitos em sofrimento.

Rassial (1996) assinala que será apenas com a operação adolescente que o aspecto estrutural poderá ser definitivo, sobretudo na definição de estruturas como a psicose e a perversão. No entanto, em estruturas como o autismo a intervenção deve ser muito mais precoce caso se deseje não apenas evitar a estruturação do autismo como também promover mais qualidade de vida a criança que por ventura se tornar autista na adolescência (LAZNIK, 2013a; CRESPI, PARALTO-OLIVEIRA, 2015). Por isso, a importância de se realizar a detecção de risco, diferenciando risco ao desenvolvimento de risco psíquico (KUPFER et al.,

2008) e o diagnóstico na clínica do bebê e da primeira infância o mais precocemente possível. É importante lembrar também que tanto o diagnóstico quanto a intervenção só podem ser pensados a partir da noção de transferência, pois nela é que poderá ser elucidado, com o sujeito, o enredo que o enlaça e lhe permite assumir uma posição frente ao Outro. Assim, a questão que se apresenta é como o sujeito estabelece suas relações.

Alfredo Jerusalinsky (2015, p. 41) aponta para uma alternativa que permite verificar se a estruturação psíquica encontra-se prejudicada, no sentido de uma dificuldade de inscrição estruturante. Ele propõe voltar-se para os sintomas psíquicos. Estes, apesar de não serem patognomônicos em si (mas sim, a partir da significação que apresentam no contexto), assinalam problemas na instauração do fantasma fundamental que encena o desejo e dá lugar ao nascimento do sujeito a partir da sua relação com o Outro.

Em relação ao fantasma fundamental, Jerusalinsky, J., (2012, p. 120) evidencia três formações inconscientes fundamentais que organizam o funcionamento mental de relação da criança com o mundo, a saber: a Sexuação, a Identificação e a Filiação. Essas três formações organizam a memória do sujeito, na medida em que enlaçam cada novo acontecimento numa rede de significações. Quanto ao papel que cada nova inscrição cumprirá nessa rede de significações, evidenciam-se dois destinos:

- **Produzir inscrição de sujeito** que encontra a partir dali, um modo de se representar no discurso e um modo de decifrar e outorgar sentido às sensações;
- **Organizar e definir o circuito pulsional**, ao nível da alienação-separação, que também irá constituir o sujeito.

Quando estes processos fracassam, isto é, quando há um fracasso na inscrição em virtude de uma dificuldade da leitura parental dos traços que se apresentam, o sujeito constrói sintomas para dar conta de seu mal-estar. O risco psíquico frente à inscrição que fracassa pode se dar por diversos fatores, dentre eles (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 120):

- Quando a mãe atende apenas as necessidades do bebê e não se preocupa em registrar a série prazer/desprazer, não inscrevendo no bebê a dinâmica pulsional.
- Quando a mãe não lança suas ações de cuidados ao bebê, inserindo-as em um campo de fantasias que permitiria que o simbólico se inscreva, limitando-se apenas a enunciados meramente descritivos das operações de alimentação, higiene, etc.
- Quando a leitura dos traços não apresenta um tempo lógico correspondente às manifestações espontâneas, rítmicas, dos tempos corporais do bebê.

- Quando a leitura dos traços não se dá no espaço de projeção corporal da criança, impossibilitando-lhe de construir uma imagem de eu, impossibilitando seu filho de passar de uma etapa de auto-erotismo ao narcisismo, atravessando o estágio do espelho;
- Quando os traços emergentes pelo filho não evocam na mãe nenhuma história da novela familiar. Nesses casos, os traços não funcionam como enigmas fundantes do fantasma.
- Quando não há – por parte dos pais – leitura de signos significativos, para eles mesmos, de diferenciação sexual.

Tais falhas no processo de cuidado parental e inscrição simbólica do sujeito poderão levar a emergência de distintas estruturas psíquicas, que permitem ultrapassar a simples atribuição de um nome, o que comumente é realizado no campo médico, para pensar em um funcionamento psíquico, no qual interessa a compreensão dos sintomas e do sofrimento do sujeito para que se possa propor uma direção no tratamento.

A respeito do tema, Sibenberg (2011) sugere que as principais categorias diagnósticas em psicanálise são estabelecidas ao redor de três estruturas: a neurose, a psicose e a perversão. Observa-se, no entanto, que existe uma lógica distinta entre aquelas crianças que possuem uma relação com a linguagem, daqueles que a relação não ocorre ou se dá de forma ineficaz. Alfredo Jerusalinsky (2015) oferece uma distinção entre as estruturas, a partir da lógica que articula a relação do sujeito com o Outro, com os objetos e com os significantes, onde:

- Nas neuroses: a lógica é a do desejo, porém é conflitiva. A operação de defesa frente à castração é o recalque, isto é, o rechaço para o registro inconsciente das representações relativas a desejos inaceitáveis para a consciência do sujeito;
- Nas perversões: a lógica é a de usufruto do outro. A operação de defesa frente à castração é a recusa, isto é, o sujeito age como se não houvesse a castração, como se ela não existisse, embora sabendo que ela exista;
- Nas psicoses: a lógica é a de temor, confusão, invasão, incompreensão. A operação de defesa frente à castração é a forclusão, trazendo como consequência a impossibilidade do sujeito encontrar uma posição no discurso que lhe permita compreender os sentidos das coisas, porque o Nome-do-Pai não foi propriamente inscrito. O sujeito compensa a falta de sentido com um excesso de sentido no seu delírio;

- Nos autismos: não há uma lógica ou, quando há, é uma lógica mínima, fugaz, descontextualizada, com escassa extensão imaginária e nula extensão simbólica. Logo, não há uma passagem pela castração, muito menos uma defesa frente a ela.

Em relação à diferença entre psicose e autismo, Sibemberg (2011) articula a posição do sujeito em relação ao significante para esclarecer que na psicose trata-se da forclusão do Nome-do-pai. Há ali uma inscrição, entretanto esta não se articula na função significante, dificultando a simbolização. Nesse caso, o pai não aparece no discurso materno como agente da castração simbólica, por isso, a criança fica submetida a uma relação dual com o agente materno (JERUSALINSKY, J., 2012).

Em contrapartida, no autismo, há a exclusão, não há inscrição de sujeito, o agente materno e o Nome-do-Pai não exercem sua função estruturante (JERUSALINSKY, J., 2015). Nesses termos, verifica-se no autismo uma ausência das identificações primordiais entre o bebê e sua mãe. Por esse motivo, “prevalecem os automatismos neurobiológicos, afinal, as marcas primordiais que permitiriam a entrada na língua materna fracassam na sua tentativa de costurar os atos da criança às significações próprias do discurso parental” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 203). Enquanto na psicose o que se coloca como questão está diretamente relacionado à função paterna, no autismo, o que se evidencia é que a função materna fracassa, pois “haveria um impedimento na articulação simbólica e imaginária do desejo materno com a criança” (SIBEMBERG, 2015, p. 101). Laznik (2015) e Soler (2007) afirmam que a falha do processo de subjetivação é fundamentalmente diferente no autismo e na psicose, pois, enquanto no primeiro o que falha é o processo de alienação, no segundo, a falha se dá na separação.

A partir dessa perspectiva, Catão (2013) pontua que a possibilidade de um diagnóstico diferencial entre a psicose e o autismo pode ser verificada a partir da instauração (ou não) do terceiro tempo do circuito pulsional, pois há a instauração do terceiro tempo pulsional na psicose. O bebê que, posteriormente, apresentará uma psicose infantil, faz-se objeto de desejo de sua mãe, assujeitando-se facilmente a ela. O que se coloca como questão aqui é justamente a possibilidade dessa mãe saber os limites deste gozo. Por isso, o processo de alienação nesses casos se instala muito bem, talvez até bem demais. Entretanto, o que fracassa é o outro polo da subjetivação: a separação.

Na psicose infantil, há a quebra da função da palavra no instante mesmo em que ela se instala. Dessa forma, a falha evidencia-se no instante mesmo em que ou o desejo materno ou

o recuar paterno, fecham o caminho para que o Nome-do-Pai venha a ocupar seu lugar significante, ou seja, do Outro que se imaginiza no falo, mas que se significa na palavra que o suporta. Assim, frente ao fracasso do Nome-do-Pai, a mãe fálica, funda com seu filho uma célula narcísica, na qual o pai não tem entrada. Dessa forma, há total convergência entre os desejos recíprocos entre mãe e criança e, a criança, por sua vez, fica presa nessa situação de espelhamento (JERUSALINSKY, J., 2012).

Essa diferença estrutural entre as duas posições subjetivas pode ser evidenciada, tal como sugere Jerusalinsky, J.,(2015), a partir da posição da criança diante da demanda do Outro, isto é, com a linguagem. Nesses termos, diante de uma demanda vinda do Outro, no autismo, evidencia-se a recusa, o evitamento. Em muitos casos, há a ausência de linguagem e, conseqüentemente, impossibilidade de representação. Por outro lado, na psicose, há uma relação com a linguagem, entretanto, a demanda do Outro é tomado como mandato, num sentido unívoco que o silencia em seu desejo (SIBEMBERG, 2015).

A diferenciação entre a psicose e o autismo se faz pertinente diante da versão mais recente do DSM-5, em que tal diferença é obscurecida. Isso se dá pelo motivo de que o autismo é ampliado para Transtorno do Espectro Autista (TEA), abarcando “desde o autismo clássico descrito por Leo Kanner até as psicoses não decididas na infância” (SIBEMBERG, 2015).

Assim, o fato do guarda-chuva da nomenclatura TEA abarcar a psicose infantil faz questão sobre a diferenciação estrutural entre autismo e psicose. Acredita-se que pensar o autismo como tendo um funcionamento diferente em relação às demais estruturas, especialmente das psicoses infantis é de fundamental importância para a escolha da direção de tratamento a partir do suporte teórico que o campo psicanalítico oferece.

Outro problema do DSM-5 é que quadros de linguagem ficaram sobrepostos ao TEA, sobretudo, o que em nossa experiência clínica é muito comum, crianças com distúrbio ou atraso de linguagem com risco psíquico associado (ROTH et al., no prelo).

2.3.1 Risco para o autismo

Em sua obra *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo* (1943), Leo Kanner utilizou pela primeira vez o termo “autismo infantil precoce” para denominar o conjunto de sintomas que percebera em onze crianças desde os seus dois anos de idade. Dentre as características, Kanner destacou cinco: isolamento extremo, indiferença frente a pessoas e objetos,

movimentos estereotipados, resistência a mudanças e distúrbios de linguagem (dentre os quais variavam entre, a ausência completa da linguagem expressiva e compreensiva à ecolalia e incapacidade de manejo dos pronomes pessoais). No ano seguinte, em 1944, Hans Asperger escreve o artigo *A psicopatia autista na infância* onde observa que o padrão de comportamento investigado apresentava como características principais: uma predominância no sexo masculino, falta de empatia, interesse restrito e movimentos descoordenados.

Posteriormente, em seu livro *“Fugitivos da Vida”* (1953), o psicanalista Bruno Bettlheim, ao retratar-se, contrariando sua concepção inicial a respeito da frieza das mães enquanto causa do autismo, afirma que ao invés de causa, tal frieza pode ser uma das consequências da falta de resposta do filho perante sua insistente tentativa de contato. Ainda salienta dificuldades precoces na alimentação, resistência ao desmame, no controle dos esfíncteres, restrição física e perturbações no sono. (BETTELHEIM, 1953, p. 494-49).

Desde então, diversas pesquisas buscam encontrar respostas à etiologia do autismo onde são investigados fatores genéticos, incidências epigenéticas, particularidades no processo do desenvolvimento biológico e cognitivo, bem como falhas na estruturação psíquica (JERUSALINSKY, J., 2015). Visando distanciar-se de uma concepção de prevalência causal singular e determinada por apenas um fator para responder tal enigma, pretende-se aqui, articulá-los, na busca de uma melhor compreensão do que vem a ser o autismo. Tal como defende Tuchman e Rapin (2009, p. 346), quando salientam a importância fundamental de se investigar fatores tanto genéticos quanto ambientais para distinguir as crianças que terão autismo das que não o terão.

Sob as perspectivas neurobiológica, genética e cognitiva, o autismo é um distúrbio neurobiológico de natureza genética (MURATORI, 2014, p. 9). A partir de três estudos independentes, Zilbovicius et al. (2006), evidenciaram a existência de anormalidades da anatomia e do funcionamento em repouso do lobo temporal em pacientes autistas. Essas alterações, localizadas bilateralmente no Sulco Temporal Superior (região especializada em funções linguísticas e de reconhecimento dos traços faciais) são de grande importância para a percepção de estímulos sociais essenciais. Além disso, demonstraram hipoativação da maior parte das áreas cerebrais envolvidas na percepção e cognição social evidenciando um funcionamento anormal da rede de pensamentos do cérebro relacionados ao reconhecimento social e interpretação da linguagem (não somente a verbal, mas também a gestual).

Falck-Ytter et al. (2013), a partir de uma revisão sistemática a respeito do rastreamento ocular, eye tracking, em crianças com risco de autismo evidenciaram, como um

dos primeiros sinais de risco durante o primeiro ano de vida, o reduzido período de um olhar direcionado a rostos e pessoas, bem como dificuldades em desviar o olhar quando algo lhe prende a atenção. Além disso, evidenciou-se que nos casos onde havia o olhar direcionado à face, este direcionava a apenas partes do rosto, tais como a boca ou os olhos. Tal evidência sugere a dificuldade de integração que a criança autista apresenta em relacionar diferentes estímulos sensoriais na compreensão da informação.

Muratori (2014) salienta a falta de apetência da criança autista em voltar seu olhar para a face humana desde os primeiros meses de vida do bebê. Essa evidência traz consequências determinantes para o desenvolvimento cerebral porque os níveis de atenção do bebê são construídos conjuntamente com seus pais, na relação face a face, acelerando a maturação das competências sociais da criança, a partir do estímulo das conexões cerebrais que estão na base da intersubjetividade. Segundo o autor, os dois primeiros anos de vida do bebê são marcados por um enorme aumento da complexidade das conexões cerebrais, dependentes do contínuo intercâmbio entre a composição genética e a influência do meio. Por esse motivo, a falta de interesse pelo intercâmbio face a face com seus pais, traz para o bebê autista consequências em nível cerebral. Nesses termos, Muratori (op. cit.) sugere que no autismo trata-se de um distúrbio da intersubjetividade, tendo em vista as dificuldades encontradas na sintonização entre as expressões faciais, vocais e gestuais do lactente e as expressões maternas durante o contato face a face.

Tal realidade é agravada quando, por volta dos seis meses, a limitada interação face a face (carregada de ritmo, sonoridade, gestos e emoções) deveria ser enriquecida com as primeiras formas de compartilhamento triádico bebê-adulto-objetos. O que se percebe em crianças autistas é apenas um aumento excessivo de seu interesse pelos objetos, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de ações sociais compartilhadas. O interesse excessivo e a preferência por objetos físicos, em comparação a interações sociais é um marcador importante no autismo (MURATORI, 2014).

Na mesma direção, Trevarthen e Dalefield-Butt (2013) lançam a hipótese de que no autismo haveria, ainda no período de ontogênese cerebral, uma falha embrionária no desenvolvimento inicial dos sistemas que programam o timing motor, movimento intrínseco de sistemas motores de base cerebral, prejudicando a coordenação motora, o controle prospectivo dos movimentos, a regulação afetiva das experiências e a integração sensorial. O comprometimento dos comportamentos sociais (em decorrência do isolamento e das dificuldades cognitivas e emocionais) seria secundário, relativo a compensações corticais

relacionadas às alterações de base iniciais. Nesse sentido, a compensação se daria em termos de hiperatividade em certas áreas cerebrais para compensar a hipoatividade de outras ao nível subcortical. Haveria, então, um hipofuncionamento subcortical gerador de um hiperfuncionamento cortical compensatório.

Na arquitetura neuronal do bebê autista, evidencia-se o comprometimento dos núcleos de base, prejudicando a condução das informações ao lobo frontal, gerando consequências no desenvolvimento motor, na capacidade de atenção compartilhada e nas relações intersubjetivas com os pais, como principais sinais ao final do primeiro ano de vida. Sobre a dificuldade de coordenação motora e integração sensorial, evidenciam-se maiores dificuldades nas crianças autistas, assim como menos vocalizações, falha no planejamento e na execução das ações, fatos atribuídos aos neurônios espelho, induzindo a compensação de processamento no córtex cerebral. Trevarthen e Dalefield-Butt (2013) assinalam ainda no primeiro ano de vida das crianças autistas, a evidência de algumas consequências negativas em atividades básicas da vida diária, tais como: sentar, engatinhar, arrastar e andar.

Nesse contexto, Muratori (2014) discute a influência dos neurônios espelho no autismo. Para o autor, a disfunção dos neurônios espelho nas fases mais precoces do desenvolvimento pode acarretar consequências diretamente relacionadas às dificuldades relacionais no autismo. Afinal, tais neurônios permitem, desde a mais tenra idade, a imitação precoce que pressupõe uma atenção focal sobre uma ação realizada pelo outro e uma repetição da ação observada. Em contrapartida, tal ação é seguida por uma resposta vinda do adulto, levemente modificada, criando assim um círculo entre a díade que instala as bases para o desenvolvimento dos comportamentos de antecipação das ações intencionais do outro, bem como a empatia.

Além da disfunção dos neurônios espelho, no autismo trata-se de um distúrbio da conectividade neuronal, pois enquanto percebe-se um excesso de conexões locais, as conexões de maior distância entre as diferentes regiões do cérebro ficam limitadas. Tal hipótese poderia explicar a dificuldade de atenção compartilhada, como um dos primeiros indícios evidenciados no autismo. Em relação à conectividade neuronal, percebe-se que no autismo, as funções vitais estão em funcionamento, entretanto, a possibilidade de integração sensorial torna-se limitada, repercutindo na possibilidade, por exemplo, de receber informações visuais e auditivas simultaneamente, assim como dificuldades na coordenação motora e integração sensorial (MURATORI, 2014).

Em relação ao desenvolvimento motor e, a partir da Psicologia do Desenvolvimento, Bullinger (2006) assinala que o corpo é determinante na constituição psíquica de um sujeito, afinal, é por meio do corpo que o sujeito se relaciona com o mundo, construindo representações a respeito de si e do que lhe é exterior. Além disso, a possibilidade de percepção das informações sensoriais integradas aos movimentos do corpo permite a construção da função proprioceptiva. Nos casos das crianças em risco, evidencia-se uma clivagem entre a parte superior e inferior do corpo, trazendo dificuldades na coordenação entre a percepção dos estímulos sensoriais e os movimentos. Como consequência, as possibilidades de exploração e interação com o meio tornam-se limitadas e a possibilidade de compartilhamento da atenção é comprometida.

Nesses termos, Muratori (2014) salienta que nos lactentes com autismo percebe-se que são envolvidos em ações compartilhadas somente a partir da intencionalidade do outro, pois não possuem iniciativa de provocar o outro. Atitude presente desde os primeiros meses de vida do bebê, componente fundamental para o desenvolvimento e constituição subjetiva. Logo, o que caracteriza o autismo precoce, não é, de fato, a ausência completa de comportamentos intersubjetivos, mas sim a sua debilidade. Debilidade refletida em sua ausência de intencionalidade de lançar-se em uma ação direcionada ao outro, provocando-a. Nesses termos, são vistos como bebês hipoativos, lentos, com poucos contatos oculares e menos ágeis.

Quanto à linguagem, Markiewicz e Pachalska (2007) buscaram diferenciar o autismo, do Distúrbio Específico de Linguagem (DEL) e da deficiência mental. Segundo o estudo, pôde-se concluir que, diferentemente das crianças com DEL, as crianças autistas apresentavam pontuações mais baixas nas habilidades sociais. Quanto às habilidades comunicativas, apesar da pontuação baixa, as crianças com DEL ainda apresentavam números mais altos em relação às crianças com autismo. Estas apresentaram comportamentos marcados por uma pobreza ou ausência total de responsividade à comunicação, apresentando grandes dificuldades em compreender a fala dirigida a eles, além de um significativo desequilíbrio no desenvolvimento, marcado por regressões inesperadas (algumas habilidades eram alcançadas e depois perdidas).

Em paralelo a essas pesquisas com ênfase na natureza neurobiológica e genética do autismo, Sandin et al. (2014) publicaram uma investigação que analisou mais de dois milhões de crianças nascidas na Suécia entre 1982 e 2006, revelando, a partir de análise estatística, que o componente genético só explica 50% do risco para se desenvolver o transtorno. Dessa

forma, caberia ao ambiente a responsabilidade dos outros 50%. O estudo é fundamental porque assinala que os fatores ambientais podem ser fatores de risco tanto quanto os componentes biológicos, corroborando com a perspectiva da epigenética.

Aliado a tal perspectiva, Jerusalinsky, J. (2015, p. 27), assinala que “tudo conduz a supor, com certa plausibilidade, que havendo um único fator genético ele não seria suficiente por si só para determinar o autismo”. Rapin e Tuchman (2009, p. 124) também não identificam um único fator genético. Os autores assinalam: “um dos fatores etiológicos primários do autismo é a predisposição genética. Vários genes estão envolvidos e incluem tanto as mutações quanto os polimorfismos, os quais são algo de novo e herdados, bem como fatores epigenéticos. Estes envolvem interações entre os próprios genes, assim como entre os genes e o meio ambiente”. Portanto, não se pode atribuir a predisposição para o autismo a um gene em particular nem tampouco descartar as influências ambientais, seja qual for a perspectiva de avaliação e terapia adotada.

Em termos de meio ambiente, ou melhor, de environment (que alia as condições afetivas à acessibilidade à linguagem e as condições psicossociais), Jerusalinsky, J. (2015, p. 31) assinala: “em todos os casos de autismo, registra-se um ponto de falha precoce comum a todos: quebra ou descontinuidade no reconhecimento recíproco entre o filho e sua mãe (ou sua cuidadora), entre a criança menor de três anos e os responsáveis pelos cuidados primários e sua inserção social. Sem determinarmos a causa – sendo que nela pode intervir uma predisposição genética, uma condição neurológica, um obstáculo sensorial, uma forma qualquer de rompimento radical das relações primordiais na primeira infância – registramos sim que esse desencontro é chave para a instalação da criança numa posição autista”.

Quanto à relação entre a mãe e seu filho, pesquisas como as de Cohen et al. (2013) os levaram a lançar a hipótese de que a lentidão ou a ausência de respostas do bebê frente aos estímulos maternos poderia causar o retraimento materno, agravando ainda mais o risco de autismo, apresentado antecipadamente pela criança.

A hipótese de Cohen et al. (2013) vai ao encontro de Muratori (2014), ao afirmar que no autismo a interação face a face com a mãe é pobre, pois ela não é “alimentada afetivamente” por seu bebê. Ainda, Laznik (2013a) sugere que os traços autísticos no bebê modificam brutalmente o estado psíquico materno, destruindo seu desejo de ser mãe.

Logo, o que se evidencia, é que o exercício da função materna é nutrido pela capacidade de responsividade do seu bebê (com sua constituição biológica, cognitiva e psíquica inicial), e não apenas da condição fantasmática de seu psiquismo (JERUSALINSKY,

J., 2015). Quando o bebê não é responsivo tal exercício pode ser dificultado ou até mesmo impedido.

Em estudos recentes, alguns autores vêm investigando a qualidade da interação mãe-bebê, a partir da avaliação do modo como a mãe dirige-se ao seu pequeno com o uso do manhês (com seus elementos prosódicos exagerados, carregados de carga afetiva, com suas pausas prolongadas e pontuações específicas) bem como a resposta do bebê ao chamado materno (articulando corpo e linguagem), na tentativa de perceber as particularidades dessa relação nos casos em que há risco para uma evolução autística. Muratori (2014, p. 25) salienta a importância do manhês, na medida em que “vai apoiar as funções integrativas cerebrais precoces, favorecendo na criança os processos de aprendizagem social e comunicativo”. Ainda, evidencia-se que o manhês tem papel central para o desenvolvimento dos circuitos neuronais que permitem que a linguagem e a intersubjetividade emergjam.

Esses aspectos também são ressaltados na pesquisa de Saint-Georges et al. (2013) que objetivou analisar, a partir de uma revisão sistemática, as evidências relevantes do manhês, quanto às suas questões afetivas e prosódicas para pensar seus efeitos sobre os recém-nascidos. A partir da revisão observou que o manhês foi categorizado em quatro funções principais, de acordo com os seus efeitos sobre as crianças: comunicar afeto, facilitar a interação social por meio das preferências do bebê, envolver e manter a atenção dos bebês e facilitar a aquisição da linguagem.

Comparada à fala dirigida ao adulto, o manhês é caracterizado por ser linguisticamente mais simples e mais breve, com declarações redundantes, utilizando frases breves para abarcar um grande número de questões e fazendo o uso frequente de nomes próprios. O ritmo apresenta pausas mais longas permitindo uma alternância entre os turnos da mãe e do bebê. Quanto aos picos prosódicos, evidenciou-se uma variação da entonação de acordo com as intenções maternas. Dessa forma, mesmo não compreendendo o sentido do que é dito, as crianças puderam identificar, a partir da entonação do manhês, a intenção comunicativa. Assim, conclui-se que o manhês atua como um “catalisador” ao desenvolvimento da comunicação, afetando e regulando a excitação e atenção dos bebês e facilitando a percepção da fala e compreensão da linguagem (SAINT-GEORGES et al., 2013).

Trevarthen e Dalefield-Butt (2013), em estudo retrospectivo em que foram analisados vídeos caseiros de bebês posteriormente diagnosticados com autismo, evidenciou, por meio da reciprocidade e sincronia na relação intersubjetiva da criança com seu cuidador, uma maior dificuldade de interação social (desvio do olhar, ausência de reconhecimento do próprio

nome, pobreza na imitação, ausência de sorriso, reatividade, reduzida expressão de emoção positiva), bem como problemas na comunicação, atrasos no desenvolvimento da linguagem, problemas motores, capacidade de brincar limitada e comprometimento do desenvolvimento cognitivo. Dessa forma, é possível evidenciar já nos primeiros seis meses de vida, a existência de diferenças significativas na relação intersubjetiva mãe-bebê de crianças com o desenvolvimento patológico em relação a crianças com o desenvolvimento típico. Esses autores estão falando de intersubjetividade primária, o que se diferenciaria da intersubjetividade secundária abordada no campo psicanalítico, conforme assinala Golse (2013).

Além disso, Cohen et. al. (2013) demonstraram que o manhês está significativamente associado às respostas infantis. Para bebês com o desenvolvimento típico, o manhês parece mediar os turnos de fala entre a díade mãe-bebê, devido a preferência dos bebês pela voz materna. Nesse sentido, a resposta do bebê ao estímulo materno e vice-versa, retroalimenta a relação intersubjetiva. E essa responsividade, ancorada na relação afetiva, incide sobre a capacidade de atenção, aprendizagem e de interação social do bebê.

Entretanto, nos casos de bebês que posteriormente desenvolverão o autismo, essa preferência pela voz materna não é evidenciada, dificultando o engajamento do bebê na relação intersubjetiva. Mesmo assim, os pais de crianças que posteriormente desenvolveram autismo, utilizaram o manhês de forma ainda mais significativa do que pais de bebês típicos. Uma das justificativas apresentadas para tal resultado estaria no fato de que esses pais modificaram o seu padrão de interação, preenchendo mais os turnos de fala e utilizando tanto o manhês quanto a fala dirigida de forma mais incisiva, na tentativa de adaptar o seu comportamento devido a falta de responsividade por parte da criança.

No estudo de Saint-Georges et al. (2011) foi analisada a relação entre os comportamentos infantis e do adulto cuidador a partir da escala de comportamento da criança e do cuidador (infant caregiver behavior scale-ICSB), por meio da análise de vídeos familiares. As filmagens foram realizadas no primeiro, segundo e terceiro semestre de vida dos bebês, comparando três grupos distintos: bebês que se tornaram autistas, bebês com deficiência intelectual e bebês com desenvolvimento típico. Os autores concluíram que o desenvolvimento de bebês típicos e com deficiência intelectual é similar, embora este último grupo apresente um desenvolvimento mais lento e que os bebês que se tornaram autistas apresentaram menos comportamentos intersubjetivos que os dois grupos. Além disso, os pesquisadores perceberam que os pais dos bebês que se tornaram autistas tocavam mais seus

bebês e buscaram uma superestimulação para tentar atrair a atenção dos filhos no segundo semestre de vida.

Em relação a uma leitura psicanalítica a respeito do autismo evidencia-se um comprometimento no período das identificações primárias. Nesses casos, verifica-se a recusa da voz (do manhês enquanto logos). Dessa forma, não sensibiliza o infans, inserindo-o no campo da linguagem (CATÃO, 2015). Como consequência, não há o estabelecimento do ponto surdo, o traço unário, cicatriz do recalque originário que marca o nascimento do sujeito (VIVÈS, 2012), resultando em impasses no tempo da alienação (DIDIER-WEILL, 2010). Logo, também se evidencia uma impossibilidade de construção de um eu corporal, na medida em que a elisão do outro representa a ruptura da correspondência entre corpo e objeto materno, efeito da subtração do suporte para espelhamento no semelhante (JERUSALINSKY, J., 2012).

A hipótese de Catão (2015, p. 71) se fortalece quando ilustra casos de autismos, nos quais há um comprometimento da identificação primária. Nesses casos, verifica-se a recusa da voz enquanto representante simbólico que enlaça o bebê no campo do Outro. Assim, a incorporação de uma falta não ocorre e o sujeito não entra no discurso. Por fim, Jerusalinsky, J. (2012, p. 205) assinala que nos autismos há a elisão do outro, sempre no visual e, por vezes, também no auditivo. Esta exclusão se dá pela ruptura da correspondência entre corpo e objeto materno, efeito da subtração do suporte para espelhamento no semelhante.

O autismo é, nessa perspectiva, considerado anterior ao período da alienação, onde não há nem mesmo um espaço único entre mãe e filho que permitiria a entrada de um terceiro exercendo a função da castração simbólica. Simplesmente não há espaço algum. “A impossibilidade do desejo materno de chegar até o filho corta qualquer captura imaginário/simbólica, mas ligações visual-visual, peito-boca, voz-ouvido, fezes-manipulação” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 207). Na manipulação do corpo do bebê com risco para o autismo, os atos de cuidado maternos representam puros atos mecânicos onde o imaginário não se articula. Nesses casos, “na perspectiva da mãe, o suporte corporal do filho não lhe devolve nada, condenando a mãe a uma defesa narcísica, e na perspectiva do filho a mãe testemunha em cada ato um constante desencontro” (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 207)

Em virtude da exclusão do Outro Primordial, não retorna ao autista, a pergunta fundamental que convoca o desejo: Che vuoi? Por isso, é preciosa a contribuição de Jerusalinsky, J. (2012, p. 18), quando assinala que não é da ausência da mãe que se trata na clínica do autismo, mas sim da “radical ausência do desejo materno em relação ao filho

autista”. Assim, não apenas o Outro não atua como função simbólica, mas também a possibilidade de espelhamento no campo do imaginário fica impossibilitada. Como consequência, a criança fica sem marca, lançada completamente no campo do real.

Bernardino (2015), complementa, afirmando que a criança autista está fora da dialética da demanda e do desejo, pois é refratária à relação com o agente do Outro, não se abrindo para a relação pulsional e não se deixando investir por aquela que exerce a função materna, representa do Outro, alienando-se em seu desejo. Conseqüentemente, a criança não surge como ser libidinal, impossibilitada de concluir o circuito pulsional para além do autoerotismo de um corpo real, porque sua relação com a linguagem não se efetiva, ou seja, o sujeito não pode lançar-se no intervalo entre os significantes. Isso resulta em uma colagem ao signo e uma exclusão do Outro.

Em relação à impossibilidade de fechamento do circuito pulsional, Laznik (2013a), lança uma hipótese. Para a autora, o não olhar entre a mãe e o bebê (interpretada por Muratori (2014) enquanto um distúrbio da intersubjetividade) é a principal hipótese que permite evidenciar o risco para o autismo desde os primórdios da vida do bebê. Esse não olhar, acompanhado da renúncia à voz e à oralidade (objetos pulsionais fundamentais através dos quais a mãe investe libidinalmente em seu bebê), marcam a exclusão no campo do Outro. Como consequência, o terceiro tempo pulsional não se efetiva e o bebê não se faz objeto de desejo para sua mãe.

Catão (2013), na mesma direção, salienta que o não-olhar entre uma mãe e seu filho constitui um dos primeiros sinais clínicos que permitem pensar, já nos primeiros meses de vida, na hipótese de um autismo. Sem a intervenção precoce, o não-olhar impede que a criança ultrapasse o estágio do espelho, operação que lhe permitiria construir uma imagem especular de eu, a partir do reconhecimento do Outro. Um segundo sinal clínico sinalizado por Catão (2013) é a não-instauração do circuito pulsional, tal como mencionado por Laznik (2013b). Segundo Catão (2013), apesar de ser um sinal relativamente simples de ser identificado, ele permite verificar se há ali um fracasso na constituição de uma estrutura nodal para o funcionamento do aparelho psíquico.

É por isso que no autismo há repetições idênticas que resistem a qualquer inscrição da diferença reclamada pelo traço unário, marca de uma primeira inscrição. Segundo Jerusalinsky (2012, p. 36), no autismo há uma continuidade, uma identidade absoluta que, constituída como uma totalidade opõe-se a qualquer diferença. Porque o Outro

incansavelmente tende a traduzir tais repetições, inserindo-as na ordem discursiva ou submetendo-o a responder a sua demanda, o autista o rechaça.

Diante dessa continuidade, dessa identidade absoluta, dessa dificuldade em deixar o objeto cair, evidencia-se nas crianças autistas: a prolongação exorbitante da alimentação líquida, a resistência aos alimentos sólidos, o fascínio pela luminosidade intensa, a agitação de pequenos objetos diante dos olhos (JERUSALINSKY, J., 2012).

Em consonância, Rosine e Robert Lefort (1983, p. 346-66), lançam a hipótese de que no autismo trata-se da ausência do Imaginário/Simbólico. A ideia é que o espelho que o intermediário materno oferece à criança devolve permanentemente a esfera do Real e isto acontece porque o intermediário não pode fazer outra coisa, seja porque não é capaz de sustentar um lugar de circulação simbólica a esse filho, seja porque o filho está organicamente impedido de chegar a se constituir como sujeito por uma insuficiência neurológica, ou ainda, pela combinação de ambos os fatores.

Tal hipótese evidencia o desequilíbrio do encontro do agente materno com a criança. Sendo que o equilíbrio depende, de um lado do status psíquico deste agente e, de outro, das condições constitucionais da criança para se apropriar dos registros imaginário/simbólico que entram no jogo dos vínculos (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 59). Como consequência, no autismo, há fundamentalmente o fracasso na construção das redes de linguagem – fornecedoras do saber sobre o mundo e as pessoas – e na prevalência de automatismos que, disparados de modo puro e espontâneo carecem de qualquer valor relacional e fazem resistência à entrada do outro no mundo da criança e, conseqüentemente, de sua entrada no mundo familiar e social (JERUSALINSKY, J., 2012, p. 60)

Pensando no exercício da função materna e seus efeitos, Kupfer (2000) traz uma série de contribuições ao debate deste tema ao afirmar que a razão última para o autismo infantil precoce segue sendo a inoperância radical da função e dos desejos maternos, resultando em um fracasso na passagem pelo estágio do espelho, evidenciada em uma ausência de imagem corporal que permita a construção do mapa libidinal no corpo. Essa falha na especularização e na construção da imagem corporal faz emergir traços autísticos, que podem também estar associados a outras patologias, e que denunciam impasses no desenvolvimento da criança. Embora no autismo essa falta de enlace da criança com a mãe possa ter uma origem genética, o que retira a culpa da mãe, outrora imputada por estudos que assumiam a ideia de mãe geladeira, não a responsabiliza do cuidado com o filho. A autora salienta a importância de responsabilizar à mãe ou aquela que exerce sua função materna quanto aos cuidados do filho

que esteja em sofrimento psíquico. Isso representa fazer com que a mãe questione-se a respeito de sua função na criação de seu filho, com o objetivo de engajá-la em um movimento de resgate desse filho, indagando-a a respeito de seu desejo.

Os estudos mencionados evidenciam a existência de particularidades na relação mãe-bebê nos casos em que os bebês apresentarão, posteriormente, isto é, a partir dos três anos de idade, o diagnóstico de autismo, que apontam contribuições genéticas do bebê mas que não descuidam dos efeitos que isso tem na relação e na sustentação das funções parentais. Esse tema será retomado na seção 2.4, na qual se lança o olhar sobre a possibilidade de detecção precoce de sinais que sinalizam entraves na constituição psíquica.

2.3.2 A prematuridade como condição de risco ao desenvolvimento e risco psíquico

Dentre os fatores biológicos que incidem sobre as condições de maturação do SNC e do desenvolvimento físico, tem-se a prematuridade (MANCINI, et al., 2004; ZORNIG et al., 2004) como fator de risco biológico que pode repercutir diretamente no psíquico e cognitivo, podendo trazer consequências para o desenvolvimento infantil. Pesquisas vêm buscando evidenciar as consequências da prematuridade sobre a maturação e desenvolvimento do bebê em oposição àqueles que possuem idade gestacional superior a 37 semanas (FORMIGA, 2009).

Em tais estudos, algumas consequências da prematuridade investigadas são relacionadas à oxigenação durante período neonatal (SCHMIDT et al., 2013); efeitos de intercorrências logo após o nascimento, tais como hemorragias e lesões neurológicas (XIONG et al., 2012); bem como peso ao nascer, aspecto que gera interferência unânime no desenvolvimento dos bebês (FERNANDES et al., 2012; EICKMAN et al., 2012; SERENIUS et al., 2013).

Aspectos ambientais e sociodemográficos como faixa etária e escolaridade materna também fizeram parte das análises de muitos estudos, e no caso da educação materna apresentaram associação frequente com déficits cognitivos e de linguagem no acompanhamento dos bebês (LOWE et al., 2013).

Há autores, por outro lado, que afirmam a importância do acompanhamento de bebês prematuros mesmo que sejam considerados saudáveis (com 1500gramas e 32 semanas de idade gestacional), tal como Dall'Oglio et al. (2010), pois assinalam nesses casos, evidências de diferenças significativas quanto a fluência verbal, compreensão, memória de curto prazo e

habilidades espaciais nos bebês prematuros quando comparados aos bebês a termo. Por isso, concluem que o acompanhamento de bebês prematuros é fundamental mesmo quando saudáveis, pois demonstram déficits.

Dentre os estudos que abordam o processo de aquisição da linguagem em bebês prematuros, Guedes (2008) aponta para uma diferença tanto no que se refere ao atraso da aquisição quanto à complexidade da linguagem em relação aos bebês nascidos a termo. Nesse âmbito, Serenius et al. (2013) realizaram um estudo de coorte prospectivo com todos os bebês prematuros extremos (com idade gestacional inferior a 27 semanas) nascidos na Suécia entre 2004 e 2007, a fim de avaliar, principalmente, o desenvolvimento cognitivo e de linguagem dos bebês na idade corrigida de 2,5 anos. Dentre os resultados, evidenciou-se que 497 (69%) dos 707 bebês nascidos vivos sobreviveram até a faixa etária avaliada. Dentre os sobreviventes, 399 foram avaliados quanto ao desenvolvimento cognitivo e 393 foram avaliados quanto ao desenvolvimento da linguagem. Como resultado, verificou-se que 6,3% dos bebês prematuros extremos apresentaram atrasos severos no desenvolvimento cognitivo ao passo que os bebês a termo apresentaram apenas 0,3%. Além disso, os bebês prematuros extremos apresentaram atrasos severos no desenvolvimento da linguagem em 6,6% dos casos em relação a 0% dos casos dos bebês a termo. Por fim, evidenciou-se que 42% dos bebês prematuros extremos não apresentaram qualquer espécie de atraso no desenvolvimento em relação aos 16% que apresentaram atrasos severos no desenvolvimento.

Na mesma direção, Mossabeb et al. (2012) demonstraram alta correlação entre déficit de linguagem e prematuridade em 178 bebês prematuros nascidos com idade gestacional entre 23 e 34 semanas. Para a avaliação, os pais preencheram o questionário *Language Development Survey*, quando os bebês encontravam-se na faixa etária entre os 22 e 26 meses. O estudo concluiu que houve alteração de linguagem em 26% dos casos dos bebês prematuros.

Ainda, Van Noorte-Van der Pek et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática de várias pesquisas em linguagem de prematuros, entre 1995 e 2011, que avaliaram diretamente as habilidades dos bebês por meio de testes de vocabulário concluindo que o grupo de prematuros apresentou diferença em relação ao grupo de bebês a termo, mesmo na ausência de um distúrbio ou deficiência em testes de vocabulário. A diferença foi mais significativa quando os estudos abordaram o funcionamento complexo da linguagem, envolvendo habilidades gramaticais e discursivas mais complexas na faixa etária de 3 a 12 anos.

Esses resultados relativos à complexidade gramatical também são evidenciados no estudo de Kunnari et al. (2012) em que 18 bebês prematuros (10 com extremo baixo peso) e 18 bebês nascidos a termo foram comparados em relação ao desenvolvimento de linguagem por meio do Sintatic Mean Length (MSL) ou extensão média de sintaxe. Os resultados também evidenciaram pior desempenho dos bebês prematuros, especialmente os de extremo baixo peso.

Outro estudo interessante foi o de Ribeiro et al. (2011). Nele, 1288 bebês prematuros de extremo baixo peso foram avaliados quanto a problemas de atenção e de linguagem. Os bebês prematuros foram comparados com 37010 bebês nascidos a termo e concluíram que a prematuridade representou fator preditivo para problemas de atenção (aos 18 meses) e problemas de habilidade de linguagem (aos 18 e 36 meses). Além disso, o gênero e a educação materna se correlacionaram com o desenvolvimento de linguagem dos bebês. Bebês do sexo feminino e filhos de mães com maior escolaridade apresentaram melhor desempenho linguístico.

Já Schjolberg et al. (2011) estudaram índices preditivos de atraso na linguagem de crianças prematuras aos 18 meses, em estudo de coorte realizado com 42.107 mães e crianças, por meio de um questionário aplicado aos pais, encontrando que o gênero masculino, baixo peso a nascer e idade gestacional ou múltiplo nascimento foram significativamente associados com baixos escores de linguagem. Esse resultado de pior desempenho linguístico também foi encontrado para bebês com idade gestacional abaixo de 32 semanas e peso menor do que 1500 gramas no estudo de Barre et al. (2011) e pior desempenho fonológico também foi identificado para crianças prematuras aos 18 meses no estudo de D'Odorico et al. (2011).

Em relação à qualidade da vocalização do bebê rumo ao desenvolvimento da linguagem, Stolt et al. (2012) acompanharam 32 bebês prematuros de extremo baixo peso e 35 bebês a termo concluindo que não houve diferença significativa entre ambos os grupos em relação à vocalização inicial, mas uma alta correlação entre vocalização inicial e desenvolvimento posterior de linguagem nos bebês prematuros de extremo baixo peso.

A audição também é tema relevante no estudo da prematuridade, pois vários estudos demonstram que há riscos importantes neste aspecto do desenvolvimento. Lamônica et al. (2010) compararam 40 crianças, 20 prematuras e 20 a termo em relação à audição (compreensão e expressão) e visão, concluindo que há déficits nos prematuros, sobretudo em termos de expressão verbal.

Quanto aos aspectos instrumentais como a psicomotricidade, estudos demonstram que há diferenças entre bebês prematuros e a termo. Reuner et al. (2013) verificou a existência de relação entre atraso motor, idade gestacional inferior e baixo peso, em um grupo de bebês com menos de 1500 gramas aos sete meses de idade corrigida. Complementarmente, Eickmann et al. (2012) analisaram um grupo de 135 bebês, sendo 45 prematuros e 90 a termo. Como resultado, pôde-se verificar que existiam alterações nos casos dos bebês com peso ao nascer inferior a 1500 gramas, Apgar menor ou igual a 7 no 5º minuto, baixa circunferência encefálica e aleitamento materno presente apenas até o segundo mês de vida dos bebês.

Kievest et al. (2009) publicaram um estudo em que buscaram os efeitos no desenvolvimento motor de bebês prematuros com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas e peso ao nascer menor ou igual a 1500 gramas. Em comparação a bebês a termo, os bebês avaliados apresentaram resultados consideravelmente inferiores nas três escalas utilizadas para avaliar o desenvolvimento motor, evidenciando um significativo atraso no desenvolvimento motor ao longo da infância. Tais estudos ilustram algumas repercussões do biológico, especialmente da prematuridade, nas diversas esferas do desenvolvimento infantil.

Goyen et al. (2011) analisaram aspectos sensório-motores como coordenação visuomotora, percepção visual, percepção tátil, cinestésica e práxis. Identificaram problemas perceptivos e práxicos nas crianças prematuras, com problemas na coordenação motora, demonstrados por várias escalas, o que sugere a necessidade de um acompanhamento psicomotor nesse grupo populacional.

O artigo de Lowe et al. (2013) abordou o desenvolvimento a partir da análise do comportamento parental descrito por *scaffolding*, isto é, da sustentação parental da criança na interação. O método inclui a análise de 5 minutos de filmagens dos pais em sessão de brinquedo livre standard, interagindo com seus filhos, nascidos a termo e pré-termo. Compararam os tipos de interação com variáveis sociodemográficas, neonatais e cognição. No estudo, pode-se observar que as mães de crianças nascidas a termo utilizaram estratégias mais complexas de sustentação interativa do que as mães de bebês prematuros. Também as mães de maior escolaridade dos bebês prematuros utilizaram estratégias mais complexas de interação, sobretudo no caso de bebês que estiveram muito doentes após o nascimento. Houve, portanto, um maior investimento das mães com maior escolaridade e daquelas cujos bebês passaram por maior risco biológico. Em geral os resultados demonstraram diferenças entre bebês prematuros e a termo.

Esse fato pode ser comprovado em estudos revisados por Vieira e Linhares (2011) acerca do desenvolvimento e qualidade de vida de crianças nascidas prematuramente na pré-escola e na escola. Neste estudo os autores observaram que os estudos abrangem aspectos neurológicos, funções executivas e qualidade de vida, com indicadores como cognição, função motora, comportamento, linguagem, performance acadêmica, atenção e memória. Os resultados indicaram que a cognição e a função motora são os aspectos do desenvolvimento com maior prevalência de alterações, o que acaba se refletindo em menor qualidade de vida.

Em relação à dimensão psíquica, evidencia-se que o nascimento do bebê prematuro configura-se em uma situação de “crise psicológica” na família e, especialmente à mãe, pois o período de internação pode interferir negativamente no estabelecimento da relação mãe-bebê (VANIER, 2013), essencial para a constituição psíquica do bebê e para o seu desenvolvimento como um todo.

Segundo Wanderley (1999), o período de internação de bebês nascidos prematuros representa um fator de risco para o vínculo entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais, porque durante esse período torna-se um desafio aos pais conseguirem exercer suas funções, pois são a todo tempo mediados pelos profissionais que se debruçam sobre o bebê. Tal realidade dificulta aos pais a possibilidade de lançar alguma hipótese sobre as necessidades e desejos do bebê. Isso se dá não apenas pelo fato de que a realidade que se apresenta em forma de um bebê na incubadora, em nada se assemelha ao bebê fantasiado, mas também pela da intensa angústia que acompanha os pais diante das incertezas do futuro do bebê e do sentimento de culpa relacionado às causas que poderiam ter levado ao nascimento prematuro.

Por isso, Druon (1999, p. 37) sugere que, num nascimento prematuro, há uma “tempestade psíquica” que se abate sobre os pais. Nesses casos, a mãe pode viver uma profunda ferida narcísica diante de seu fracasso e, ressentir-se da dificuldade em criar um vínculo estreito com seu bebê em função da internação.

Stephens et al. (2012) avaliaram 554 crianças nascidas antes de 27 semanas entre 18 e 22 meses, utilizando: o Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST), a resposta ao nome próprio e itens de atenção compartilhada. Os resultados demonstraram que apenas 1% dos bebês obteve resultado positivo para risco de autismo em todas as testagens, 10% apenas no PDDST, 9% no exame para avaliar a capacidade de atenção compartilhada e 6% não responderam ao nome próprio quando chamados. As respostas positivas para o risco ao autismo puderam ser associadas à raça branca, sexo masculino, mais dias de

hospitalização, menor educação materna, escores anormais de comportamento, atrasos cognitivos e de linguagem. Cerca de 20% dos bebês evidenciou alteração em ao menos um dos testes utilizados, o que demonstra que a temática do risco psíquico é relevante na abordagem da população prematura. Por este motivo, percebe-se a prematuridade como um fator de risco biológico, e ambiental pelos efeitos na família, à estruturação psíquica o que pode incidir sobre diversos aspectos do desenvolvimento infantil.

2.3.3 Fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais e as possíveis repercussões no desenvolvimento infantil

Matsukura et al. (2007) salientam que o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos biológicos e ambientais, também mencionados no trabalho de Coriat e Jerusalinsky (1996). A alteração de tais aspectos, quando associada podem resultar em consequências negativas para o desenvolvimento infantil, nomeados fatores de risco.

Amorim et al. (2009) assinalam como fatores de risco socioambientais, toda a experiência adversa de vida ligada ao bebê e a sua família, tais como: baixa escolaridade dos pais, estresse familiar, discórdia marital, doença psiquiátrica dos pais, baixo suporte social, baixa renda, práticas inadequadas de cuidado.

Nesse contexto, evidencia-se que dentre os fatores sociodemográficos e psicossociais em relação ao desenvolvimento infantil, destaca-se: a idade e escolaridade materna, a existência ou não de cônjuge e/ou rede de apoio, a presença de crise situacional materna, os estados de humor maternos e a renda familiar (CRESTANI, 2012; PRETTO-CARLESSO et al., 2014).

Nesses termos, Melchiori et al. (2007) verificaram uma associação entre as práticas de cuidado e os diferentes níveis socioeconômicos. No estudo pode-se evidenciar que pais trabalhadores de serviços que necessitam de baixa qualificação profissional tendem a valorizar práticas de cuidado voltadas para a conformidade, repetição e a obediência. Em oposição, pais que ocupam funções mais executivas decorrentes de uma qualificação profissional/educacional maior enfatizam valores ligados à autonomia e à iniciativa. Os autores puderam concluir que, para além de seu potencial genético é necessário que sejam oferecidas à criança oportunidades ambientais para que suas habilidades sociais e de linguagem possam se desenvolver.

Pretto-Carlesso et al. (2014) e Beltrami (2011), evidenciaram associações entre sofrimento psíquico e ansiedade materna, respectivamente, e risco ao desenvolvimento infantil. Segundo o estudo de Pretto-Carlesso et al. (2014), houve associação positiva entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil, avaliados a partir dos IRDIs da fase I e presença de sofrimento psíquico materno. No estudo, resultados estatisticamente importantes foram verificados, demonstrando que mães deprimidas apresentavam mais dificuldades de estabelecer demandas aos seus bebês. Em paralelo, Beltrami (2011) verificou que mães ansiosas, com dificuldade em exercer a função materna, apresentaram estatisticamente mais bebês com risco ao desenvolvimento infantil, a partir dos IRDIs na fase I, em relação àquelas mães que não foram consideradas ansiosas, a partir do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e acreditavam estar conseguindo exercer a função materna com seus bebês.

Em relação à escolaridade materna, Magnosun et al (2009) mostraram que o aumento da escolaridade materna instrumentaliza a mãe a respeito das necessidades de seu filho e na melhoria de alguns aspectos ambientais, repercutindo no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva das crianças. Também Andrade et al. (2005) afirmam que existe uma relação entre interação materna de maior qualidade e melhor indicador de desenvolvimento cognitivo de crianças entre 17 e 42 meses. Essa associação ocorreu nas mães com maior escolaridade, que trabalham fora de casa e convivem com seus cônjuges.

Considerando a idade materna como determinante social a ser analisado no desenvolvimento infantil pelos efeitos que pode gerar na vida escolar materna, cabe lembrar o estudo de Novellino (2010) que verificou que mães adolescentes distribuem-se, principalmente, na faixa de 4 a 7 anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto (37,1%) e de 8 a 10, que correspondem a ensino fundamental completo e ensino médio incompleto (39,1%), ao passo que 11 a 14 anos de estudo para as adolescentes é o esperado (ensino médio completo e ensino superior incompleto). A pesquisa concluiu que mães-adolescentes tendem a desistir da educação formal, seja porque as escolas não oferecem condições para que possam manter a frequência, seja porque os cuidados com o filho não lhes deixam tempo para desempenhar outras tarefas. Também a falta de perspectiva de uma colocação no mercado de trabalho digna não emerge como um dado de futuro, o que retira seu incentivo para prosseguir estudando.

Em relação à faixa etária materna, segundo estatísticas nacionais, nos últimos anos, a maternidade na adolescência emerge como um problema a ser investigado, pois representa consequências tanto para as mães como para o desenvolvimento dos bebês. Estudos

evidenciam a relação entre a gravidez precoce com morbidade dos neonatos e impactos econômicos, educacionais e sociais às mães (NOVELLINO, 2010; OLIVEIRA, 1998), além de fatores relacionados ao baixo peso ao nascer (GAMA et al., 2004; COSTA et al., 2005) e a prematuridade, isto é, a idade gestacional inferior a 37 semanas (GOLDENBERG et al., 2005).

Segundo Martinez et al. (2010) o percentual de gravidez na adolescência apenas no Estado de São Paulo no ano de 2007 foi de 16,4%. No estudo, os resultados apontam para uma estreita relação entre a gravidez na adolescência e fatores econômicos e sociais no estado, tendo em vista que se evidenciaram maiores percentuais de gravidez na adolescência nos municípios de menor PIB, maior incidência de pobreza, menor tamanho populacional e com indivíduos em maior vulnerabilidade social. Além disso, verificou-se que a gravidez adolescente tende a ser menos frequente nos grandes centros urbanos, em regiões centrais, caracterizadas por maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde e maior renda per capita. Tais dados sugerem que áreas distantes dos grandes centros urbanos tendem a oferecer dificuldades de acesso a serviços públicos que podem contribuir no conhecimento de métodos contraceptivos.

Ogido e Schor (2012) em estudo com oito jovens entre 15 e 18 anos de idade que objetivou compreender o lugar da vida profissional na trajetória de vida, antes e depois da maternidade dessas jovens, puderam verificar que quatro mães adolescentes finalizaram o segundo grau e nenhuma delas havia ingressado na faculdade. Três não voltaram a trabalhar e as demais tiveram experiências diversificadas de trabalho. Dentre as principais dificuldades relatadas para a inserção no mercado de trabalho, constatou-se: insuficiência de instrumentos de apoio no cuidado das crianças, baixo ganho salarial, falta de experiência de trabalho, filhos pequenos e pouca formação educacional. Pôde-se concluir com tal pesquisa que a maternidade na adolescência não indicou a exclusão dos projetos de formação educacional ou de trabalho, mas representou a necessidade de adaptações e de uma rede de apoio familiar e social que permitisse às jovens mães realizarem seus projetos.

Ainda em relação ao exercício de alguma atividade profissional, Andrade et al. (2005), verificaram que o trabalho materno além de gerar renda e facilitar o acesso a bens e recursos, também é gerador de satisfação ocupacional à mãe, proporcionando a ela motivação e valorização, potencializando as experiências positivas com seu filho.

Com relação à presença de cônjuge, Marin e Piccinini (2007), em pesquisa a respeito da maternidade nas classes populares, constataram que a gravidez das mães solteiras ocorria

de forma não planejada, sem o apoio do pai da criança e marcada por uma experiência solitária e sofrida. Beltrami (2011) também salienta esse aspecto observado em sua amostra, afirmando que o período da gestação e posterior nascimento do bebê trazem grandes transformações para a mulher, podendo provocar instabilidade emocional, principalmente se não houver o apoio adequado do cônjuge ou dos demais familiares.

Em sua pesquisa, Nunes et al. (2007) concluíram que a ausência do pai pode trazer consequências negativas para a mulher, desde a descoberta da gestação até após o nascimento. No entanto, o que se verificou foi que a ausência paterna representou propulsor para que sintomas ansiosos e depressivos das puérperas se manifestassem, trazendo consequências negativas ao bebê. Diante de tal realidade, Beltrami (2011) salienta o papel fundamental que o pai assume como suporte materno para que ela possa exercer a função materna influenciando diretamente o desenvolvimento saudável do bebê.

Por fim, ainda em relação a saúde mental materna, a pesquisa de Cardoso e Bianchi (2007) com uma amostra de 173 mães com o objetivo de investigar o que leva uma mãe a amamentar ou não e a continuar a amamentar ou desistir de fazê-lo. Como resultado, pode-se verificar que as mães que amamentam desejaram a gravidez e receberam informações sobre o aleitamento e desfrutaram de um contato imediato e alojamento conjunto com o recém-nascido. As mães que não amamentaram consideraram que o aleitamento dificultava sua rotina.

Portanto, pode-se concluir que o aleitamento materno e toda a estruturação alimentar subsequente, bem como os ritmos de sono e vigília, a protoconversaç o entre mãe e bebê, passam por um projeto simbólico, fundamentais ao desenvolvimento do bebé e se relacionam a fatores sociodemográficos e psicossociais na medida em que estes afetam a qualidade de vida familiar a relaço que estabelece com o beb  no exercício das fun oes parentais.

2.4 ESTUDOS DE DETEC O PRECOCE

Ante a perspectiva do desenvolvimento enquanto um fen meno global, a clínica em interven o precoce surge como uma prática voltada para o bebê (considerando os aspectos instrumentais e estruturais que aporta) e seus pais ou aqueles que exercem as fun oes parentais. Sob esta perspectiva, considera-se o bebê enquanto um ser único e seus pais como participantes fundamentais na constru o da narrativa desse sujeito em constitui o. Dessa forma, a clínica em interven o precoce envolve-se com os aspectos maturativos e relacionais

que constituem o bebê. Por isso, na perspectiva que se apresenta, o bebê é pensado enquanto um enigma, pois, não apenas se desconhece, de antemão, a história na qual está inserido, como também é impossível prever como se desenvolverá (TERZAGHI; PEDEMONTE, 1996).

Pensando no bebê como um todo que se constitui e é constituído na relação com aquele que cumpre o que é próprio da função materna, assumindo a posição de Outro e sustentando o desejo (de que a criança se desenvolva), pode-se pensar a intervenção precoce a partir da relação mãe-filho e pais-filhos. A importância de lançar o olhar sobre a relação para se prever risco ao desenvolvimento e, em especial, ao desenvolvimento psíquico, intervindo precocemente quando necessário, faz-se pertinente no contexto atual.

Segundo Wanderley et al. (2008), nos últimos anos, a avaliação do desenvolvimento infantil no Brasil tem sido realizada com escalas classificatórias e métricas que fornecem referenciais normativos do desenvolvimento. Essas avaliações avaliam comportamentos e/ou habilidades de forma isolada, desconsiderando a influência da relação do bebê com sua mãe ou cuidador mais próximo, o que poderia contribuir de forma significativa à percepção da constituição da subjetividade do bebê. Por esse motivo, os testes psicométricos não abarcaria o conjunto de aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento do bebê, o que viabilizaria a formulação de uma hipótese a respeito da relação mãe-bebê para se pensar em possíveis intervenções.

A partir da análise de estudos voltados para os pais, Saint-Georges et al. (2013) concluíram que os mesmos são uma fonte preciosa para identificar dificuldades precoces e possível risco de autismo antes mesmo da criança completar o segundo ano de vida. A partir de relatos de pais de crianças que se tornaram autistas os sinais mais evidenciados foram: problemas de linguagem, dificuldades de interação social e comunicação, ausência de contato visual, anomalias do controle motor, dificuldades de sono, alimentação e atenção, desenvolvimento atípico (por exemplo, lentidão aparente ou perda de aquisições) e não responsividade ao nome próprio. A partir dos sintomas reportados, os pesquisadores estabelecem três categorias diferentes associadas a cronologias diferentes de preocupações e diagnóstico:

- Preocupações precoces: evidências de problemas motores e passividade;
- Preocupações intermediárias: evidências de problemas emocionais, hiperatividade e problemas de sono;

- Preocupações tardias: evidências de problemas de comunicação e interação social e comportamentos no espectro do autismo conforme o DSM-5.

Diante dessas questões, Kupfer (2000) sugere a possibilidade de um diagnóstico em Psicanálise em oposição ao da Psiquiatria, a partir da posição subjetiva do sujeito em relação ao Outro. Nessa perspectiva, ao invés de crianças psicóticas, poderão ser observadas crianças que assumem diferentes posições, entretanto compartilham de uma falha no registro simbólico que se manifesta das mais diversas formas. Ao passo que ao invés de autistas, encontraremos crianças nas quais o registro imaginário não se estruturou suficientemente bem, o que pode ser evidenciado das mais diversas formas.

Considerando a variabilidade das formas clínicas que resistem a qualquer tipificação e pensando na relação da díade mãe-bebê enquanto singular, surge uma possibilidade de prevenção. Trata-se da observação de sinais que, apesar da singularidade, evidenciam a qualidade do laço que se estabelece entre mãe e bebê, bem como a forma como cada participante retroalimenta este círculo rumo ao desenvolvimento do bebê. Essa perspectiva lança a possibilidade de se “prevenir como cuidado” (CAVALCANTI, 2008, p. 53), detectando sinais que possam sinalizar para um sofrimento psíquico e repercutir no desenvolvimento do bebê desde a mais tenra idade.

Nesses termos, a psicanálise tem aportado nesta direção uma bateria de recursos clínicos que aparecem sistematizados nos trabalhos do PREAUT e dos IRDI. Em outra perspectiva de desenvolvimento, apresentam-se testes como o Teste DENVER II, utilizado nesta pesquisa, que consideraram o desenvolvimento infantil a partir da análise de aspectos neuropsicomotores, pessoal- social e de linguagem ancorados em uma visão das produções isoladas do bebê, sem que seja analisado seu ambiente e vínculo psicossocial. A abordagem desses protocolos nesta pesquisa é justamente para mostrar os alcances e as limitações de cada campo a partir da comparação dos resultados no acompanhamento longitudinal dos bebês.

2.4.1 Os sinais PREAUT

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 do tipo autístico” (Evaluation d’un ensemble cohérente d’outils de repérage des troubles precoces de

la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique) é um estudo multicêntrico longitudinal e prospectivo que se desenvolveu na França entre os anos de 2006 e 2011, em uma amostra de 4822 crianças. Nela, as crianças foram avaliadas no quarto e no nono mês, a partir de dois sinais elaborados por Laznik (2013a) visando observar o fechamento do circuito pulsional. Isso porque o fechamento do circuito pulsional torna-se evidente quando o bebê percebe que ele é fonte de prazer para o adulto e inicia trocas prazerosas, jubilatória com seus cuidadores (Ibid., p. 101).

Os primeiros resultados das avaliações do estudo, após quatro anos de aplicação do protocolo, realizado com 3765 bebês, apresentou 28 (prevalência de 0,74%) bebês com sinal de risco em uma das provas da pesquisa, mostrando a grande sensibilidade da prova do quarto mês que é, portanto, “muito sensível aos atrasos do desenvolvimento em geral, não específico de espectro” (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015, p. 445). Dos 28 bebês, quatro foram perdidos e as 24 restantes foram novamente avaliadas aos 2 e 4 anos de idade a partir de um duplo exame, sob a perspectiva cognitiva, a fim de acompanhar o desenvolvimento desses bebês:

- a) Avaliação pediátrica;
- b) Avaliação psicológica composta por prova de desenvolvimento (WPPSI, de acordo com as características da criança) e prova de sintomatologia do autismo (CARS).

Segundo Crespin e Parlato-Oliveira (2015), dos 24 bebês que apresentaram risco em um dos exames, pode-se verificar que: 2 crianças com Transtorno Autístico (TA), 4 com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), 1 com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 1 atraso mental leve, 1 atraso de desenvolvimento com déficit mental leve (sofrimento fetal, prematuridade, precariedade psicossocial), 1 atraso de desenvolvimento com transtorno da relação não específico do espectro e 2 atrasos de linguagem. Em relação à prevalência por sexo nos bebês que permaneceram na pesquisa, encontraram-se: 16 meninos e 8 meninas. Além disso, dos 24 bebês com PREAUT alterados, apenas dois foram diagnosticados com autismo, sendo ambos do sexo masculino. Tais resultados demonstram que os sinais PREAUT aos 4 e aos 9 meses, podem ser utilizados como importante instrumento para a avaliação de estados de sofrimento em crianças com idade inferior a 2 anos de idade e impasses em seu desenvolvimento, podendo ou não evoluir para um quadro de autismo, apesar de tais indicadores serem pouco específicos neste período.

Em estudo recente, Ouss et al. (2013) acompanhou 25 crianças com Síndrome de West ao longo de 24 meses. No estudo, os protocolos utilizados para avaliação foram: o protocolo PREAUT aos 4 e aos 9 meses e o CHAT aos 18 e aos 24 meses. Dentre os resultados, evidenciou-se que os resultados do PREAUT aplicados aos 9 meses (apresentaram os mesmo parâmetros preditivos que o CHAT (plicado aos 18 e aos 24 meses), concluindo-se que, no contexto da Síndrome de West, o protocolo PREAUT é um interessante instrumento a ser utilizado por profissionais que se voltam aos cuidados dos bebês com o objetivo de predizer o risco para o autismo e déficit intelectual aos 4 anos e promover intervenção precoce quando necessário.

A partir de filmes caseiros de crianças autistas, Laznik (2015, p. 57), assinala o quanto, nos primeiros meses de vida dessas crianças, seus pais tentaram persistentemente estimulá-los em vão. Esta é uma condição na qual os primeiros sinais são evidentes, tal como demonstrou a pesquisa PREAUT (Programa de Pesquisa e Avaliação de Autismo).

Sem privilegiar nenhuma etiologia, a hipótese da Pesquisa PREAUT postula que há, no curso dos primeiros meses de vida, a possibilidade de se verificarem os primeiros passos da criança rumo à linguagem a partir das trocas com o seu cuidador, usualmente a mãe, mesmo sendo ele um bebê pré-termo. Sob essa ótica, Laznik et al. (1998) concebeu a hipótese de dois sinais indicativos de interação e/ou protoconversaão entre a mãe-bebê que poderiam representar riscos para a constituição psíquica do bebê, tendo em vista que estão associados ao fechamento do circuito pulsional. São eles:

- Sinal comunicativo 1 (S1): O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela;
- Sinal comunicativo 2 (S2): o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

Desse modo, o protocolo PREAUT tem um duplo objetivo, tal como sugerem Crespim e Parlato-Oliveira (2015, p. 441), a saber:

- Identificar e medir a confiabilidade e a sensibilidade de indicadores de risco de evolução para o autismo antes dos 2 anos, para disponibilizar esses indicadores para equipes de saúde; e
- Contribuir para diminuir a idade das primeiras consultas especializadas para favorecer as intervenções precoces e adaptadas.

O Grupo PREAUT defende que a ausência desses sinais são reveladores de certa dificuldade de interação mãe-bebê, podendo predizer uma perturbação grave do desenvolvimento do tipo autista (LAZNIK et al., 1998). Isso acontece porque a procura do olhar da mãe por parte do bebê e os jogos jubilatórios desenvolvidos entre a díade, permitem que, a partir da vocalização, do balbucio, do manhês e dos cuidados maternos, a mãe vá estimulando o bebê à comunicação. Esses dois sinais apontados por Laznik (1998) são facilmente identificáveis ao longo do 4º e 9º mês, evidenciando que o bebê chega ao terceiro tempo do circuito pulsional, fazendo-se olhar, ouvir e beijado por sua mãe (pulsões escópica, invocante e oral).

Na presente investigação, os dois sinais comunicativos S1 e S2, concebidos por Laznik et al. (1998), serão avaliados ao longo do 4º e 9º mês conforme sugerido pelo Projeto PREAUT. Também avaliar-se-ão nos nove primeiros meses de vida dos bebês as três primeiras fases dos IRDIs: dos 0 aos 4 meses incompletos, dos 4 aos 8 meses incompletos e dos 8 aos 12 meses incompletos. Os resultados obtidos com ambos os instrumentos serão comparados, conforme será explicado na seção de metodologia.

A partir dos dois sinais (Laznik et al., 1998), construiu-se o protocolo PREAUT, ilustrado no quadro 1.

Quadro 1 - Sinais PREAUT verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês. (continua)

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
Realizar a segunda parte do questionário se o somatório das questões 1 e 2 for inferior a 5		
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

Quadro 1 - Sinais PREAUT verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês. (conclusão)

4. Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou 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

Fonte: LAZNIK et al. (1998).

2.4.2 Indicadores de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs)

No período de 2004 a 2008, realizou-se a pesquisa multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), que teve como objetivo criar e validar indicadores clínicos aplicáveis nas consultas pediátricas de rotina, visando detectar, ainda na primeira infância, da incidência de risco psíquico e problemas de desenvolvimento infantil, sob a perspectiva da teoria psicanalítica. Dessa forma, tornar-se-ia possível o acompanhamento precoce dos casos em que foi evidenciada a presença de suspeita de problemas na estruturação psíquica (KUPFER et al., 2010).

Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, sem desconsiderar o âmbito da maturação, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico (KUPFER et al., 2009, p.50), este último pensado enquanto instância psíquica inconsciente que é construído desde o início da vida da criança, a partir do campo social em que ela está imersa. Nessa perspectiva, a cultura e a linguagem que envolve a existência da criança desde a sua mais tenra idade e lhe são transmitidas na relação com seus cuidadores – especialmente a mãe – deverão lhe instrumentalizar com significações para que ela construa um lugar para si no mundo.

Inicialmente, a pesquisa IRDI desenvolveu um instrumento composto de 31 Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida do bebê. O estudo utilizou um desenho de corte transversal seguido por um estudo longitudinal numa amostra de 674 crianças atendidas em clínicas pediátricas, unidades e/ou centros de saúde. A aplicação do IRDI foi concluída em 2006. A partir de então, no ano de 2007, uma amostra menor foi constituída com 267 crianças e avaliada aos 3 anos de idade. Nessa avaliação final foi aplicado o roteiro para a Avaliação Psicanalítica (AP3) e o roteiro

para a Avaliação Psiquiátrica. Desses resultados, definiu-se o desfecho clínico da pesquisa (KUPFER et al., 2008):

- a) Presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança: apontando, de modo geral, para a existência de dificuldades de ordem psíquica que estão repercutindo no desenvolvimento da criança. Nesse sentido, refere-se às funções instrumentais que se instauram a partir da estruturação psíquica (pensando aqui na posição que o sujeito assume na relação com o Outro primordial). Aqui, pode-se pensar na psicomotricidade, inteligência, aprendizagem, hábitos do cotidiano, socialização, aquisição da linguagem.
- b) Presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito: aqui, pode-se pensar nos sintomas conclusivos, que, além de sinalizarem problemas de ordem psíquica, evidenciam “entraves no processo mesmo de constituição subjetiva e indicam problemas mais estruturais apontando um risco de evolução em direção às psicopatologias mais graves (KUPFER et al., 2008, p. 223).

A análise estatística evidenciou que o IRDI, com seus 31 indicadores, “possui uma capacidade maior de predizer problemas de desenvolvimento do que a capacidade de predizer risco psíquico” (KUPFER et al., 2008, p. 224). Tais evidências demonstraram uma amplitude maior do instrumento, quando considerada a intenção inicial da pesquisa que era, justamente, identificar sinais precoces de evolução posterior de patologias graves, como o autismo e a psicose. Mesmo assim, pôde-se verificar que alguns indicadores, a partir da análise fatorial, apresentaram maior predição de risco psíquico de um modo genérico ou sem especificação de patologia. Desses, quatro indicadores isoladamente e três grupos de indicadores, totalizando 18 indicadores, apresentaram sensibilidade para predizer risco à constituição do sujeito. A partir de então, foi desenvolvido um instrumento composto por um “conjunto de 18 indicadores cujas ausências foram validadas como capazes de detectar risco psíquico” de modo mais potente (KUPFER et al., 2008, p. 227) e dentre indicadores isolados e grupos de indicadores com capacidade preditiva maior, conforme será explanado a seguir.

Cavalcanti (2008) salienta que uma das conclusões que a pesquisa IRDI quer evitar é de que seus indicadores sejam tomados como hipótese diagnóstica em tão tenra idade. Eles devem ser tomados como sinais positivos de desenvolvimento cuja ausência sinaliza a presença de sofrimento psíquico, que pode levar a um quadro de psicopatologia grave (risco psíquico) ou a obstáculos ao desenvolvimento (risco ao desenvolvimento). Não devem ser

tomados como uma profecia negativa, mas como sinais de alerta.

Os indicadores foram pensados a partir da hipótese de que a verificação da presença de um sujeito psíquico e de possíveis riscos à sua constituição só é possível a partir dos efeitos indiretos que ele produz, isto é, apoiado em sinais fenomênicos que permitam supô-lo. Por isso, os indicadores foram construídos a partir de quatro eixos teóricos fundamentais na relação mãe-filho que determinam a constituição do sujeito. Esses eixos foram definidos, sob a perspectiva psicanalítica, a partir das diferentes operações psíquicas que se estabelecem nos primeiros anos de vida de uma criança, são eles: suposição de um sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), e função paterna (FP). É importante salientar que, para a construção desses quatro eixos, a pesquisa IRDI partiu do princípio de que “o trabalho materno se tece gradualmente em torno desses quatro eixos, e tem como resultado a instalação de um sujeito psíquico, a partir do qual o desenvolvimento de uma criança se organiza” (KUPFER et al., 2009, p. 52).

O eixo da suposição de sujeito (SS) caracteriza uma antecipação do agente materno da existência de um sujeito psíquico no bebê ainda não constituído. Essa antecipação se dá graças a preocupação materna primária onde a mãe, com uma sensibilidade aumentada às manifestações do bebê, lhe empresta seu olhar e voz através da protoconversa e do manê carregado de uma musicalidade e carga afetiva. A mãe interpreta o apelo de seu bebê e vê em seu corpinho o que ainda não está lá, “supõe que ele já está constituído psiquicamente, o que, de fato, não aconteceu” (CATÃO, 2009, p. 74).

No eixo do estabelecimento da demanda (ED) estão reunidas as primeiras manifestações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer que são interpretadas pela mãe como sendo um pedido dirigido a ela e que ela se põe em posição de responder. Essa demanda encontra-se na base de toda a atividade posterior de linguagem e marcará todas as futuras relações do sujeito (KUPFER et al., 2009).

Em seguida, o eixo da alternância presença e ausência (PA) caracteriza a alternância entre presença e ausência que marcam todas as ações maternas. Nesse contexto, “a ausência materna marcará toda a ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança a desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização” (KUPFER et al., 2009, p. 52). Ao passo que a presença materna não será apenas física, mas também simbólica. Será no intervalo entre a ausência e a experiência de satisfação proporcionada pela presença da mãe que poderá surgir uma resposta da criança.

Por fim, no eixo da função paterna (FP) busca-se verificar os efeitos desta função que baliza a função materna. A função paterna surge num primeiro momento por meio do discurso da mãe e ocupa o lugar de terceiro na relação mãe-bebê, orientada pela dimensão social. O exercício da função paterna poderá ter como efeito uma separação simbólica entre mãe e bebê, impedindo assim “a mãe de considerar seu filho como um ‘objeto’ voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, a possibilidade do efetivo exercício da função paterna garabte a singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas” (KUPFER et al., 2009, p. 52).

A partir de tais eixos, formulados teoricamente a partir do olhar sobre rica e extensa experiência clínica foram formulados 56 indicadores, reduzidos a 31 a partir do julgamento de experts. Os 31 indicadores estão no quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 31)

FASE I - 0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao manhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
FASE II - 4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. Criança começa a diferenciar dia e noite.	ED/PA
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	ED
8. Criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
10. Criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra criança está se dirigindo a ela	ED
11. Criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
12. Mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ED/PA
13. Criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/FP
FASE III - 8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
14. Mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção.	ED/SS
15. Durante cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
19. A criança possui objetos prediletos.	ED
20. A criança faz gracinhas.	ED
21. A criança busca olhar de aprovação do adulto.	ED
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
FASE IV - 12 A 18 MESES INCOMPLETOS	
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP
26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP

Quadro 2 - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 31 indicadores.
(Conclusão)

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

Fonte: Kupfer et al. (2009).

Observa-se no quadro 2 a importância dos eixos estabelecimento da demanda e função paterna na previsão de risco psíquico nos casos estudados na pesquisa multicêntrica coordenada por Kupfer et al. (2008). No entanto, os demais eixos também compõem nos agrupamentos encontrados como preditores de risco psíquico, como os 5 índices da fase I que juntos formavam um fator, relacionados a suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e alternância presença-ausência, todos eixos fundamentais no processo de alienação inicial.

Também na faixa etária entre 4 a 8 meses incompletos, os fatores 6, 7, 8 e 9 (dos 31 índices) apresentam-se como relevantes quando emergem em conjunto para prever risco. Na fase III o 16 e 22 e na fase IV, 23, 24, 26 30. Na faixa etária final, é evidente a crescente importância do eixo função paterna, que evidencia a instalação do processo de separação.

A partir da aplicação da pesquisa com os centros que dela participaram, e da análise fatorial realizada pode-se visualizar os 18 indicadores considerados mais potentes na diferenciação de grupos estatisticamente, e que tem sido utilizado nas pesquisas de Santa Maria desde 2010.

Quadro 3 - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 18 indicadores.
(continua)

FASE I - 0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao manhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
FASE II - 4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
FASE III - 8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
13. A criança faz gracinhas.	ED
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED

Quadro 3 - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 18 indicadores.
(conclusão)

FASE IV - 12 A 18 MESES INCOMPLETOS	
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	ED/FP
18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP

Fonte: Kupfer et al. (2009).

No relatório da pesquisa IRDIs ao ministério da saúde (KUPFER et al., 2008), apresentado na escola de saúde pública em Porto Alegre, onde a orientadora desta dissertação teve acesso ao instrumento, não foi colocada qualquer objeção a utilização dos 18 indicadores finais, ou recomendado o uso dos 31 indicadores fruto da validação de conteúdo. Deste modo, o grupo de pesquisa de Santa Maria, iniciou pesquisas com os indicadores tomando como referência os 18 indicadores fruto da análise fatorial, inclusive na análise quantitativa da pesquisa maior na qual se insere esta dissertação.

Também foram considerados os resultados relativos aos pesos do risco relativo de alguns indicadores na associação com risco psíquico conforme se pode visualizar no quadro 4.

Quadro 4 - Associação entre indicadores e risco psíquico referentes aos IRDIs com 31 indicadores.

Indicador	Risco relativo	Intervalo de confiança
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	3,46	1,19 - 10,07
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	2,93	1,49 - 5,73
22. A criança aceita alimentação sólida, semi-sólida variada	3,75	1,37 - 10,28
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para ela	4,19	1,74 - 10,06

Fonte: relatório Kupfer et al. (2008) - apresentação Escola de Saúde Pública RS-2010.

Fingerman (2008) assinala que a pesquisa IRDI inclui uma “cronologia no desenvolvimento do enlaçamento pulsional”, pois parte da instauração da demanda por parte do Outro primordial, seguido pelo espaço necessário para que o bebê lance uma resposta. Nesse laço de alienação e separação, o sujeito vai se constituindo a partir do encontro com o Outro. Nesses termos, verifica-se que é justamente “nesse enlaçamento, nessa relação e suposição de sujeito pela mãe, que vai se abrir esse espaço de passagem da necessidade à demanda” (FINGERMAN, 2008, p. 61).

Esse espaço, conclui Fingerman (2008), é o espaço da “dimensão significativa e estruturante do mal-entendido”. Nele, a mãe assinala seu não saber sobre o bebê, abrindo uma brecha entre a necessidade e a demanda, permitindo que o desejo do sujeito escape e a instauração do circuito pulsional seja lançada. Com isso, estabelece-se o enlaçamento pulsional entre necessidade, demanda, desejo e satisfação, evidenciados nos cuidados da mãe ou quem exerça sua função à criança e nas respostas que o bebê elabora diante disso.

O instrumento IRDIs (KUPFER et. al., 2009), que aqui chamaremos como IRDIs, versão reduzida, vem sendo utilizado em pesquisas recentes, tais como as de Crestani et al. (2013), Flores et al. (2013), Beltrami et al. (2013) e Vendruscolo et al. (2012), com o objetivo de investigar os riscos ao desenvolvimento em relação às funções parentais, impasses no processo de aquisição da linguagem, bem como variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais. Essas pesquisas utilizaram o IRDIs em conjunto com avaliações de linguagem a partir do campo fonoaudiológico e avaliações dos estados emocionais maternos e exercício das funções parentais a partir do campo psicológico. Esses estudos evidenciaram relações estatisticamente significativas entre a constituição psíquica e a emergência de aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento do bebê.

Quanto a relação entre riscos ao desenvolvimento infantil e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais, Crestani et al. (2013) evidenciaram em cada uma das quatro fases dos IRDIs avaliadas, os eixos teóricos que orientam os indicadores relacionam-se com aspectos ambientais e situacionais que fazem parte da vida do bebê, demonstrando a sua importância para o seu desenvolvimento. Na pesquisa em questão, foi utilizado o modelo de regressão logística, considerando o nível de significância de 10%. Dentre os fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais, destacaram-se: baixa renda familiar e histórico de sofrimento psíquico materno como fatores de risco; e apoio familiar na figura do cônjuge, e assistência pré-natal como fatores de proteção. Em relação à sofrimento psíquico materno, percebe-se a limitação nas interações mãe-bebê evidenciada nos resultados captados pelos índices da Fase I dos IRDIs, pois estes avaliam, principalmente, a presença de protoconversa inicial entre a mãe e o bebê, a partir do uso do manhês, a troca de olhares e a resposta do bebê.

Ressalta-se ainda o fato de a variável demográfica idade materna mostrar que as mães com menos de vinte anos e com mais de trinta e cinco anos apresentaram nove vezes menos chance de apresentar um bebê com risco em relação às mães entre 20 e 34 anos. Esse resultado surpreendeu os pesquisadores por se tratar desta a fase de melhores condições

biológicas para a maternidade. No entanto, os mesmos fizeram uma observação acerca do fato de, em sua amostra, haver um grande número de mulheres do lar, sem vida profissional, o que se apresentou como risco ao desenvolvimento dos filhos, ou seja, uma mãe em boas condições biológicas mas sem perspectiva profissional apresentou-se com maior dificuldade para exercer a função parental. Essa impressão inicial pelo tipo de associação estatística encontrada carece, no entanto, de um aprofundamento sociológico em pesquisas futuras, a se repetir o resultado na continuidade de pesquisas de coorte na realidade de Santa Maria - RS.

Vendruscolo et al. (2012) investigaram a relação entre o aleitamento, a transição alimentar e os IRDIs. As autoras delinearão o estudo a partir de dois grupos, a partir de duas situações mais recorrentes: bebês que tiveram a alimentação complementar introduzida precocemente, isto é, o aleitamento exclusivo não foi garantido até o sexto mês como é sugerido pelo Ministério da Saúde e bebês que não apresentaram a transição alimentar no período adequado, prorrogando o período de aleitamento materno exclusivo, sem introdução de sólidos e semi-sólidos após os seis meses. Em relação à transição alimentar, foi observado que o grupo que iniciou no período anterior aos seis meses representou um número significativo (46%) em relação a toda a amostra.

Nesse sentido, Crestani et al. (2013) verificaram que mães donas de casa apresentam uma prevalência maior na oferta do aleitamento misto em relação às mães que possuem alguma atividade profissional. Tais resultados sugerem que a preferência pelo aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses não está associada à disponibilidade física materna, mas sim ao seu desejo e ao exercício da função materna. Por outro lado, observou-se, a partir dos relatos maternos, que o grupo de crianças que apresentou atraso na transição alimentar possuía livre demanda do seio, tanto diurna quanto noturna, impedindo a inserção de alimentos. Vendruscolo et al. (2012) sugerem que, se num primeiro momento, a dificuldade de aleitamento materno sugere problemas no exercício da função materna, o atraso na transição alimentar pode evidenciar problemas no exercício da função paterna, pois o processo de separação é o que se apresentava projetado nos IRDIs alterados nos bebês com demanda livre do seio após seis meses de idade.

Beltrami et al. (2013) investigaram a relação entre risco ao desenvolvimento a partir dos IRDIs e ansiedade materna puerperal. Os resultados demonstraram que há uma relação positiva entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e presença de estado ansioso materno. As autoras afirmam que os resultados indicam que a presença de risco é multifatorial, abrangendo aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, não

podendo se estabelecer uma relação de causa e efeito entre presença de ansiedade materna e presença de risco ao desenvolvimento infantil. A ansiedade, entretanto, repercutiu diretamente na experiência da maternidade em algumas mulheres. Por isso, verificou-se que a alteração de humor em algumas mães pôde influenciar no exercício da função materna.

Por fim, Flores et al. (2013) encontraram resultados que corroboram com Beltrami et al. (2013). Para tais autoras, o estado de humor materno tendeu a influenciar a relação entre mãe e bebê, dada a associação entre os estados de humor maternos alterados e a presença de riscos ao desenvolvimento infantil em termos de constituição subjetiva. Tais resultados confirmam a hipótese de que a mãe, na posição de Outro Primordial, tem papel fundamental e determinante não apenas na constituição psíquica do bebê como também em seu desenvolvimento de um ponto de vista mais global.

2.4.3 Teste DENVER II

O Teste DENVER II (ANEXO A) é originário do Denver Developmental Screening Test (DDST) desenvolvido por Franckemburge Dodds em 1967, nos Estados Unidos, na Medical Center da Universidade do Colorado. O instrumento visa avaliar o desenvolvimento de crianças e bebês, identificando casos em que apresentem atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, e tem um caráter de triagem.

Portanto, o DENVER II não apresenta valor prognóstico, mas assinala marcos no desenvolvimento neuropsicomotor em referência a faixa etária, a partir de 125 sinais e que foram divididos em quatro áreas:

- a) Pessoal-Social: aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar;
- b) Motor fino ou adaptativo: coordenação olho-mão, manipulação de pequenos objetos;
- c) Linguagem: produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagem; e,
- d) Motor amplo ou grosso: controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla.

Para cada um dos itens, na própria folha de teste, é representada a porcentagem de crianças capazes de realizá-lo (25, 50, 75 e 90%), com base na amostra normativa de crianças

norte-americanas Os critérios de pontuação atribuídos a cada item, são: “passa”, “falha”, “sem oportunidade” ou “recusa”. Como alguns itens podem ser pontuados por meio de relato dos pais ou responsáveis, obtêm-se as informações de duas fontes: da observação direta da criança ou do relato dos responsáveis. Todos os itens são testados de acordo com procedimentos padronizados descritos no manual.

Ao final da avaliação, pode-se classificar o desenvolvimento global do bebê em normal ou suspeito. Os materiais utilizados para tal investigação são: sino; pompom de lã vermelho; bola de tênis; boneca; mamadeira; chocalho; dez cubos (conforme tamanho e cor estipulados no manual); uva passa e pote (FRANKENBURG et al., 1992). No presente estudo, o teste DENVER II foi aplicado tanto em relação aos dados normativos do mesmo como entre os distintos grupos da amostra: com e sem risco psíquico, prematuros e a termo.

Em pesquisa recente, Pinto et al. (2015), com 150 crianças paulistanas de ambos os sexos e idade entre 24 e 60 meses, sem queixas de alterações no desenvolvimento, aplicaram o DENVER II, avaliando três comportamentos específicos das quatro áreas em cada uma das quatro faixas etárias observadas: 24 meses, 36 meses, 48 meses e 60 meses. Dentre os resultados, verificou-se que nem todos os comportamentos avaliados foram registrados na frequência de ocorrência proposta pelo padrão original, isto é, alguns comportamentos foram verificados em idades posteriores e outros anteriores. Verificou-se também que na faixa etária dos dois anos, a área do “Motor Grosso” foi o que apresentou maior coincidência de ocorrência em relação ao padrão original. Por outro lado, na mesma faixa etária, a área da “Linguagem” foi o que apresentou a menor incidência com o padrão original, tal como evidenciado no estudo de Araújo (2013). Tais resultados sugerem o potencial do DENVER II para verificar aspectos relacionados ao desenvolvimento dos aspectos motores. Esse foi um dos fatores que levaram o grupo a qual esta pesquisa faz parte a inserir tal teste. O outro motivo refere-se ao fato de o DENVER-II ser um teste utilizado com maior frequência em serviços de seguimento de prematuros no Brasil, embora diversos estudos internacionais mencionados na seção acerca da prematuridade utilizem a escala Bayley. Entretanto, no caso da escala Bayley, o grupo não pôde ser acesso à formação que instrumentaliza os avaliadores para realizar tal avaliação.

Mesmo assim, Costa et al. (2015), em estudo com 319 crianças, sendo 56% (178) do sexo masculino e 44% (141) do feminino, com idades entre 36 e 48 meses, constataram a presença de atraso no desenvolvimento linguístico em 59,2% (189), sendo que 62,4% (111) eram meninos e 55,3% (78) eram do sexo feminino. Além disso, verificou-se associação

estatisticamente significativa entre os resultados do desenvolvimento linguístico, segundo o DENVER II e as variáveis: idade materna inferior a 19, escolaridade paterna superior a 8 anos de escola e renda. Segundo os autores (ib. Idem), em relação à escolaridade paterna, evidenciou-se que, quanto maior a escolaridade paterna, melhores são as condições financeiras e, conseqüentemente, mais diversificado o padrão de linguagem utilizado pelos pais nas interações com seus filhos, proporcionando-lhes estratégias verbais cada vez mais complexas.

Muluk et al. (2014) também observaram que os resultados obtidos na área da “Linguagem” apresentaram correlação com fatores maternos, tais como idade, escolaridade e renda, em todas as faixas etárias investigadas. Pinto et al. (2015), verificaram relação estatisticamente significativa entre a escolaridade dos pais e o sexo das crianças com a variável desenvolvimento da linguagem.

Dessa forma, entende-se que fatores sociais como idade materna, escolaridade dos pais e renda podem representar um fator de proteção ao desenvolvimento infantil, a partir do DENVER II, pois se relacionam a habilidades cognitivas parentais utilizadas para estimular o potencial dos filhos, promovendo seu desenvolvimento, mesmo que o tempo dedicado a eles seja menor. Tais resultados confirmam a hipótese da influência de fatores ambientais no desenvolvimento da criança, principalmente no que tange os aspectos de “Linguagem”.

No entanto, cabe ressaltar a contradição entre os estudos observados no DENVER II acerca da idade materna com os realizados na realidade de Santa Maria, pois aqui a idade inferior a 20 anos não se representou risco, quando utilizado os IRDIs.

3 METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS GERAIS DO DELINEAMENTO

Esta pesquisa é do tipo quali-quantitativa, com objetivo descritivo e delineamento do tipo levantamento, utilizando instrumentos estatísticos para a “formulação de hipóteses, definições operacionais de variáveis, quantificação nas modalidades de coleta de dados e informações” (GRESSLER, 2004, p. 43). Apresenta uma coorte prospectiva, pois acompanhou bebês prematuros e a termo entre os três e nove primeiros meses de vida, enfocando a presença ou ausência de risco psíquico, a partir da aplicação dos dois protocolos e a observação do processo interativo mãe-bebê.

A presente pesquisa visou contribuir para o desenvolvimento do projeto guarda-chuva intitulado “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: de detecção à intervenção”, cujo responsável é a pesquisadora Ana Paula Ramos de Souza.

O referido projeto, em fase de implementação no seguimento de prematuros do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal no Camobi, faz parte da Pesquisa PREAUT Brasil, intitulada “Perturbações precoces da comunicação e da interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental na primeira infância” (registro GAP CCS 032477). A Pesquisa PREAUT Brasil visa avaliar a possibilidade da construção de uma metodologia para detecção de riscos da comunicação e da interação que possa ser usada pelos profissionais da área da saúde nos serviços públicos de atendimento à criança de 0 a 2 anos em suas consultas de rotina (PREAUT BRASIL).

A pesquisa está reunindo uma amostra estimada de 140 bebês, distribuídos em:

- Bebês prematuros extremos ou muito prematuros (idade gestacional inferior a 32 semanas e peso inferior a 1500 gramas);
- Bebês prematuros (idade gestacional acima de 32 semanas e peso superior a 1500 gramas); e,
- Bebês a termo como grupos controle.

Dessa amostra, para a presente pesquisa foram incluídos todos os bebês que no período de coleta já haviam atingido os nove meses de idade, somando um total de 80 bebês.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Seguindo a pesquisa maior, “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: da detecção à intervenção”, do qual este estudo faz parte, a amostra total para o estudo foi de 80 bebês, sendo 55 bebês a termo e 25 bebês prematuros em “idade corrigida”. O tamanho da amostra foi definido em função do número de bebês que havia completado nove meses até o final do período de coleta desta dissertação.

Em relação à “idade corrigida”, Formiga (2009) salientam que a mesma deve ser calculada a partir da subtração entre a idade cronológica em semanas do bebê menos 40 semanas. Essa diferença deve ser somada à idade cronológica do bebê para se descobrir a data “corrigida” de seu nascimento.

A amostra contou com:

- 55 bebês a termo com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas (259 dias).
- 21 bebês com prematuridade tardia e idade gestacional entre 32 e 36 semanas e seis dias (224 a 258 dias);
- 4 bebês com prematuridade moderada e idade gestacional entre 28 e 31 semanas e 6 dias (196 e 223 dias);
- A amostra não contou com nenhum bebê com prematuridade extrema e idade gestacional entre 24 e 27 semanas e seis dias (168 a 195 dias).

3.2.1 Critérios de inclusão da amostra

Foram convidadas a participar deste estudo, todas as mães cujos bebês apresentavam idade inferior a um mês, tanto os bebês a termo quanto os prematuros com “idade corrigida”, no período entre agosto de 2014 e maio de 2015, que frequentavam ao menos um dos locais de puericultura: no setor do teste do pezinho na Unidade Básica de Saúde próxima ao hospital universitário, escolhida por ter uma quantidade de 150 nascimentos anuais, e no setor de acompanhamento de prematuros extremos do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). No primeiro setor foram convidadas a participar as mães dos bebês a termo e prematuros moderados e tardios. No HUSM, foram convidadas as mães dos bebês prematuros extremos que permaneceram ou não em internação na UTI neonatal após o nascimento.

3.2.2 Critérios de exclusão da amostra

Foram excluídos todos os bebês que apresentaram qualquer espécie de síndromes genéticas (síndrome de Down, X-frágil, etc.), lesões neurológicas como encefalopatia crônica não progressiva, ou déficits sensoriais como surdez ou déficit visual. Esse critério de exclusão foi garantido nos bebês prematuros a partir das avaliações que o seguimento de prematuros do hospital universitário realiza quando estes foram encaminhados e no caso dos bebês a termo, a partir das avaliações que os pediatras fizeram na unidade básica de saúde. Diante de qualquer suspeita de déficits sensoriais ou outras limitações orgânicas, os bebês foram encaminhados para exames médicos e seus dados retirados da amostra.

3.2.3 Aspectos éticos

Esta pesquisa, conforme normas regulamentadas pela Resolução 466/2012 (BRASIL Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012), passou por Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP) da UFSM e por autorização da Secretaria Municipal de Saúde, inserida no projeto maior intitulado “**Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção**”, autorizado em maio de 2014 no CEP – UFSM sob número de CAE: 28586914.0.0000.5346.

A pesquisa não ofereceu riscos físicos ou morais para os participantes, uma vez que os exames realizados pela equipe são procedimentos simples e não-invasivos, podendo contribuir para a identificação precoce de risco para perturbações da comunicação e da interação. Entretanto, a pesquisa necessitou que as díades comparecessem ao local de avaliação para que fossem feitas as filmagens e as avaliações, o que pôde causar um pequeno desconforto.

Nos casos em que foi identificado risco para perturbações da comunicação e da interação, as crianças foram encaminhadas para intervenção, sobretudo quando se identificou risco grave. Nem todos os bebês seguiram para tratamento a partir da indicação da equipe, pois houve necessidade de estabelecer a demanda para tanto. O fato de a equipe identificar a demanda por intervenção não significa que a família assim percebesse. Por isso, priorizaram-se casos mais graves nos quais insistimos para algum tipo de intervenção entre 6 e 9 meses, visto que percebemos que aos 6 meses vários bebês ficaram bem. A permanência de sinais de risco nesta faixa etária é o que determinou o encaminhamento. Especificamente entre os 80 bebês dois foram encaminhados antes de completarem 9 meses, são eles:

- **T27:** menino, nascido a termo, com idade gestacional 266 dias. Apresentou, na primeira avaliação, pontuação no PREAUT igual a 3. Na ocasião, o bebê não procurava “se fazer” olhar por sua mãe sem ou com estímulo (protoconversaço), não a olhava, sorria ou interagia com ela, mas olhou para o examinador após este dirigir-lhe atenção. Em relação aos IRDIs, não reagia ao manhês, não havia troca de olhares com a mãe e, por isso, não se evidenciavam interações em que a mãe lhe propusesse algo e aguardasse sua resposta. Nesse caso, a intervençã proposta foi a de uma abordagem de musicalizaço descrita em Ambrós (2016). Tal fato foi considerado na análise qualitativa deste trabalho. O bebê não foi descartado desta pesquisa, pois não importava o desfecho, mas a comparaço dos protocolos a cada mês de avaliaço, uma vez que tanto o protocolo IRDIs quanto os sinais PREAUT já possuem validações estatísticas (KUPFER et al., 2008; CRESPIIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015).
- **T65:** menino, nascido a termo, com idade gestacional de 273 dias. Apresentou na primeira avaliaço pontuaço no PREAUT igual a 3. Na ocasião, o bebê também não procurava “se fazer” olhar por sua mãe sem ou com estímulo (protoconversaço), mas observava e lhe sorria quando ela lhe dirigia a atenção. Em contrapartida, negava-se a estabelecer qualquer relaço com o examinador ou direcionar-lhe o olhar. Em relaço aos IRDIs, a mãe queixava-se de grande dificuldade em compreender as necessidades do filho e interpretar seu choro, sentia dificuldade em aguardar a resposta de seu filho quando lhe estimulava. Nesse caso, apesar de ter sido encaminhado para avaliaço e possível intervençã precoce antes do 9 meses, a mãe teve dificuldades de comparecer inicialmente ao atendimento. Desse modo, o bebê começou a receber atendimento a partir do décimo mês de vida, como relatado no trabalho de Peruzzolo (2016).

3.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

No primeiro contato com as díades foram expostas e atendidas as demandas éticas da pesquisa. Foi entregue a todas as mães que aceitaram participar da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) constando os objetivos da pesquisa, os riscos envolvidos, a participaço voluntária, o sigilo quanto a sua identidade e o seu direito de desistir do processo em qualquer momento do estudo. Ainda nesse primeiro encontro, as mães foram convidadas a responderem a entrevista inicial semi-estruturada, com a qual foram

coletados dados referentes aos aspectos sociodemográficos, psicossociais e obstétricos (APÊNDICE B).

Depois do primeiro contato, foram previstos outros três encontros em que as díades foram filmadas e avaliadas, a partir da interação, quanto a presença ou ausência dos IRDIs e dos sinais PREAUT. Tal avaliação foi realizada antes do início de cada uma das três filmagens sendo os resultados, quando necessários, confirmados pela pesquisadora e sua orientadora através da observação das imagens captadas.

Nas filmagens, a interação mãe-bebê foi gravada ao longo de 9 minutos. Nesse intervalo de tempo, houve uma padronização das posturas dos bebês, variando de acordo as habilidades motoras previstas para a idade gestacional e das suas habilidades pessoais, considerando o fato de a pesquisa na qual se insere esta dissertação apresentar a análise de outros aspectos do desenvolvimento que não apenas o psíquico.

Os resultados dos IRDIs foram obtidos a partir da avaliação da interação mãe-bebê em cada uma das fases resultando na variável presença de alteração nos IRDIs quando ao menos um IRDI apresentava-se ausente. Em relação aos sinais PREAUT, em cada uma das fases o somatório obtido foi categorizado de acordo com a variável alteração nos sinais quando o somatório final era inferior a 15 pontos.

A avaliação dos bebês a partir da aplicação dos IRDIs foi realizada em três momentos ao longo dos nove meses, ao passo que os sinais PREAUT foram observados em dois momentos paralelamente. Dessa forma, teve-se:

- **Na avaliação feita entre 3-4 meses e 29 dias:** os bebês foram filmados nas posições sentado no bebê conforto (9 minutos). Nesta posição a mãe foi instruída a cantar (3 minutos), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê, um pequeno cachorro de borracha sem barulho (3 minutos). Além disso, foram observados, na avaliação da díade mãe-bebê, os IRDIs referentes à Fase I. Nessa mesma avaliação, também foram coletados os dados referentes aos sinais PREAUT do 4º mês. A interação face a face no canto e na conversa, bem como a possibilidade de o bebê se alternar entre o objeto e solicitações da mãe foram fundamentais para a observação dos dois protocolos. Para a filmagem foram posicionadas duas câmeras, uma com visão lateral a um metro da díade, e outra com visão frontal a dois metros. A câmera frontal captava as expressões do bebê de frente e da mãe em um espelho colocado atrás do bebê conforto. Cabe ressaltar que, apesar de ser conhecido o fato que a faixa etária dos bebês em que se aplica os IRDIs fase I, é até 4 meses incompletos, optou-se por alargar a faixa até

4meses completos (antes dos 5 meses) em função da aplicação dos primeiros sinais PREAUT que admitem a idade de até 4meses e 29 dias. A maior parte dos bebês foi avaliada entre 3meses e 4 meses incompletos, mas é importante salientar que o fato mais importante nesta pesquisa era a comparação entre os sinais no mesmo dia e não apenas a aplicação de ambos. Além disso, o alargamento da faixa permitiu evitar a perda de muitos bebês, cujas filmagens foram remarcadas mais de uma vez por impossibilidades dos familiares em comparecer à primeira marcação. Por fim, nessa mesma faixa, foi realizada uma entrevista continuada (semi-estruturada) (APÊNDICE C), em que foram observadas as mudanças trazidas com a chegada do bebê quanto aos aspectos sociodemográficos, psicossociais e obstétricos (APÊNDICE C).

- **Na avaliação feita entre 6-7 meses e 29 dias:** os bebês foram filmados nas posições sentada no bebê conforto (9 minutos). Nesta posição, a mãe foi novamente instruída a cantar (3 minutos), falar (3 minutos) e oferecer um objeto ao bebê, um cachorro de borracha sem barulho (3 minutos). As câmeras foram posicionadas do mesmo modo da primeira filmagem. Neste dia os bebês foram avaliados quanto aos IRDIs Fase II. Do mesmo modo que na fase I, os indicadores foram atribuídos antes da filmagem, mas foram conferidos também a partir da visualização do vídeo.
- **Na avaliação feita entre 8-9 meses e 29 dias:** os bebês foram filmados sentados, se possível, sem apoio (9 minutos). As mães foram orientadas a cantar para seus bebês ao longo de 3 minutos, conversar por mais 3 minutos e oferecer um objeto ao bebê (o cachorro de borracha) e, por fim, oferecer o carro de borracha quando o bebê estiver distraído com um segundo objeto com o qual a mãe executou uma ação que atraía a atenção (avião - fazê-lo voar com som do avião) (3 minutos). No entanto, essa filmagem transcorria mais livre tendo em vista que o bebê muitas vezes se deslocava ou mesmo procurava outros objetos na sala, por exemplo, o tapete de EVA sobre o qual ele e a mãe estavam. As câmeras foram mantidas na mesma posição das outras duas filmagens. Nesse encontro, foram observados os índices referentes à Fase III dos IRDIs juntamente com os sinais PREAUT do 9º mês. Além disso, foi realizada uma nova entrevista continuada para a observação da ocorrência de novas mudanças quanto aos aspectos sociodemográficos, psicossociais e obstétricos (APÊNDICE C).

A coleta foi realizada por uma equipe interdisciplinar que avaliou diferentes aspectos do desenvolvimento do bebê, dentre eles, um profissional da Psicologia (autora da presente

pesquisa), uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e uma bolsista da graduação em fonoaudiologia. A equipe possui treinamento para a aplicação dos IRDIs e dos sinais PREAUT. Ainda assim, todas as avaliações foram confirmadas pela pesquisadora e sua orientadora, através das imagens filmadas, que chegaram a um acordo quando dos casos em que havia dúvidas.

As filmagens também permitiram uma leitura do caso no confronto com o que foi coletado nas entrevistas pois são uma forma de perceber de um modo mais holístico a relação do bebê, pois, mesmo havendo uma proposta de atividade para as mães, a sustentação ou não do diálogo, do canto ou o modo como ofereciam o(s) objeto(s) ao bebê, como permitiam ou não sua movimentação aos 9 meses, todos esses aspectos serviram de dados para a interpretação das entrevistas, sobretudo na análise qualitativa.

3.3.1 Instrumentos de coleta

3.3.1.1 Entrevistas semi-estruturadas

As duas entrevistas semi-estruturadas, a inicial (APÊNDICE B) e a continuada (APÊNDICE C), foram construídas a partir do roteiro utilizado nos trabalhos de Oliveira (2013), Flores (2012), Beltrami (2011) e Pretto-Carlesso (2011), de Schwengber e Piccinini (2001), ampliado e adaptado para esta pesquisa a partir da discussão do grupo e dos inúmeros objetivos do projeto guarda-chuva no qual se insere esta dissertação. O roteiro aborda dados psicossociais (planejamento da gestação, apoio da família, dentre outros), obstétricos (pré-natal, tipo de parto, intercorrências, dentre outros) e sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, profissão materna e paterna, número de filhos, dentre outros), por meio de perguntas simples apresentadas à mãe e/ou quem faça a função materna, em caso de ausência desta. A entrevista continuada foi feita em dois momentos, no segundo encontro, isto é, quando os bebês se encontravam dentro da faixa etária dos quatro meses e, posteriormente, no quarto encontro da pesquisadora com as díades, quando os bebês se encontravam na faixa etária dos nove meses. As entrevistas foram realizadas nas mesmas ocasiões em que foram verificados os sinais PREAUT e os IRDIs das respectivas faixas etárias, tendo como objetivo verificar modificações ocorridas ao longo dos nove primeiros meses de vida do bebê.

3.3.1.2 Protocolos de Avaliação Padronizados

Nesta seção serão apresentados os protocolos de avaliação padronizados a serem utilizados na pesquisa, salientado que tais instrumentos consideram a relação intersubjetiva mãe-bebê para sua análise, uma vez que o desenvolvimento infantil, principalmente na primeira infância, está intimamente associado ao exercício das funções parentais.

3.3.1.2.1 Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil

Para a presente pesquisa, serão utilizados os IRDIs referentes às Fases I, II e III. Como já mencionado anteriormente, acredita-se que, especialmente os sinais da Fase I e os indicadores 6, 12 e 14, que compõem as Fases II e III, respectivamente, permitirão avaliar os bebês até os nove primeiros meses de vida, quanto à presença ou ausência de riscos que podem constatar a presença de dificuldades no desenvolvimento infantil referentes à constituição subjetiva. A seguir, o quadro com os indicadores das três primeiras fases dos IRDIs.

Quadro 5 - Indicadores utilizados na pesquisa a partir dos IRDIs construídos com 18 indicadores.

FASES		PRESENTE	AUSENTE
FASE I 0 – 4 meses incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).		
	3. A criança reage ao manhês		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe		
FASE II 4 – 8 meses incompletos	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		
	7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.		
	8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.		
FASE III 8 – 9 meses e 29 dias	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.		
	10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.		
	11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.		
	12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		
	13. A criança faz gracinhas.		
	14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.		

Fonte: Kupfer et al. (2008).

Os indicadores ilustrados no quadro 5 e observados a partir da interação mãe-bebê nos encontros da pesquisadora com a díade, foram avaliados quanto presentes ou ausentes pela pesquisadora. Dessa forma, a ausência de algum dos 14 indicadores observados já assinala a presença de risco para o desenvolvimento infantil, ao passo que os indicadores da Fase I e os indicadores 6, 12 e 14 assinalam, especialmente, um risco psíquico ao desenvolvimento infantil.

No caso dos bebês que apresentaram risco nos IRDIs, na análise da pesquisa, realizada durante a elaboração escrita desta dissertação, os vídeos foram olhados novamente e as entrevistas lidas, para aplicação da versão estendida do protocolo, sobretudo na fase II em que a versão exposta no quadro 4 é muito limitada. Então, nesses casos foram observados os indicadores, 6, 7 e 8 do quadro 4 e também os indicadores listados a seguir, expostos no quadro:

6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.
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.

Já na fase III, além dos indicadores 9 a 14 expostos no quadro 4, também se buscou observar os indicadores:

16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.
19. A criança possui objetos prediletos.
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.

Os resultados obtidos a partir do quadro 4 alimentaram um banco de excel para análises quantitativas. Já os resultados obtidos pelo conjunto total dos IRDIs nos casos de risco foram dispostos em tabelas para análise qualitativa descritiva desse número menor de casos.

3.3.1.2.2 Sinais PREAUT

Os sinais PREAUT tem como objetivo avaliar o fechamento do circuito pulsional, a partir de sinais tanto no nível corporal quanto na voz materna e interação do bebê. Pra tal, são avaliados dois sinais fenomênicos a partir da relação intersubjetiva da díade mãe-bebê, são eles (Laznik et al., 1998):

- Sinal comunicativo 1 (S1): O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela;
- Sinal comunicativo 2 (S2): o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

Inicialmente, os sinais foram observados a partir da interação mãe-bebê e depois da interação entre a pesquisadora e as díades. Salienta-se os casos em que a mãe não interagiu com o seu bebê no período de avaliação, a pesquisadora solicitou que a mesma conversasse com o seu bebê, tal como faz em casa. A partir da observação e conferência no vídeo, foi atribuído um valor para cada resposta às perguntas apresentadas no Protocolo PREAUT. Quando o somatório era 15, considerava-se ausente o risco para o autismo. Quando a soma estivesse entre 5 e 15 risco intermediário, ao passo que se a soma for inferior a 5, o risco para um desenvolvimento autístico foi considerado alto. Nestes casos, não apenas a primeira parte mas a segunda parte dos sinais foi aplicada. A seguir, os quadros 3 e 4 ilustram a primeira e a segunda parte dos sinais PREAUT observados tanto na faixa do 4º quanto no 9º mês.

Quadro 6 - Sinais PREAUT utilizados na pesquisa e verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês.

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
Realizar a segunda parte do questionário se o somatório das questões 1 e 2 for inferior à 5		
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 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

Fonte: Laznik et al. (1998).

3.3.1.2.3 Teste DENVER II

O Teste Denver II (ANEXO A) foi utilizado para avaliar o desenvolvimento dos 80 bebês da amostra total, considerando se os mesmos passam ou não na avaliação de sinais referentes à aspectos pessoal-social observados pelo protocolo. Destaca-se que a análise dos resultados obtidos com a aplicação do protocolo DENVER II se voltou para a análise qualitativa dos 17 bebês que apresentaram risco no PREAUT e nos IRDIs, momento no

qual também inserimos a análise do componente linguagem. Os demais componentes foram analisados em outros trabalhos do grupo que versam mais sobre questões motoras.

No presente estudo, o teste DENVER II foi realizado tanto em relação aos dados normativos do mesmo como entre os distintos grupos da amostra: com e sem risco psíquico, prematuros e a termo. Foram considerados os resultados gerais do DENVER II, se normal ou suspeito e os resultados específicos das áreas da linguagem e pessoal-social para comparação em relação aos IRDIs e sinais PREAUT. Tais resultados foram descritos na próxima seção, a partir da análise qualitativa realizada com os dezessete bebês que apresentaram IRDIs e Sinais PREAUT alterados na terceira e última avaliação, referente à faixa etária dos 9 meses.

3.4 ANÁLISE GERAL DOS DADOS

3.4.1 Análise quantitativa

Para a análise das variáveis avaliadas, nos 80 bebês, após a coleta dos dados através da aplicação dos protocolos, entrevistas e filmagens das díades, os dados foram reunidos e construiu-se um banco de dados posteriormente indexado ao projeto maior. Os dados coletados foram transferidos para planilhas do Excel e atualizados de acordo com cada uma das três fases avaliadas dos bebês.

Para a análise estatística, utilizaram-se os aplicativos computacionais Statistica 9.1 e PASW///. Em relação aos testes aplicados, efetuou-se a análise de regressão logística dos resultados obtidos com os IRDIs e PREAUT. A regressão logística considerou um nível de significância de 10% com o objetivo de verificar o desfecho “presença de risco” que associava-se à fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais coletados nas entrevistas. Para tal, foi considerado como “presença de risco”:

- **Sinais PREAUT:** foi considerado presença de risco todos os bebês que apresentaram uma pontuação inferior à 15 pontos no que concerne a avaliação dos 4 meses e dos 9 meses. Vale salientar que as questões 3 e 4 foram realizados em todos os casos de bebês que apresentaram pontuação inferior à 5 nas questões 1 e 2.
- **Nos IRDIs:** foi considerado presença de risco, em qualquer uma das três fases consideradas, todos aqueles bebês que apresentaram ao menos um IRDI ausente. Tal classificação foi considerada por fase, dessa forma, o bebê foi categorizado como estando ou não em risco em cada uma das três fases em que foi avaliado.

Quanto aos fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos, foram considerados:

- **Fatores sociodemográficos:** idade materna; estado civil materno; escolaridade materna; atividade profissional materna; situação profissional; número de filhos da mãe; idade paterna; estado civil paterno; escolaridade paterna; profissão paterna; número de filhos do pai; idade dos filhos do pai; presença de outro cuidador; idade do outro cuidador; parentesco do bebê; profissão do outro cuidador; estado civil do outro cuidador; escolaridade; número de pessoas que residem na casa; renda mensal familiar; tipo de residência;
- **Fatores psicossociais:** quem permanece mais tempo com a criança; a mãe possui algum suporte social; o bebê possui contato com outras crianças; o bebê possui brinquedos; o bebê já demonstra preferir algum brinquedo; quando acordado, o bebê permanece em qual posição; qual a posição preferida do bebê; o bebê explora diferentes posições ao longo do dia; o bebê chama a mãe (ou quem exerce a função materna); de que forma ele chama; a mãe (ou aquele que exerce a função materna) chama o bebê; como ele responde; a mãe (ou aquele que exerce a função materna) conversa com seu bebê; em que momentos; o bebê tem um jeito de chamar sua mãe (ou aquele que exerce a função materna); algo incomoda o bebê; como ele informa; como é a rotina do bebê; o bebê participa da rotina familiar; onde o bebê dorme e com quem; o bebê possui algum ritual para dormir ou horários definidos; a mãe enfrentou alguma crise situacional no período da gestação, nos primeiros dias após o nascimento do bebê ou após passados alguns meses; histórico de doença mental na família; como o pai está se sentindo em relação ao bebê; como a mãe está se sentindo em relação ao bebê.
- **Fatores obstétricos:** realizou pré-natal; número de consultas pré-natal; iniciou o pré-natal a partir de quando; intercorrências na gestação; ruptura prematura da membrana (bolsa); uso de medicamento(s) na gestação; uso de drogas; uso de álcool; uso de fumo; infecções intrauterinas; histórico de aborto; histórico de parto prematuro; planejamento da gestação do bebê avaliado; desejo materno de engravidar; tipo de parto realizado; peso do bebê ao nascer; Apgar 1' e Apgar 5'; etnia do bebê; intercorrências neonatais; período de internação do bebê em UTI neonatal; uso de ventilação mecânica; uso de medicação ototóxica; hiperbilirrubinemia; procedimento

terapêutico utilizado; tipo de aleitamento; leite artificial utilizado; dificuldade alimentar; transição alimentar; uso de chupeta.

Ainda, em relação à análise estatística, foi avaliado o grau de concordância entre o questionário PREAUT e os IRDIs, a partir do coeficiente de concordância de kappa, também considerando 10% como nível de significância. Em tal análise verificou-se cada um dos sinais PREAUT em relação aos 14 IRDIs considerados na pesquisa. Tais resultados foram interpretados a partir da seguinte relação dos valores do coeficiente kappa (LANDIS; KOCH, 1977):

- Grau de concordância quase perfeito: 0,81 – 1,00;
- Grau de concordância Substancial: 0,61 – 0,80;
- Grau de concordância moderada: 0,41 – 0,60;
- Grau de concordância ligeira: entre 0 e 0,20;
- Grau de concordância pobre: entre 0.

3.4.2 Análise qualitativa

A partir da análise quantitativa dos 80 bebês, buscou-se realizar uma análise qualitativa com o objetivo de explorar duas questões principais:

- A primeira, analisar os dezessete bebês que apresentaram presença de risco psíquico a partir dos Sinais PREAUT e dos IRDIs, considerando os 22 indicadores das três primeiras fases do protocolo IRDIs com 31 indicadores. Juntamente com a análise dos dados coletados com as entrevistas, objetivou-se compreender um pouco mais de cada bebê em sua singularidade e no contexto familiar a qual está inserido. A opção por avaliá-los com a versão mais extensa dos IRDIs fortalece a possibilidade de compreender esses bebês mais a fundo e verificar se tal versão não contribui para uma análise mais apurada daquelas crianças que podem estar apresentando risco psíquico. Obviamente, a análise dos casos encontra seus limites, pois esses bebês foram avaliados fora de um contexto de transferência. Mesmo assim, para tal, foram analisados os fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos da cada bebê, bem como os resultados obtidos no teste DENVER II, a fim de se verificar a evidencia de impasses no desenvolvimento com foco exclusivo nas produções infantis. Os dados provenientes de todos protocolos e das entrevistas continuadas foram analisados.

- A segunda, analisar dois bebês que apresentaram risco psíquico, a partir do PREAUT e dos IRDIs, para evolução para autismo e que receberam intervenção precoce a partir de estratégias distintas. Um deles foi encaminhado para intervenção precoce apoiada em técnicas da musicalização (AMBRÓS, 2016), após a primeira avaliação, isto é, antes do sexto mês de idade. O outro, todavia, recebeu intervenção individual a partir da terceira avaliação (PERUZZOLO, 2016). A evolução em ambos protocolos e demais instrumentos foi analisada a partir da consideração das intervenções.

4 RESULTADOS

A partir da amostra utilizada, os resultados encontrados foram divididos em duas seções. Num primeiro momento, apresentar-se-ão os resultados obtidos da análise quantitativa, utilizando-se a amostra total (n=80). Sobre tal amostra foi realizada a regressão logística, a partir dos Sinais PREAUT e dos IRDIs, com o desfecho “presença de risco” em bebês prematuros e a termo, em relação aos dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais. Também na mesma seção, apresentar-se-ão os resultados obtidos a partir da investigação da correlação entre os dois protocolos utilizando o coeficiente de kappa.

Na segunda seção, apresentar-se-ão os resultados evidenciados a partir da análise qualitativa dos dezessete bebês que apresentaram resultados alterados nos IRDIs e PREAUT aos 9 meses, bem como os resultados evidenciados na análise de dois casos que foram encaminhados para intervenção precoce.

4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE QUANTITATIVA

Como mencionado anteriormente, a amostra total contou com 80 bebês, sendo: 55 nascidos a termo e 25 nascidos prematuros (com idade gestacional inferior a 37 semanas ou 37 semanas). Dentre os bebês nascidos a termo, tem-se: 29 do sexo masculino e 26 do sexo feminino. Dentre os bebês nascidos prematuros tem-se: 14 eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino.

Em relação à faixa etária dos bebês prematuros, tem-se:

- 21 bebês apresentaram prematuridade tardia com idade gestacional entre 32 e 36 semanas e seis dias; sendo 10 do sexo masculino e 11 bebês são do sexo feminino; e,
- 4 bebês apresentaram prematuridade moderada e idade gestacional entre 28 e 31 semanas e 6 dias, sendo três do sexo feminino (P18, P53 e P61) e um bebê do sexo masculino (P36).

Os resultados obtidos a partir da aplicação dos protocolos PREAUT e IRDIs (versão reduzida), nas faixas etárias avaliadas, podem ser observados, respectivamente, nas tabelas de frequência 1 e 2.

Tabela 1 - Frequência dos bebês a termo e prematuros que apresentaram sinais PREAUT alterados e da pontuação final nas duas fases de avaliação.

	Número de bebês com risco	Pontuação total dos bebês com risco										
		13	12	11	10	9	8	7	6	5	3	2
FASE I (4º mês)												
Prematuros (n=25)	15 (60%)			1		2	9	1	1			1
A termo (n=55)	27 (49%)		2			1	2	15	1	2	2	2
Total (n=80)	42 (52,5%)		2	1	1	4	24	2	3	2	2	3
FASE III (9º mês)												
Prematuros (n=25)	6 (24%)			1				4	1			
A termo (n=55)	11 (20%)	1				1		9				
Total (n=80)	17 (21,25%)	1		1		1		13	1			

Fonte: Autores.

Considerando o fato de que os sinais PREAUT indicam risco psíquico para pontuações inferiores a 15, e que quanto menor o somatório final menos o bebê mostrou-se responsivo ao avaliador e à sua mãe, indicando maior risco, sugere-se que a pontuação igual ou inferior a 5 é um forte indicador de que tal bebê necessita de uma avaliação mais minuciosa, podendo refletir alterações mais graves.

Observa-se um grande número de bebês na primeira fase de aplicação com os sinais alterados (52,5% da amostra). Acredita-se que o alto valor de ocorrência nesta primeira fase deve-se ao fato de que, dos 42 bebês que apresentaram risco na primeira fase e que não apresentaram sinais alterados na segunda avaliação do PREAUT, onze bebês a termo e seis bebês prematuros foram avaliados com idade inferior a quatro meses (variando entre três meses e seis dias e três meses vinte e três dias). Dessa forma, acredita-se que uma explicação para que tal ocorrência tenha sido tão alta se deu pelo fato de que, na ocasião da avaliação, esses bebês ainda fossem mais imaturos e ainda não estarem aptos para estabelecer uma relação com sua mãe, na qual pudessem “se fazer” desejar por elas, anunciando o estabelecimento do terceiro tempo pulsional. Mesmo assim, percebe-se que a ocorrência de presença de risco psíquico em bebês prematuros foi 11% mais alta do que aqueles bebês nascidos a termo.

É importante ressaltar que a segunda avaliação do PREAUT respeitou a faixa etária mais indicada para tal avaliação o que pode explicar o motivo para que o número de bebês que apresentaram sinais alterados tenha caído consideravelmente (21,25%). Em relação às

pontuações iguais ou inferiores a 5, na primeira fase surgem oito casos (10%) e nenhum na segunda fase. Desses oito casos referidos da primeira fase, três dos seis bebês nascidos a termo e um dos dois prematuros foram avaliados com idade inferior a quatro meses, reforçando a hipótese lançada a respeito da idade dos bebês na ocasião da avaliação.

Tabela 2 - Frequência dos bebês a termo e prematuros que apresentaram IRDIs ausentes nas três fases avaliadas e da quantidade de IRDIs ausentes em cada um dos grupos, considerando a aplicação dos IRDIs com 18 indicadores.

	Número de bebês com risco	1 IRDI ausentes	2 IRDIs ausentes	3 IRDIs ausentes	4 IRDIs ausentes
FASE I					
Prematuros (n=25)	14 (56%)	5	9		
A termo (n=55)	25 (45,45%)	10	8	5	2
Total (n=80)	39 (48,75%)	15	16	5	2
FASE II					
Prematuros (n=25)	11 (44%)	9	2	0	
A termo (n=55)	13 (23,64%)	9	2	2	
Total (n=80)	24 (30%)	18	4	2	
FASE III					
Prematuros (n=25)	6 (24%)	4	1	1	
A termo (n=55)	11 (20%)	4	5	2	
Total (n=80)	17 (21,25%)	8	6	3	

Fase I: foram avaliados 5 indicadores; Fase II: foram avaliados 3 indicadores; Fase III: foram avaliados 6 indicadores. Fonte: Autores.

Observa-se que o número total de bebês com risco no protocolo IRDIs é muito similar aos obtido com os sinais PREAUT. Ele decai na fase II e torna-se igual ao dos sinais PREAUT na fase III. Quanto ao número de IRDIs ausentes é interessante notar que o máximo passa a ser 3 IRDIs ausentes na fase III contra 4 na fase I, demonstrando, a exemplo do que se viu nos sinais PREAUT que há uma melhora de alguns bebês e diminuição dos bebês com risco aos 9 meses. O mais importante a ressaltar nesta tabela, no entanto, é que ambos protocolos combinam numericamente na identificação de sujeitos com risco psíquico aos 9 meses, idade na qual foi possível identificar os bebês que necessitam de algum tipo de intervenção sem dúvida. Cabe ressaltar que na análise qualitativa se verá quem são tais sujeitos.

Nas tabelas 3 e 4, são apresentados, respectivamente, as frequências, os percentuais, as razões de risco (OR) e seus respectivos intervalos de confiança para cada uma das fases

avaliadas, considerando as variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas que foram significativas no modelo de regressão logística múltipla, tanto para os IRDIs quanto para os sinais PREAUT. Nas tabelas 5 e 6 são apresentados os coeficientes de correlação kappa referentes ao cruzamento entre os dois protocolos nas diferentes fases de avaliação, permitindo uma melhor visualização de seus níveis de correlação.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas em relação ao PREAUT avaliado nas duas fases.

	PREAUT		OR Aj	IC 90%	p-valor
	Sem risco (%)	Com risco (%)			
3 meses – 4 meses e 29 dias					
Atividade profissional					
Trabalha/estudante	26 (61,90%)	16 (38,10%)	1		
Dona de casa	12 (31,58%)	26 (68,42%)	3,384	1,517 - 7,550	0,012
Dificuldade alimentar					
Não	29 (50,88%)	28 (49,12%)	1		
Sim	9 (39,13%)	14 (60,87%)	3,453	1,361 - 8,762	0,029
8 meses a 9 meses e 29 dias					
Mãe com cônjuge					
Sim	55 (80,89%)	13 (19,11%)	1		
Não	8 (66,67%)	4 (33,33%)	3,490	1,046 - 11,649	0,088
Diferentes posições					
Sim	54 (81,82%)	12 (18,18%)	1		
Não	9 (56,25%)	5 (31,25%)	3,328	1,046 - 10,593	0,088
Prematuridade					
Não	44 (80,00%)	11 (20,00%)	1		
Sim	19 (76,00%)	6 (24,00%)	4,001	1,347 - 11,883	0,036
Sexo					
Feminino	35 (88,00%)	5 (12,00%)	1		
Masculino	28 (70,00%)	12 (30,00%)	3,241	1,161 - 9,050	0,06

Sem risco = Somatório total dos sinais PREAUT igual à 15; Com risco = Somatório total dos sinais PREAUT inferior à 15; OR Aj= odds ratio ajustado; IC=Intervalo de Confiança. Fonte: Autores.

Na tabela 3, o modelo de regressão identificou como fatores de risco para os sinais PREAUT (decorrente de um somatório inferior a 15 pontos), na faixa etária que compreende de três meses e 1 dia a quatro meses e 29 dias, as variáveis: presença de atividade profissional materna e presença de dificuldade alimentar do bebê.

Foi considerado fator de risco a mãe não ter nenhuma atividade profissional, seja trabalhar e/ou estudar. O fator descrito sugere que os bebês de mães donas de casa possuem duas vezes mais chance de apresentar sinais PREAUT com somatório inferior à 15 quando comparados aos bebês de mães que exercem alguma atividade profissional. É importante ressaltar que no período da avaliação dos quatro meses, essa variável sociodemográfica considerou como sendo mães socialmente ativas aquelas que estavam em licença

maternidade, bem como as que tinham abandonado o emprego após o nascimento do filho, mas pretendiam retomá-lo após o sexto mês do bebê.

Quanto às variáveis obstétricas, verificou-se em relação a dificuldades alimentares, que os bebês a termo (n=8) e com PREAUT alterados na faixa etária do 4º mês, apresentaram queixas de refluxo (n=5) e de engasgo (n=3). Em relação aos bebês prematuros (n=6) que obtiveram PREAUT alterados na mesma faixa etária, as queixas também foram de refluxo (n=4) e de engasgo (n=2). Tais resultados sugerem que bebês com dificuldades alimentares apresentaram duas vezes mais risco de apresentar ao menos um dos dois sinais PREAUT avaliados ausentes na primeira fase quando comparados aos bebês que não apresentaram dificuldades para alimentar-se.

Quanto à avaliação dos sinais PREAUT na faixa dos nove meses, obtiveram-se como principais fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos que influenciaram no desfecho “presença de risco”: a prematuridade, o sexo do bebê, a mãe possuir um cônjuge e a mesma permitir que o bebê experimente diferentes posições corporais.

Verificou-se como fator de proteção ao bebê, o fato da mãe possuir um cônjuge. Nesse sentido, evidenciou-se que mães que possuíam cônjuge fosse um casamento civil ou união estável, possuíam duas vezes menos chance de seus bebês apresentarem ao menos um sinal PREAUT ausente, na faixa etária dos nove meses, em relação àquelas mães que não possuíam cônjuge.

No rol de aspectos psicossociais, evidenciou-se como fator de proteção, o bebê explorar diferentes posições corporais, bem como o ambiente e os objetos a sua volta. Nesse sentido, os bebês que se movimentavam livremente explorando seu corpo e o ambiente ao seu redor, apresentavam duas vezes menos chance de apresentarem os sinais PREAUT alterados na faixa dos nove meses, em relação àqueles que não experimentavam diferentes posições.

Por fim, salienta-se que dentre os aspectos obstétricos, a prematuridade e o sexo do bebê foram fatores que incidiram diretamente sobre os resultados na avaliação dos sinais PREAUT na faixa etária dos nove meses. Bebês que nasceram prematuramente apresentaram três vezes mais chance de apresentar ao menos um sinal PREAUT ausente em relação aos bebês a termo. Além disso, bebês do sexo masculino apresentaram duas vezes mais chance de apresentar ao menos um dos dois sinais avaliados no PREAUT, quando comparados aos bebês do sexo feminino.

A mesma análise foi realizada para o protocolo IRDIs descrita a seguir na tabela 4. Nessa tabela, verificam-se os principais fatores sociodemográficos, psicossociais e obstétricos

que influenciaram para o desfecho presença de risco o não para o protocolo IRDIs, isto é, a presença de risco em virtude de ao menos um IRDI ausente em cada fase, respectivamente.

Na fase I dos IRDIs, realizada na faixa etária entre zero e quatro meses incompletos, os fatores que apareceram como estatisticamente significativos na regressão logística para o desfecho “presença de risco”, foram: se a mãe possui alguma atividade profissional, se possui um cônjuge, o Apgar do 1' e o sexo do bebê. Na fase II, realizada na faixa etária dos seis meses, os principais fatores foram: tipo de aleitamento e com quem a criança dorme. Por fim, os principais fatores que influenciaram o desfecho “presença de risco”, a partir dos IRDIs III, aplicado na faixa etária entre 8 meses e 1 dia e nove meses e 29 dias, foram: a idade materna, se a mãe possui um cônjuge e o sexo do bebê.

Foram considerados fatores de risco psíquico na fase I, isto é, ao menos um IRDI ausente, o fato da mãe não apresentar alguma atividade profissional e não apresentar um cônjuge. Ambos os fatores incidiram sobre os resultados obtidos no PREAUT, tal como mencionado anteriormente. Em relação aos IRDIs fase I, a mãe não apresentar alguma atividade profissional aumentou em duas vezes a chance de seu filho apresentar risco. E quanto a mãe não apresentar um cônjuge, elevou em três vezes a chance de a criança apresentar ao menos um IRDI ausente nessa fase.

Quanto aos aspectos obstétricos, o modelo de regressão logística mostrou como fatores de risco significativo para os IRDIs da fase I, bebês com o Apgar do 1' inferior a 8 apresentaram duas vezes mais chance de apresentar risco psíquico em relação àqueles com Apgar entre 8 e 10. Interessante observar que este fator não esteve associado aos sinais PREAUT.

Quanto ao sexo, bebês do sexo masculino, tal como evidenciado nos sinais PREAUT foi um fator de risco, embora nos Sinais PREAUT o sexo masculino um risco duplamente maior. Bebês do sexo masculino apresentaram uma vez mais a chance de apresentar ao menos um IRDI ausente na fase I em relação aos bebês do sexo feminino.

Na fase entre os quatro meses e um dia e sete meses e 29 dias, o modelo de regressão logística mostrou como fatores de risco significativos para os IRDIs da fase II: o tipo de aleitamento e com quem a criança dorme (tabela 4).

Bebês que são alimentados com leite materno exclusivo até o sexto mês apresentaram duas vezes menos chance de apresentar IRDIs da fase II alterados quando comparados àqueles alimentados com leite artificial.

Outro fator que apresentou risco significativo para os IRDIs da fase II alterados foi com quem a criança dorme. Crianças que dormem sozinhas no seu carrinho ou no berço apresentaram quatro vezes menos chance de apresentar ao menos um IRDI da fase II ausente do que aquelas que dormem na cama com os pais ou outros cuidadores.

Por fim, o modelo de regressão logística mostrou como fatores de risco significativos para os IRDIs da fase III, avaliados na faixa etária entre 8 meses e 1 dia e 9 meses e 29 dias a idade materna, se a mãe possui um cônjuge e o sexo do bebê.

A idade materna abaixo de 20 e acima de 35 anos foi um fator de proteção para o desenvolvimento do bebê. Pode-se verificar que as mães que apresentaram idade acima de 35 anos reduzem 79,6% a probabilidade de ter um bebê com IRDIs alterados na fase III do que as mães de idade entre 20 e 35 anos. Ressalta-se que dentre as dez mães com idade inferior a 20, sendo seis com 19 anos, duas com 18 anos e duas com 16 anos, nenhuma apresentou bebês com IRDIs alterados nesta fase.

Na terceira fase dos IRDIs, foram ainda fatores de risco significativos o fato da mãe não possuir um cônjuge. Mães sem cônjuge apresentaram 4,6 vezes a chance de seus filhos apresentarem IRDIs alterados em relação àquelas que tinham um cônjuge, na faixa etária entre 8 meses e 1 dia e 9 meses e 29 dias. Interessante observar que a magnitude da interferência da presença do cônjuge é muito mais sentida no protocolo IRDIs fase III do que nos sinais PREAUT aos 9 meses. Espera-se, neste período, que o bebê já tenha descoberto quem são as pessoas do seu convívio e estranhe desconhecidos, ou seja, que já tenha dado os primeiros passos para o deslocamento da simbiose mãe-bebê e inicie o processo de separação. Portanto, a presença de um cônjuge real parece ser fator de proteção.

Tabela 4 - Variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas em relação aos IRDIs avaliados nas três primeiras fases dos IRDIs.

Variáveis	IRDIs		OR Ajustado	IC 90%	p - valor
	Sem risco (%)	Com risco (%)			
0 – 3 meses e 29 dias					
Sexo					
Feminino	24 (60,00%)	16 (40,00%)	1		
Masculino	17 (42,50%)	23 (57,50%)	2,509	1,063 – 5,922	0,078
Mãe tem cônjuge					
Sim	38 (55,88%)	30 (44,12%)	1		
Não	3 (25,00%)	9 (75,00%)	4,632	1,327 – 16,167	0,044
Atividade profissional					
Trabalha e/ou estuda	27 (64,29%)	15 (35,71%)	1		
Dona de casa	14 (36,84%)	24 (63,16%)	3,775	1,633 – 8,728	0,009
Apgar 1'					
Entre 8 a 10	34 (55,74%)	27 (44,26%)	1		
Abaixo de 8	7 (36,84%)	12 (63,16%)	3,069	1,104 – 8,526	0,071
4 meses a 7 meses e 29 dias					
Tipo de aleitamento					
Materno exclusivo	34 (80,95%)	8 (19,05%)	1		
Misto e/ou artificial	22 (57,89%)	16 (42,11%)	3,229	1,349 – 7,728	0,027
Como criança dorme					
Só no berço ou carrinho	18 (90,00%)	2 (10,00%)	1		
Com os pais na cama	38 (63,33%)	22 (36,67%)	5,481	1,450 – 20,711	0,035
8 meses a 9 meses e 29 dias					
Mãe com cônjuge					
Sim	55 (80,89%)	13 (19,11%)	1		
Não	8 (66,67%)	4 (33,33%)	4,322	1,254 – 14,891	0,052
Sexo					
Feminino	35 (87,05%)	5 (12,05%)	1		
Masculino	28 (70,00%)	12 (30,00%)	2,855	1,035 – 7,873	0,089
Idade materna (anos)					
Entre 20 e 35	44 (74,58%)	15 (25,42%)	1		
Acima de 35	19 (90,48%)	2 (9,52%)	0,204	0,047 – 0,892	0,076

Sem risco = Somatório total dos sinais PREAUT igual à 15; Com risco = Somatório total dos sinais PREAUT inferior à 15; OR Aj= odds ratio ajustado; IC=Intervalo de Confiança. Fonte: Autores.

Ainda na fase III dos IRDIs, o sexo do bebê, tal como na fase I, também apareceu como um fator de risco significativo. Nesse sentido, bebês do sexo masculino apresentaram 2,8 vezes a chance de terem ao menos um IRDI da fase III ausente em relação ao sexo feminino. Esse dado se assemelha aos obtido nos sinais PREAUT.

A seguir, nas tabelas 5 e 6 são apresentados os resultados obtidos para o coeficiente de concordância kappa. Na tabela 5, verifica-se que os IRDIS da fase I apresentaram um coeficiente de valor substancial em relação aos sinais PREAUT avaliados no mesmo período (0,775). Observa-se também que o sinal PREAUT 4-A, referente a “Ele olha para sua mãe (ou substituto)” apresentou coeficiente de concordância substancial (0,771) em relação ao IRDI 7 (“A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela”), avaliado na faixa etária do sexto mês do bebê.

Tabela 5 - Coeficiente de concordância entre presença de risco a partir dos sinais PREAUT (4 meses) e dos IRDIs da fase I e II.

	Presença de risco	FASE I					Presença de risco	FASE II		
		1	2	3	4	5		6	7	8
PREAUT	0,775	0,438	0,135	0,227	0,510	0,160	0,412	0,087	0,068	0,294
1-A	0,235	0,130	0,013	0,399	0,384	0,584	0,167	0,408	0,117	-
1-B	0,052	0,134	-	0,104	0,113	0,422	0,032	-	-	0,052
2-A	0,775	0,438	0,135	0,227	0,510	0,160	0,412	0,087	0,068	0,294
2-B	0,442	0,450	0,120	0,456	0,513	0,524	0,513	0,306	0,146	0,355
3-A	-	-	0,021	0,078	-	0,063	-	-	0,013	-
3-B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3-C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4-A	-	-	-	0,410	-	0,486	-	0,066	0,771	0,126
4-B	-	-	0,230	0,671	-	0,548	-	0,278	0,070	-
4-C	-	-	0,068	0,240	-	0,197	0,015	0,126	0,043	0,086

Presença de risco psíquico a partir dos sinais PREAUT avaliados na avaliação dos 4 meses. Fonte: Autores.

O mesmo acontece com os IRDIS da fase III e os sinais PREAUT verificados na mesma avaliação e ilustrados na tabela 6, na qual se pode observar um coeficiente de concordância igual a 0,744. Cabe destacar o coeficiente de concordância de $k=0,800$ entre IRDIs fase III e sinal PREAUT 2a (o bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação), bem como o sinal 2a com o indicador 13 (a criança faz gracinhas). Como o item 2a do sinal PREAUT é o sinal mais pontuado (8), tendo em vista que através dele pode-se perceber claramente o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional a partir da interação com a mãe ou sua substituta, ele reflete, tal como o IRDI 13, a capacidade do bebê “se fazer” objeto de júbilo do outro. Portanto, essa associação estatística está a comprovar as bases teóricas psicanalíticas em comum dos dois protocolos.

As tabelas 5 e 6 também ilustram o fato de os dois protocolos verificarem, simultaneamente, a presença de sinais de risco à constituição psíquica. Entretanto, percebe-se que quando comparados individualmente, excetuando o sinal 2a na correlação já explanada, os indicadores do protocolo IRDIs (considerando a versão com 18 indicadores) e as perguntas dos sinais PREAUT apresentaram, na maioria dos casos, um coeficiente de concordância kappa insuficiente ou moderado. O que se pode afirmar a partir desse resultado é que, apesar de ambos verificarem a presença de risco, eles observam sinais diferentes para verificar tal hipótese. O que está em acordo com o fato de os sinais PREAUT apresentarem como objetivo identificar de modo mais específico o risco para o quadro de autismo, enquanto os IRDIs com 18 indicadores terem como objetivos a observação de sofrimento psíquico e suas repercussões no desenvolvimento infantil. Pode-se dizer que, por caminhos distintos chegam a resultados similares em termos de verificar se existe ou não algum impasse no processo de constituição psíquica do bebê e, conseqüentemente, em seu desenvolvimento.

Tabela 6 - Coeficiente de concordância entre presença de risco a partir dos sinais PREAUT (9 meses) e IRDIs da fase III.

	Presença de risco	FASE III					
		9	10	11	12	13	14
PREAUT	0,744	0,543	-	0,084	0,497	0,722	0,307
1-a	0,090	-0,024	-	-0,013	-0,022	0,122	-0,020
1-b	-	-	-	-	-	-	-
2-a	0,800	0,507	-	0,113	0,623	0,777	0,398
2-b	0,146	0,125	-	-0,019	0,367	0,201	0,552
3-a	-	-	-	-	-	-	-
3-b	-	-	-	-	-	-	-
3-c	-	-	-	-	-	-	-
4-a	-	-	-	-	-	-	-
4-b	-	-	-	-	-	-	-
4-c	-	-	-	-	-	-	-

Presença de risco psíquico a partir dos sinais PREAUT avaliados na avaliação dos 9 meses. Fonte: Autores.

A possibilidade de se compreender um pouco mais a respeito do que a ausência de um sinal ou indicador representa para um certo bebê e no contexto familiar em que se encontra, requer uma análise mais singular de cada caso.

Por isso, a seguir, é feita uma análise das ocorrências dos sinais PREAUT e dos indicadores nos 17 sujeitos que mantiveram risco psíquico aos 9 meses. Para tal análise, foram inseridos dados referentes a cada sujeito. Tais dados foram coletados a partir das entrevistas, avaliações e filmagens das díades que, embora não sejam avaliações em transferência, podem sugerir caminhos para relacionar ambos protocolos. Em relação aos IRDIs que os dezessete bebês foram avaliados a partir dos 22 indicadores que compõem as três primeiras fases dos IRDIs com 31 indicadores. Além disso, ao final da próxima seção apresentar-se-á os percentuais referentes à aplicação do DENVER-II quanto à linguagem e relações pessoais-sociais. O uso do instrumento DENVER-II tem como objetivo ilustrar a sensibilidade de um instrumento que observa marcos neuropsicomotores e outras produções infantis em comparação aos instrumentos erigidos a partir da perspectiva psicanalítica e que se voltam para a estruturação psíquica e o desenvolvimento num âmbito global, considerando o bebê em relação com aquele que assume a função de Outro Primordial.

Por fim, também será incluído na presente análise o bebê T27 que apresentou graves sinais de risco à sua estruturação psíquica na avaliação do quarto mês sendo encaminhado para intervenção precoce. Acredita-se que, após a intervenção precoce utilizando técnicas de musicalização descritas no trabalho de Ambrós (2016), o bebê T27 apresentou todos os sinais PREAUT e IRDIs na avaliação dos nove meses.

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS BEBÊS COM SINAIS ALTERADOS AOS NOVE MESES

A partir dos resultados encontrados na amostra de 80 bebês, pôde-se verificar a presença de IRDIs e Sinais PREAUT alterados em 17 bebês na faixa dos nove meses. Por esse motivo, realizou-se uma investigação qualitativa desses sujeitos com o objetivo de analisar mais detalhadamente suas características e resultados obtidos com a aplicação dos protocolos. Para tanto, as variáveis analisadas estatisticamente foram descritas em tabelas e quadros de modo a tentar traçar um perfil dos bebês e, principalmente, possíveis associações.

Os 17 bebês foram numerados aleatoriamente e identificados com as letras T ou P sugerindo a diferenciação entre os nascidos a termo e os prematuros. Todos esses bebês apresentaram sinais de que pode estar havendo alguma dificuldade em sua constituição psíquica por volta da faixa dos nove meses (fase III), a partir dos protocolos IRDIs e PREAUT.

Desses bebês, 11 eram do sexo masculino e apenas 6 do sexo feminino. Ainda, 6 destes eram prematuros (idade gestacional inferior à 37 semanas) e 10 nasceram com 37 semanas ou mais. Entre os prematuros estão os bebês que frequentaram UTI neonatal e os com menor Apgar no primeiro e quinto minuto (P19). Apesar de P18 ser um bebê prematuro moderado quanto ao número de semanas de gestação, seu peso ao nascer foi inferior a 1500 gramas, sugerindo uma prematuridade acentuada.

Tabela 7 - Dados obstétricos dos bebês que apresentaram IRDIs e PREAUT alterados na faixa etária dos nove meses.

	Sexo	Id. gestacional (semanas)	Peso ao nascer (gramas)	Apgar 1'	Apgar 5'	UTI neonatal (dias)	Ventilação mecânica
T06	M	39	3400	10	10	0	não
T23	M	37	3600	10	10	0	não
T29	M	41	3970	6	10	0	não
T38	F	41	3665	8	9	0	não
T47	M	40	3650	8	9	0	não
T63	F	41	4000	8	8	0	não
T65	M	39	2905	9	10	0	não
T74	F	39	2485	7	10	0	não
T76	F	39	3410	9	10	0	não
T97	M	39	3070	9	10	0	não
T112	M	37	2965	8	10	0	não
P18	F	31	1225	7	8	38	sim
P19	M	32	1995	5	7	25	sim
P24	F	35	2415	8	10	8	sim
P33	M	35	2860	8	9	0	não
P35	M	36	2340	7	9	26	sim
P40	M	33	2080	8	10	16	sim

Fonte: Autores.

Percebe-se que, dentre os onze bebês a termo que apresentaram sinais de risco, dois deles, isto é, o T29 e o T74 apresentaram Apgar do 1' inferior à 8. Por outro lado, dos seis bebês prematuros, três apresentaram Apgar do 1' inferior à 7 e todos os demais com valor igual a 7. Ressalta-se também que apenas os bebês prematuros necessitaram de internação na UTI neonatal e ventilação mecânica. Tais dados assinalam que a prematuridade representou um fator que incidiu diretamente na vida desses pequenos bebês desde a mais tenra idade,

dificultando inclusive o estabelecimento do laço entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais, logo ao nascimento.

Na tabela 8 estão sintetizados os dados sociodemográficos e psicossociais mais relevantes de cada bebê. Em relação a tais dados, salienta-se que a variação de idade entre as mães dos bebês a termo foi de 20 a 44 anos e das mães dos bebês prematuros, de 21 e 36 anos, entretanto, em ambos os grupos a média de idade das mães foi de 28 anos.

Tabela 8 - Dados sociodemográficos das mães.

	Idade	Possui cônjuge	Escolaridade	Possui atividade profissional	Renda per capita (R\$)
T06	33	SIM	EMC	NÃO	R\$ 357,00
T23	20	SIM	EMC	SIM	R\$ 666,67
T29	20	NÃO	EMC	SIM	R\$ 500,00
T38	44	NÃO	EFI	NÃO	R\$ 111,11
T47	22	SIM	EMC	SIM	R\$ 500,00
T63	26	NÃO	EFC	SIM	R\$ 250,00
T65	31	NÃO	EMC	SIM	R\$ 500,00
T74	31	SIM	EMC	SIM	R\$ 666,67
T76	20	SIM	EFC	SIM	R\$ 571,43
T97	33	SIM	EMC	NÃO	R\$ 1.000,00
T112	28	SIM	EFC	NÃO	R\$ 500,00
P18	23	SIM	EMC	SIM	R\$ 666,67
P19	31	SIM	EFC	SIM	R\$ 142,86
P24	31	SIM	EFI	NÃO	R\$ 333,33
P33	31	SIM	EMC	NÃO	R\$ 500,00
P35	36	NÃO	EFI	SIM	R\$ 333,33
P40	21	SIM	EMC	SIM	R\$ 400,00

EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo; EMC = Ensino Médio Completo; ESP = Ensino Superior Completo.

Para uma compreensão mais minuciosa dos Sinais PREAUT e IRDIs ausentes em cada bebê, na tabela 9, foram sintetizados tais resultados, considerando os dois protocolos.

Tabela 9 – Descrição de todos os sinais PREAUT ausentes e todos os IRDIs ausentes dos 17 bebês que apresentaram sinais de risco à constituição psíquica na avaliação dos nove meses.

	PREAUT (4 meses)	Pontuação PREAUT	IRDIs Fase I	IRDIs Fase II	PREAUT (9 meses)	Pontuação PREAUT	IRDIs Fase III
T06	2a,2b, 3b,3c,4c	9	1,4	6,7,8, 11,13	2a,2b, 3b,3c,4c	9	16,17,18, 20,21
T23	2a,2b, 3a,3b,3c	12	1,4	8,12,13	2a	7	18,21,22
T29	2a,2b,3a,3b,3c, 4a,4b,4c	5	3,5	8,10,11, 13	2a	7	18,21
T38	2a,2b,3a,3b,3c,4c	8	1	8,11,13	2a	7	17,18,21
T47	2a	7	4	8,11,12, 13	2a	7	17,18,21
T63	2a	7	2,3	6,7,8, 10,11,13	2a	7	15,17,21
T65	1a,1b,2a,2b,3a,3b,3c, 4c	3	1,4,5	8,9,11,12 , 13	2a	7	17,20,21 22
T74	2a,2b,3a, 3b,3c,4c	8	1,2,3	11,12	2a	7	16,21,22
T76	2a	7	-	6	2a	7	21
T97	2a	7	4	7,8,13	2a	7	18,21
T112	2a,2b,3a, 3b,3c,4c	7	1,4	8,11,13	2a	7	16,17,18, 21
P18	1a	11	1	8,13	1a	11	18
P19	-	15	-	7,8,9,11, 12,13	2a,2b,3a,3b, 3c,4b,4c	6	16,17,18, 19,20,21
P24	2a,2b,3a,3b,3c,4c	8	1,4	8,11	2a	7	18,21
P33	2a	7	1,4	8	2a	7	16,18,19, 21
P35	2a,2b,3a,3b,3c,4c	8	1,4	8	2a	7	18,19,21
P40	2a	7	4	9,11,12	2a	7	16,18,19, 20,21

Especificação dos sinais de descrição de cada sujeito na sequência da tabela. Fonte: Autores.

A diminuição do somatório final na avaliação dos sinais PREAUT na faixa etária entre o 4º e 9º meses nem sempre reflete o fato de a constituição psíquica do bebê estar sofrendo

prejuízos cada vez maiores. Isso acontece porque se o bebê atingiu valores superiores a um total de 5 pontos, não é necessário realizar a segunda parte do questionário, onde são avaliadas as questões 3 e 4.

Percebe-se que, por meio dos sinais PREAUT, dos IRDIs, das entrevistas e da observação das imagens gravadas da díade, pôde-se lançar uma hipótese, ao menos parcial, a respeito do funcionamento psíquico dos dezessete bebês que apresentaram sinais de risco à constituição psíquica na faixa etária dos nove meses. Afirma-se que se trata de uma parcialidade, pois não se trata de uma escuta num contexto transferencial, sobretudo porque, na pesquisa, nem sempre era a mesma pesquisadora que coletava os dados.

A seguir, comentam-se os resultados encontrados a partir dos sinais PREAUT e dos 22 indicadores das três primeiras fases dos IRDIs, considerando a versão do protocolo com 31 indicadores, em conjunto com os dados obtidos na escuta dos pais nas entrevistas iniciais e continuadas:

T06 é um bebê do sexo masculino nascido a termo que fora desejado e planejado. Seus pais vivem em uma propriedade rural e, além do bebê, possuem mais uma menina de oito anos. T06 foi alimentado com leite materno exclusivo até o sexto mês de idade, apesar de engasgar-se quando mamava. A mãe relatou que não houve qualquer intercorrência na gestação ou mesmo após o nascimento de seu filho. Também não queixou-se de sofrimento psíquico na gestação ou mesmo após. A mãe utilizava o manhês para se comunicar com o bebê, mas sentia grande dificuldade em lançar hipóteses a respeito do que o menino deseja quando ele chorava. A mãe também relatou sentir grande dificuldade em chamar a atenção do filho ou que ele a obedecesse quando solicitado. Ela disse que frequentemente o chama quando ele está brincando, mas ele não a responde. Por isso, queixou-se de que seu bebê só fazia o que queria. Além disso, também comentou que não possuía um momento com T06 onde houvesse trocas prazerosas, nem mesmo o banho. O vínculo identificado pela mãe era a preferência do bebê dormir na cama dos pais, próximo a mãe. Também já demonstrava gostar mais de alguns brinquedos. Ele não estranhava pessoas desconhecidas ou demonstrava qualquer irritação diante de situações novas.

Observa-se no caso de **T06** que, dentre os itens ausentes nos sinais PREAUT nos dois momentos avaliados tem-se: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o

bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Todos os itens ausentes referem-se ao estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, pois se relacionam à apetência do bebê em suscitar trocas prazerosas com sua mãe (ou substituto). Embora seja um bebê que olha espontaneamente para a mãe e para o examinador, percebe-se que ele ainda não “se faz” olhar e que sua mãe frequentemente precisa lhe chamar muitas vezes a atenção para que seja correspondida. Quando observados os resultados dos IRDIS, tais resultados são confirmados a partir dos indicadores ausentes referentes à resposta do bebê ao manhês (IRDI 3) e troca de olhares com ela (IRDI 5). A mãe, por sua vez, investe no filho com seu olhar, cuidados corporais e ao produzir o manhês (IRDI 2). Ao analisarmos os IRDIs, o que se percebe como ausente na fase I é o indicador 1, relativo a supor um sujeito e ao estabelecimento da demanda, bem como o indicador 4 que se relaciona à capacidade de alternar presença e ausência. Na fase II, a ausência do indicador 8 na criança parece ser uma resposta à ausência do indicador 4 (fase I), pois a criança também não aguarda a resposta do adulto ao solicitar algo (IRDI 8). Esse déficit nos eixos ausência e presença e no estabelecimento da demanda, também são sentidos na limitação de sinais utilizados pela criança para se expressar (IRDI 7), na dificuldade em diferenciar dia e noite (IRDI 6) e na ausência da procura ativa do olhar materno (IRDI 11). Isso faz com que T06 fique passivo não buscando o outro para ajudá-lo (IRDI 13). Esse fato denuncia dificuldades no exercício da função materna, bem como uma fragilidade no exercício da função paterna e, conseqüentemente à operação de separação, podendo acarretar futuramente conseqüências estruturantes. Tais eixos seguem problemáticos nas fases seguintes e identificados pelo fato do bebê não estranhar pessoas desconhecidas (o IRDI 18 refere-se ao exercício da função paterna), não demonstrar gostar ou não de alguma coisa (o IRDI 16 refere-se ao estabelecimento da demanda) e não compartilhar uma linguagem particular com a mãe (o IRDI 17 refere-se à suposição de sujeito e presença/ausência). Observa-se que T06 continua passivo e o fato de não fazer gracinhas (IRDI 20) sugere que os resultados dos IRDIs concordam com o não estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional e com dificuldades na dinâmica alienação/separação.

T23 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. Apesar de ter sido uma gestação desejada e planejada, a mãe queixou-se de intercorrência na gestação em virtude da pressão alta e pré-eclâmpsia. T23 é filho único e sua mãe possui atividade profissional como

operadora de caixa, permanecendo de licença maternidade até o sexto mês do bebê. A partir desse período, a mãe retomou sua atividade profissional e T23, que até então mamou exclusivamente leite materno, engasgando frequentemente por causa do excesso de leite, começou a transição alimentar. Entretanto, desde essa época T23 já apresentava sobrepeso, tendo sido encaminhado para o serviço de nutrição para que a mãe pudesse ser orientada quanto a alimentação do bebê.

Em relato, a mãe de **T23** demonstrava não se sentir deprimida, mas queixou-se de seu corpo e de estar enfrentando dificuldades conjugais porque o bebê demandava toda a sua atenção desde seu nascimento. Ela também relatou que T23 dormia na cama dos pais e que os dois não conseguiam manter relações conjugais há meses.

Pôde-se observar que, a exemplo de T06, T23 possuía itens que demonstram uma apetência em estabelecer um laço com o outro espontaneamente (1a) ou depois de estimulado (4a), entretanto ainda não se evidenciava o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

Observou-se que os itens ausentes nos sinais PREAUT aos quatro meses, foram: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele), mas depois de estimulado ele apresenta condição de suscitar essa troca prazerosa. Estava evidente, portanto, que T23 apresentou boas possibilidades para o caminho do estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

Na segunda avaliação do PREAUT, realizada na faixa etária dos 9 meses, o bebê reforçava tal hipótese, pois atingiu a pontuação 7 na primeira parte do questionário, tendo ausente apenas o sinal referente à capacidade de “se fazer” olhar na ausência de qualquer solicitação. Em relação aos IRDIs observou-se a ausência dos IRDI 1 e 4 na primeira fase, dos IRDIs 8, 12 e 13 na segunda fase e do IRDI 18 na terceira fase, compondo um quadro similar ao de T06, quando a questão estava na dinâmica das operações de alienação e separação, mas era diferente quanto a apetência às trocas comunicativas com a mãe, sugerida pelo fato dele procurar ativamente o olhar materno. Entretanto, no caso de T23, a ausência do IRDI 1 é reforçada com o fato de, diante das dificuldades da mãe compreender o que seu bebê

desejava, ela lhe oferecia sempre o peito e ele chorava. Tal oferta se dava de forma tão intensa que o bebê chegava a se engasgar.

As observações sugeriam, portanto, que este bebê apresentava melhores condições quanto à estruturação psíquica, resultado sinalizado por sua apetência ao outro e assinalados nos sinais PREAUT referentes à presença de seu olhar (espontâneo e após estimulado) ao examinador e à mãe. No entanto, sua mãe apresentava dificuldades em lançar uma hipótese a respeito do que seu bebê desejava, endereçando-lhe uma demanda para além do ato de alimentá-lo.

T29 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. A mãe relatou que ela e seu namorado não planejaram a gestação, apesar de descobrirem ainda no primeiro trimestre. Após o susto, a mãe relatou ter ficado feliz com a notícia e ter desejado seu bebê desde então. Ela não relatou sentir-se deprimida durante a gestação ou mesmo após o nascimento do bebê. Afirmou que contava com a ajuda de sua mãe para os cuidados do bebê, tendo em vista que ela morava junto com os pais. Desde o nascimento, T29 foi alimentado com leite materno juntamente com leite artificial sem qualquer dificuldade alimentar. A mãe relatou não perceber se o bebê possuía algum brinquedo predileto na faixa etária dos quatro meses. Entretanto, na mesma ocasião, relatou que ele já demonstrava desconforto quando estava com a fralda suja, sugerindo sua tentativa de estabelecer uma linguagem comum com seu bebê e lançar uma hipótese a respeito do que seu filho demandava.

Quanto aos sinais PREAUT de **T29**, observam-se, na primeira avaliação referente à faixa etária dos quatro meses, os seguintes sinais ausentes: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4a = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 4b = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele).

Ressalta-se que tais resultados divergiram do relato materno em entrevista realizada na mesma ocasião, quando questionada se o bebê lhe respondia quando chamado, olhando-a e

vocalizando para ela. Nesse caso, mesmo que o avaliador não tenha evidenciado tal fato, a mãe respondeu afirmativamente.

É importante ressaltar que todas as dezessete mães responderam que seus bebês respondiam ao seu chamado, olhando-as, vocalizando ou sorrindo para elas. Entretanto, em alguns casos, quando lhes era pedido para que chamassem seus bebês, os mesmos não demonstravam reciprocidade, colocando em cheque o quanto a mãe realmente era correspondida ou desejava que isso acontecesse. Percebe-se que, apesar de ser importante diferenciar a suposição de que o bebê responda para o fato do bebê efetivamente responder ao chamado materno, a suposição envolve a fantasia materna de que o bebê e a mãe estão em relação e conseguem se comunicar. Fato este fundamental para que ela siga investindo em seu bebê. Ao profissional que observa o desenvolvimento do bebê cabe, no entanto, ficar atento a sua evolução, sem que seja necessário criar um fantasma de possível patologia no imaginário materno.

No caso de **T29**, tal resultado levanta a hipótese de uma fragilidade no laço mãe-bebê por parte do bebê, na medida em que a mãe, buscando envolvê-lo com seu olhar, seu manhês e seu toque não obteve sucesso, mesmo supondo ser correspondida. Essa hipótese é reforçada com o fato de os sinais 1a e 1b estarem presentes, já que o bebê procura olhar para o avaliador espontaneamente e após ser estimulado por ele. Mesmo assim, embora haja um olhar espontâneo para o examinador, denunciando um interesse pelo outro, percebe-se que este é um bebê que ainda não “se faz” olhar. Quando observados os resultados dos IRDIS, tais resultados são confirmados a partir dos indicadores ausentes referentes à resposta do bebê ao manhês (indicador 3) e a troca de olhares com a mãe (indicador 5). Apesar da hipótese levantada quanto à fragilidade no laço mãe-bebê, percebe-se que esta era uma mãe que investia no filho com seu olhar, cuidados corporais e ao produzir o manhês (indicador 2).

Na fase II, evidenciou-se a ausência dos seguintes indicadores: IRDI 8 (a criança solicita intervalo para aguardar sua resposta), IRDI 10 (a criança reage quando se dirigem a ela), IRDI 11 (a criança procura o olhar da mãe) e IRDI 13 (a criança pede ajuda sem ficar pacífica). Tal resultado sugere uma persistência na fragilidade do laço entre a mãe e seu bebê.

Na avaliação dos nove meses, evidenciou-se uma melhora no estabelecimento do laço entre a díade na medida em que apenas o sinal 2a apresentou-se como ausente. Tal fato evidencia-se nos resultados dos IRDI fase III, confirmando uma melhora na resposta da criança aos estímulos maternos, denunciando que ambos já compartilhavam uma linguagem particular (IRDI 17 presente). Os indicadores referentes ao fato de a mãe já reconhecer

quando o bebê gosta ou não de alguma coisa (IRDI 16), bem como o supor que seu bebê possui objetos prediletos (IRDI 19) estavam presentes e sugeriam que a mesma supunha um sujeito desejante ali. Entretanto, ainda evidenciam-se ausências nos indicadores como o 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela) e o 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto), referentes ao exercício da função paterna e estabelecimento da demanda, respectivamente, permaneciam ausentes. Este último sinal relacionado a condutas intersubjetivas na visão de Saint-Georges et al. (2011).

T38 é um bebê nascido a termo. Ele é o sétimo filho de uma mãe de 44 anos. Seus irmãos, tendo 18, 17, 16, 14, 9 e 3 anos moravam na mesma casa que T38, e os mais velhos ajudavam a cuidar dele quando podiam. Não houve relato de dificuldades no desenvolvimento dos irmãos. Dos dezessete bebês que apresentaram risco na faixa etária dos nove meses, T38 era da família que apresentava a menor renda per capita. Sua mãe não possuía atividade profissional e não concluíra o Ensino Fundamental. T38 não foi um bebê planejado, e a gestação foi descoberta apenas no segundo trimestre. Apesar disso, a mãe relatou que ficou feliz e a gestação não apresentou qualquer intercorrência. A mãe não relatou sinais de sofrimento psíquico após o nascimento do bebê e este foi alimentado com leite materno exclusivo até o sexto mês sem dificuldades. Ao nascer, T38 apresentou Apgar igual a 6 no 1º minuto e 10 no 5º minuto.

Em relação aos IRDIs da primeira fase, **T38** não apresentou apenas o IRDI 1, referente ao fato da mãe apresentar dificuldades em compreender o que a criança queria quando chorava ou gritava. Apesar de tal dificuldade, esta era uma mãe que se comunicava com seu bebê utilizando o manhês (IRDI 2) ao longo de toda a avaliação e propôs algo a ele aguardando sua reação (IRDI 4). Além disso, evidenciou-se que o bebê reagiu ao manhês (IRDI 3) e houve trocas de olhares entre a mãe e o bebê (IRDI 5). Entretanto, percebia-se que a possibilidade do bebê interagir com a mãe foi resultante de uma iniciativa materna de chamá-lo ou acariciá-lo.

Tais resultados se associaram aos encontrados a partir da análise dos sinais PREAUT aos quatro meses. Os sinais PREAUT indicaram uma falta de iniciativa por parte do bebê a estabelecer uma relação com sua mãe e, claramente, a ausência de um terceiro tempo do circuito pulsional. Nessa avaliação, T38 apresentou os seguintes sinais ausentes: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem

qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele).

Na fase II dos IRDIs, observou-se a permanência de certa dificuldade no laço mãe-bebê nas ausências os indicadores 8, 11, 13. Tal realidade parecia se dar em virtude da permanência de certa dificuldade da mãe em compreender seu bebê. Dessa forma, o bebê não a solicitava ou aguardava sua resposta (IRDI 8), ou mesmo, pedia-lhe ajuda (IRDI 13). Nessa fase, também se percebeu uma diminuição das trocas de olhares entre mãe-bebê e a ausência da busca ativa pelo bebê do olhar materno (IRDI 11).

Na faixa etária dos nove meses, tais dificuldades permaneceram para **T38**. Apesar do bebê mostrar-se apertado à relação olhando para o examinador com e sem estímulo (protoconversa), o bebê ainda apresentou dificuldade em “se fazer” olhar por sua mãe sem qualquer estímulo (2a). Quanto aos IRDIs ausentes na fase III, estavam ausentes os indicadores 17, 18 e 21. Esses indicadores demonstram que mãe e bebê ainda não compartilhavam uma linguagem particular (17), a criança não estranhava pessoas desconhecidas (18) e a criança não buscava o olhar de aprovação do adulto (21). Enquanto o indicador 18 refere-se ao exercício da função paterna, o indicador 17 aos eixos de suposição de sujeito e presença/ausência e o 21 ao estabelecimento da demanda.

Logo, evidencia-se que os quatro eixos fundamentais na estruturação do sujeito apresentavam sinais de fragilidade e o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional também não se fazia presente com a mãe (sinais PREAUT). Tais resultados levantam a hipótese de a presença de risco à estruturação psíquica poderia estar associada às dificuldades da mãe no exercício de sua função. Entre os fatores sociodemográficos envolvidos no caso, estão a grande quantidade de filhos e demandas familiares, bem como a baixa escolaridade e a renda per capita reduzida, como aspectos que poderiam estar interferindo nos cuidados maternos com T38.

T47 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. Seus pais são casados e possuem uma filha quatro anos mais velha do que o bebê. A mãe de T47 possui atividade profissional como servente de limpeza estando de licença após o período da gestação. A mãe relatou que, durante os primeiros meses, não contou com a ajuda de ninguém para cuidar de seus dois filhos, pois o marido trabalhava o dia inteiro. Queixou-se de irritação, tristeza, cansaço e

desânimo após o nascimento do bebê. Neste relato, fica evidente a queixa quanto ao apoio do cônjuge ou de outra pessoa no cuidado com o bebê. A mãe relatou que, desde o nascimento, T47 sempre foi um bebê muito agitado e inquieto. Por sentir-se muito cansada, não deixava que seu bebê explorasse o ambiente livremente sob sua supervisão. Ela também relatou que o bebê não possuía brinquedo predileto e que jogava tudo longe quando pegava na mão, indiscriminadamente, apesar de ter brinquedos desde os primeiros meses. Mesmo diante de tais dificuldades, a alimentação de T47 foi com leite materno exclusivo e a partir do sexto mês deu-se o início da transição alimentar sem dificuldades.

Em relação aos resultados de **T47** na avaliação dos sinais PREAUT na faixa etária dos quatro meses, apenas o sinal 2a esteve ausente, sugerindo que o estabelecimento do circuito pulsional ainda não se fazia presente na ocasião. Tal resultado pode ser pensado a partir do resultado dos IRDIs da mesma fase, tendo em vista que esteve ausente o IRDI 4 referente ao fato da mãe ter grande dificuldade em propor algo ao seu bebê e aguardar-lhe uma resposta.

A dificuldade com esse indicador sugeria problemas no tempo de oscilação entre ausência e presença que é importante para a estruturação psíquica. Esse fato repercutiu posteriormente na fase II dos IRDIs quando estiveram ausentes os indicadores referentes à criança solicitar à mãe algo e fazer um intervalo para aguardar sua resposta (IRDI 8), a criança procurar ativamente o olhar da mãe (IRDI 11), a mãe dar suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço (IRDI 12) e a criança pedir ajuda de outra pessoa sem ficar passiva (IRDI 13). Tais resultados confirmam a hipótese de que a sofrimento psíquico materno afetou a qualidade do laço mãe-bebê repercutindo em sua constituição. Na faixa etária dos nove meses apenas o sinal 2a do PREAUT esteve ausente juntamente com o IRDI 17, o IRDI 18 e o IRDI 21. Tais resultados demonstraram, respectivamente, que o bebê ainda não “se fazia” olhar sem qualquer estimulação materna, mãe e bebê ainda não compartilhavam uma linguagem particular, a criança não estranhava pessoas desconhecidas e a criança não busca o olhar de aprovação do adulto. O sinal 2a do PREAUT refere-se ao estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, o IRDI 18 refere-se ao exercício da função paterna, ao passo que o IRDI 17 aos eixos suposição de sujeito e presença/ausência e o IRDI 21 ao estabelecimento da demanda. Logo, evidenciou-se que os quatro eixos que estruturam os IRDIs e que são fundamentais na estruturação do sujeito, bem como os sinais PREAUT que evidenciam o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, apresentavam fragilidade a exemplo de T38. Ressalta-se, no entanto, que T47 buscava o examinador espontaneamente o que sugeria certa apetência simbólica.

T63 é um bebê do sexo feminino nascida a termo. Além dela, sua mãe possui outro filho cinco anos mais velho do que T63. Desde o período de gestação, os pais do bebê enfrentaram dificuldades matrimoniais decidindo pela separação mesmo antes de T63 nascer. Por esse motivo, a mãe relatou que o período de gestação fora muito difícil e que ela sofreu muito. Ainda, após o nascimento de T63 os sintomas de sofrimento psíquico permaneceram agravados pelo cansaço com os cuidados dos dois filhos. Apesar da separação, a mãe relatou que não houve intercorrências na gestação. T63 foi alimentada com leite artificial desde o décimo quinto dia de vida, sem dificuldades alimentares. A mãe afirmou que tinha medo de permitir que o bebê experimentasse diferentes posições e explorasse livremente os espaços, dificultando a livre movimentação do bebê.

Em relação aos resultados de **T63** na avaliação dos sinais PREAUT, na faixa etária dos quatro meses, os sinais 2a e 2b estiveram ausentes, sugerindo que apesar de apresentar interesse em outra pessoa (1a e 1b presentes) o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional ainda não se fazia presente com a mãe. Este resultado concorda com a ausência dos IRDIs 2 e 3 na fase I, na interação com a mãe. A ausência do IRDI 2 assinala a dificuldade da mãe em falar com seu bebê num estilo particularmente dirigido a ela (manhês) e, conseqüentemente, à criança de reagir ao manhês.

Tais resultados repercutem na fase II dos IRDIs, principalmente na ausência dos IRDIs relacionados à comunicação do bebê: IRDI 8 (criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta), IRDI 10 (criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra criança está se dirigindo a ela), IRDI 11 (criança procura ativamente o olhar da mãe) e o IRDI 13 (criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva). Na avaliação dos sinais PREAUT, permanece a ausência do sinal 2a sugerindo que o bebê ainda apresentava impasses no estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional e, conseqüentemente, na estruturação de sujeito. Esse resultado torna-se ainda mais preocupante pelo fato de apresentarem ausentes os seguintes indicadores da fase III: IRDI 15 (durante cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe), IRDI 17 (mãe e criança compartilham uma linguagem particular) e IRDI 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). Evidenciou-se uma grande dificuldade no exercício da função materna desde a primeira avaliação, em virtude dos sintomas de sofrimento psíquico, bem como da dificuldade em cuidar de duas crianças sozinhas. Como consequência, a mãe apresentou dificuldades em estabelecer o laço com seu bebê e comunicar-se com ele. Tal dificuldade permaneceu com o passar das avaliações repercutindo na permanência da dificuldade da díade em compartilhar

uma linguagem comum, viabilizando o estabelecimento de uma demanda, bem como no estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

T65 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. A gestão de T65 não foi planejada, tendo sido descoberta no segundo trimestre. Durante o período de gestação, a mãe descobriu que seu namorado havia engravidado outra mulher. O casal tentou viver junto, vindo a separar-se antes de T65 completar nove meses. Diante de tal realidade, a mãe de T65 relatou que o período de gestação foi muito difícil e que ela apresentou sintomas de sofrimento psíquico desde então. Além disso, houve deslocamento de placenta e dores fortes durante a gestação. Após o nascimento do bebê, tais sintomas se agravaram em virtude das dificuldades enfrentadas com o cônjuge e nos cuidados do bebê.

Apesar da mãe de **T65** contar com a ajuda da avó materna do bebê, ele sempre foi avesso ao contato com outras pessoas ou crianças. Segundo o relato da mãe, desde pequeno T65 chorava muito e ela necessitava levá-lo para um quarto escuro e esperar que se acalmasse após ficar exausto de tanto chorar. 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 T65 apresenta características semelhantes.

Em relação à alimentação, a mãe de T65 relatou que o mesmo era alimentado com leite artificial desde o sétimo dia e que sofria de refluxo. As dificuldades alimentares permaneceram até o nono mês, tendo em vista que T65 apresentou dificuldades na transição alimentar para alimentos semi-sólidos e sólidos. A mãe supunha que seu bebê já apresentava preferências desde a primeira avaliação, entretanto, não o permitia explorar livremente o ambiente porque temia que ele se machucasse. Ela relatou que conversava com ele sempre que ele estava acordado e que ele, por sua vez, respondia ao seu chamado por meio do olhar.

Apesar desse relato, na avaliação dos sinais PREAUT de **T65**, na faixa etária dos quatro meses, evidenciou-se que praticamente todos os sinais estavam ausentes: 1a = O bebê procura olhar para o avaliador espontaneamente; 1b = O bebê procura olhar para o avaliador após ser estimulado por ele (protoconversa o); 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicita o (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa o); 3a = Sem qualquer estimula o de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimula o de sua mãe (ou

substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Salienta-se que apenas estiveram presentes os sinais referentes ao fato do bebê olhar e sorrir para a sua mãe após ser estimulado por ela. O que se evidencia a partir dos sinais PREAUT é que o bebê não demonstrou qualquer interesse em observar o avaliador antes ou depois de estimulado, pelo contrário, desviava o olhar sempre que se tentava uma aproximação. Outro fato interessante é que a mãe de T65 precisava chamá-lo muitas vezes, sem intervalo, a fim de captar sua atenção. Apenas em raros momentos, T65 olhava-a ou sorria para ela por um breve momento.

Tais resultados se associam aos indicadores ausentes na fase I referentes ao fato da mãe não saber identificar o que a criança quer quando chora ou grita (IRDI 1), a criança não reagir ao manhês (IRDI 3) e a mãe propor algo a criança e esperar por sua resposta (IRDI 4). 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 dificuldade em vê-lo reagir ao manhês. Evidenciou-se também que o bebê rejeitou qualquer tentativa de estabelecimento de relação com o examinador, esquivando-se do olhar, do toque e da voz. Esse fato sugeriu a equipe que este bebê deveria ser encaminhado para a intervenção precoce assim que a mãe aceitasse e se os sintomas continuassem na próxima avaliação.

Tais dificuldades permaneceram na avaliação dos indicadores da fase II dos IRDIs, quando estiveram ausentes os IRDIs: 8, 9, 11, 12 e 13. O IRDI 8, relacionado ao fato da criança solicitar sua mãe e fazer um intervalo para aguardar sua resposta, o IRDI 9, referente à fala materna construída a partir de pequenas frases para a melhor compreensão do bebê, o IRDI 11 que avalia se o bebê procura ativamente o olhar materno, o IRDI 12 que observa se a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço e o IRDI 13 referente ao fato da criança ser capaz de pedir ajuda de outra pessoa sem ficar passiva, confirmam a hipótese de que T65 apresentava impasses importantes no processo de constituição psíquica e que sua mãe enfrentava dificuldades no estabelecimento do laço com seu filho e no exercício de sua função.

Apesar desse quadro, na avaliação dos sinais PREAUT referentes a faixa etária do nono mês, **T65** mostrou-se mais receptivo ao contato com o avaliador, tendo mais interesse em observar as pessoas a sua volta. Acredita-se que a maior receptividade de T65, representando uma melhor avaliação quanto aos sinais 1a e 1b se deu pelo fato de que a

avaliação foi realizada na casa do bebê e, mais especificamente, em seu quarto. É importante assinalar tal fato porque T65 é um bebê que, claramente, apresentou hipersensibilidade e, na ocasião das avaliações na Unida Básica, as luzes claras, o barulho das outras crianças e a grande quantidade de pessoas o deixavam bastante irritado e inquieto. Acredita-se que, diante de circunstâncias apropriadas, sem tais interferências que são tomadas como agressivas por T65, o bebê conseguiu observar o avaliador com e sem estímulo, apesar de isso ter ocorrido por um número de vezes menor do que o esperado, ou seja, não foi constante na observação. T65 apresentou-se fechado em alguns momentos e aberto em outros. O que de certa forma explica o fato de não ter sido evidenciado o sinal 2a referente a possibilidade do bebê “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) espontaneamente, o que mostra que o terceiro tempo do circuito pulsional ainda não estava estabelecido. Em relação aos indicadores na fase III, estiveram ausentes: o IRDI 17 (mãe e criança compartilham uma linguagem particular), o IRDI 20 (a criança faz gracinhas), o IRDI 21 (a criança busca o olhar de aprovação do adulto) e o IRDI 22 (a criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada), todos esses indicadores ausentes são compatíveis com o fato do bebê não estar plenamente instalado na comunicação.

A partir da compreensão do caso, das dificuldades enfrentadas pela mãe nos cuidados de seu bebê e em sua tentativa de se relacionar com ele, tais indicadores sugeriam impasses importantes na constituição psíquica. Considerando a observação de que este bebê era inconsolável e continuava pouco instalado na comunicação foi indicada avaliação com terapeuta da equipe após a segunda fase e reforçada na terceira fase. A mãe aceitou e solicitou a intervenção precoce, por volta do décimo mês de vida do bebê, quando a situação estava insuportável para ela.

T74 é um bebê do sexo feminino nascido a termo. Os pais de T74 eram casados e engravidaram dela sem planejamento. Desde a descoberta da gravidez, desejaram seu bebê e planejaram a gestação ao lado da avó paterna do bebê. Entretanto, desde a gestação, a mãe de T74 apresentou sintomas de sofrimento psíquico e ansiedade, pois a gravidez lhe fez revisitar a sua própria relação com sua mãe que, segundo ela, lhe abandonou quando criança. A mãe de T74 dizia que fora criada pela avó paterna e que não conseguia compreender como tornar-se mãe, tendo em vista que não possuía referências para tal.

Após o nascimento de **T74**, sempre que ela chorava, a mãe a entregava para o pai do bebê porque não sabia como ampará-la ou conseguia lançar qualquer hipótese a respeito do que o bebê desejava. Tal dificuldade também se apresentava com o medo de ficar sozinha

com seu bebê e não saber o que fazer se algo acontecesse. Por isso, a mãe de T74 cuidava do bebê sempre acompanhada de sua sogra ou do marido. Tal situação causava muito sofrimento à mãe porque ela relatava nas entrevistas querer cuidar de seu bebê, mas não saber como.

Apesar do medo no cuidado, a mãe de **T74** relatou que permitia que seu bebê experimentasse diferentes posições e explorasse o ambiente quando se encontrava na companhia do marido ou da sogra. Além disso, relatou que o bebê dormia no berço sozinho. Em relação à alimentação, T74 era alimentada com leite materno e leite artificial desde aproximadamente o décimo quinto dia, pois a mãe relatou que a criança chorava muito e que ela tinha “pouco leite”. Também relatou que o bebê apresentou refluxo nos primeiros meses de vida. A partir do sexto mês, a mãe começou a procurar emprego deixando a filha com a sogra. É importante ressaltar que, diante das dificuldades em exercer a função materna, foi oferecido à mãe uma escuta individualizada com uma psicóloga da equipe, após a primeira avaliação. Na ocasião, a mãe aceitou a proposta, entretanto, os atendimentos foram iniciados após a segunda avaliação, quando lhe foi novamente oferecido o serviço e ela já havia se organizado com a sogra para que ficasse com o bebê durante a tarde.

Em relação aos sinais PREAUT evidenciados na avaliação de **T74** na faixa etária do quarto mês, não estiveram presentes os seguintes sinais: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversaão); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Por outro lado, estiveram presentes os sinais: 1a = bebê procura olhar para o avaliador espontaneamente; 1b = O bebê procura olhar para o avaliador após ser estimulado por ele (protoconversaão); 4a = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 4b = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele). Tais resultados indicavam que o bebê apresentava apetência e interesse em estabelecer uma relação com o outro, entretanto, devido as dificuldades maternas, a relação mãe-bebê encontrava entraves para se estabelecer. Essa hipótese era reforçada diante da ausência dos IRDI 1 (quando a criança chora, a mãe sabe o que ela quer), IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela) e do IRDI 3 (a criança reage ao manhês), este em

relação à mãe, que referiam-se aos eixos de suposição de sujeito e estabelecimento de demanda.

As dificuldades da mãe no exercício de suas funções ainda ficaram evidentes na fase II dos IRDIs quando estiveram ausentes os indicadores 11 (a criança procura ativamente o olhar da mãe) e 12 (a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço). Na avaliação dos nove meses, percebeu-se que **T74** apresentou uma melhora, permanecendo ausente apenas o sinal 2a. Tal fato demonstrou que o bebê ainda não apresentava o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional com a mãe, apesar de mostrar-se apetente e curioso com as pessoas que estavam a sua volta. Quanto aos IRDIs, estiveram ausentes os indicadores 16 (a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa), 21 (a criança busca o olhar de aprovação do adulto) e 22 (a criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada). A ausência do IRDI 22 foi considerada a partir do relato materno referente às dificuldades que a família estava encontrando na transição alimentar do bebê, sobretudo, em relação à mãe para compreender o que seu bebê gostava de comer.

T76 é um bebê do sexo feminino nascido a termo. Os pais do bebê eram um jovem casal que vivia junto na casa dos pais dela. Tal fato contribuía para que a mãe de T76 pudesse voltar a estudar mesmo depois do nascimento do bebê enquanto seu cônjuge trabalhava. Apesar de não ter sido uma gestação planejada, o casal relatou que ficou feliz com a notícia e desejou a chegada do bebê. Apesar do aumento da responsabilidade, o casal conseguiu manter um tempo para os dois, embora naquela época o bebê estivesse dormindo na cama com a mãe, o que foi resolvido na avaliação de 9 meses (na avaliação da faixa etária dos nove meses, a mãe relatou que o bebê estava dormindo no berço).

A gestação de **T76** aconteceu sem quaisquer intercorrências e após o nascimento o casal acreditava estar conseguindo cuidar bem dela. Em relação à alimentação do bebê, foi alimentado com leite materno e leite artificial desde o quarto dia, não apresentando dificuldades alimentares. Entretanto, desde o terceiro mês os pais passaram a alimentar T76 com papinhas, o que indicou a introdução precoce de alimentos além do leite.

Na fase I, **T76** não apresentou qualquer indicador do protocolo IRDIs ausente. Assinala-se neste período que o bebê não apresentou o sinal 2a, sugerindo que o bebê ainda não apresentava o terceiro tempo do circuito pulsional. Entretanto, percebeu-se que a díade demonstrou uma boa interação, na medida em que ao longo do período de avaliação, mãe e bebê trocaram olhares e houve uma responsividade do bebê ao manhês, apesar de ele não “se fazer” olhar por sua mãe.

Na fase II, T76 apresentou dificuldades em diferenciar o dia da noite. Tal fato foi evidenciado a partir do relato materno sugerindo que, há algumas semanas, a bebê permanecia a noite acordada e o dia dormindo (IRDI 6) e que ela estava encontrando dificuldades para reverter a situação.

Na faixa etária dos nove meses, a mãe relatou que a dificuldade encontrada na avaliação anterior fora sanada. Entretanto, na avaliação dos sinais PREAUT, o bebê permaneceu não apresentando o sinal 2a. Quanto aos indicadores avaliados na ocasião, estiveram ausentes dois indicadores referentes ao eixo de estabelecimento de demanda, são eles: o IRDI 21 (a criança busca o olhar de aprovação do adulto) e o IRDI 22 (a criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada). O indicador 22 fora assinalado como presente apesar da criança estar apresentando, na ocasião, dificuldades em ser alimentada, porque se tratava de uma condição decorrente de uma ferida na garganta que a levou a um período de internação e que a dificultou a alimentar-se. Apesar disso, no período da avaliação, o bebê estava começando a ser alimentado com frango desfiado, batata amassada, iogurte, bolacha e leite artificial. A hipótese lançada para este bebê é que o mesmo apresentava apetência para estabelecer uma relação com o outro e que o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional estava em vias de se efetivar, apesar da ausência de alguns sinais aos 9 meses. Por isso, aguardou-se a avaliação do 12º mês para verificar a necessidade ou não de encaminhamento para intervenção precoce.

T97 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. Seus pais eram casados e possuíam uma filha quatorze anos mais velha que ajudava nos cuidados do bebê. A mãe de T97 trabalhava como doméstica antes da gestação e, desde que soube da gravidez, parou de trabalhar. Até a terceira avaliação, ela relatou que ainda não havia retomado sua atividade profissional. A mãe não relatou sinais de sofrimento psíquico ao longo da gestação ou mesmo após o nascimento do bebê. Entretanto, salienta em entrevista que era bastante ansiosa e, no período de gestação, sentiu grande dificuldade porque precisou fazer repouso para que o bebê não nascesse prematuramente. Desde o nascimento, T97 foi alimentado com leite materno exclusivo, sem apresentar qualquer dificuldade alimentar. A partir do sexto mês, começou a transição alimentar com batidas, mas sua mãe não o deixava alimentar-se sozinho com medo de que o menino fizesse “sujeira”.

Em ambas as avaliações dos sinais PREAUT, evidenciou-se que o bebê ainda não apresentava o terceiro tempo do circuito pulsional, na medida em que o sinal 2a esteve ausente. Apesar de **T97** olhar para o examinador sem estímulo, demonstrando curiosidade,

apenas “fazia-se” olhar e tocar por sua mãe após ser estimulado por ela. Tal fato ficou evidente a partir da observação da mãe. Percebeu-se que a mesma não lhe oferecia turno para que ele a convocasse, a fizesse “ouvi-lo”. Por esse motivo, o indicador 4 permaneceu ausente.

Na fase II, tal hipótese foi fortalecida quando se percebeu a dificuldade do bebê em lançar uma demanda à sua mãe, bem como na compreensão da oscilação entre presença/ausência e do exercício da função paterna a partir da observação da ausência dos seguintes indicadores: o IRDI 7 (criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades), o IRDI 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e o IRDI 13 (a criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva).

Na fase III, por sua vez, os indicadores 18 e 21 apresentaram ausentes, sugerindo uma dificuldade persistente no exercício da função paterna e no estabelecimento de demanda. Apesar de a mãe mostrar-se amorosa e extremamente cuidadosa, percebeu-se sua dificuldade em oferecer ao seu bebê turnos de fala em que o mesmo pudesse lançar-lhe uma demanda diferente daquela que ela supunha, permitindo assim o exercício da função paterna, a operação de separação, o que também poderia estar incidindo no estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

T112 é um bebê do sexo masculino nascido a termo. Seus pais eram casados e possuíam uma menina nove anos mais velha. O casal não planejou a gestação, mas ficou feliz quando soube da notícia. A mãe de T112, com 28 anos de idade, possuía apenas o Ensino Fundamental completo e não trabalhava. Segundo relato, passava o dia em casa cuidando da casa, do bebê e da filha mais velha. Ela não se queixou de sinais de sofrimento psíquico na gestação ou mesmo após o nascimento do bebê. Entretanto, salientou que não conta com a ajuda de ninguém no cuidado dos filhos e sente-se bastante cansada e desmotivada. Também não relatou intercorrências no período de gestação ou após o nascimento. Segundo seu relato, o bebê dormia sozinho no berço, explorava livremente os espaços sob sua supervisão e fora alimentado apenas com leite materno até o sexto mês de vida.

Em relação à avaliação de **T112** quanto aos sinais PREAUT, percebe-se a ausência dos sinais: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma

troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Tal resultado, em confronto com o observado na entrevista, levanta a hipótese que o cansaço, a desmotivação e a solidão nos cuidados dos filhos poderiam estar repercutindo na qualidade do laço entre mãe e bebê, podendo trazer consequências para a estruturação psíquica do pequeno. Essa hipótese é ainda fortalecida quando se evidencia que na ocasião, os sinais presentes (1a, 1b) demonstram a apetência e o desejo do bebê em estabelecer um vínculo com o outro. Quanto aos indicadores, estiveram ausentes os IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer) e IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação).

Na fase II, apresentaram-se ausentes os indicadores 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta), 12 (a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço) e 13 (a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva). Os três indicadores englobam os quatro eixos que estruturam os IRDIs (estabelecimento de demanda, presença/ausência, suposição de sujeito e função paterna), sugerindo que, juntamente com a ausência do circuito pulsional, demonstram impasses no processo de constituição psíquica e, conseqüentemente, risco psíquico que podem trazer consequências à longo prazo.

A presença de risco permaneceu na fase III, devido a ausência dos indicadores 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) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). Os quatro indicadores ausentes também englobam os quatro eixos teóricos dos IRDIs, confirmando a presença de risco, juntamente com a ausência do terceiro tempo do circuito pulsional, demonstrado a partir da ausência do sinal 2a do PREAUT. Cabe ressaltar, no entanto, que a reação sustentada ao examinador demonstrava que este bebê apresentava apetência simbólica e que a dificuldade parecia relacionar-se mais ao laço com a mãe.

P18 é um bebê do sexo feminino nascido prematuro nascido com 31 semanas e 5 dias. Seus pais eram casados, tendo apenas P18 de filho e sua mãe possui atividade profissional como caixa em um posto de gasolina. Enquanto a mãe trabalha (desde o sexto mês de P18), o bebê permanece na casa de sua tia-avó. A mãe relatou que apesar de não ter sido planejada, P18 foi um bebê muito desejado por toda a família. Relatou intercorrências na gestação devido a pré-eclâmpsia, fator que a levou à cesárea induzida e ao nascimento prematuro do bebê. P24 nasceu com apenas 1225 gramas, Apgar do 1º minuto igual a 7 e do 5º minuto igual a 8. Apesar de sua idade gestacional poder ser considerada de grau moderada, seu baixo peso

ao nascer lhe coloca em uma situação de prematuridade acentuada. Além disso, após o nascimento, P18 permaneceu 38 dias internada na UTI neonatal, necessitando de ventilação mecânica (nos primeiros onze dias) e antibióticos.

Desde o nascimento, P18 foi alimentada com leite artificial, sem apresentar qualquer sinal de dificuldade alimentar. Inclusive, a partir do terceiro mês, os pais iniciaram precocemente o processo de transição alimentar do bebê, oferecendo-lhe sucos. A mãe relatou que no período de internação, ela e o marido permaneciam no hospital a maior parte do tempo para que seu bebê não se sentisse sozinho. Ela afirmou que o brinquedo preferido de P18 era um gatinho e que, apesar da insegurança diante da fragilidade do bebê, desde que começou a engatinhar, permite-lhe explorar o ambiente, experimentando diferentes posições. Depois de retomar sua atividade profissional, a mãe de P18 passou a deixá-la ao longo de todo o dia na casa da tia-avó. Ao final do dia, a mãe lhe busca e cuida dela até seu horário de dormir. À noite P18 dormia bem em seu berço.

Em relação aos resultados obtidos de **P18** com os sinais PREAUT, evidenciou-se que em ambas as avaliações, apenas o sinal 1a (o bebê procura olhar espontaneamente para o avaliador) demonstrou-se ausente, entretanto, após ser estimulado, o bebê olhou para o avaliador. Além disso, percebeu-se que o bebê e sua mãe demonstraram grande prazer nas trocas jubilatórias, o bebê “se fazia” olhar por ela, além da mãe falar com o bebê em manhês e ela lhe responder, demonstrando terceiro tempo do circuito pulsional quando observado com a mãe. Em relação aos IRDIs, evidenciou-se, a partir da observação e do relato materno, certa dificuldade da mãe em supor um motivo quando seu bebê chorava (IRDI 1). Na fase II, apresentaram-se como ausentes os indicadores 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e 13 (a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva).

Na fase III, esteve ausente apenas o indicador 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela). O fato da bebê não estranhar pessoas desconhecidas coloca em questão a dinâmica do processo de alienação- separação, o que de certo modo se alinha com a ausência do sinal 1a no questionário PREAUT, pois não estranha pessoas desconhecidas, nem sequer está muito atento a presença deste terceiro. Percebeu-se, no entanto, que a separação parecia possível, pois a mãe e a bebê ficavam bem quando a bebê ficava na casa da tia-avó para que a mãe pudesse trabalhar. Ao final do dia, a mãe afirmou que ambas se sentiam felizes no reencontro. Além disso, P18 não apresentava dificuldades para dormir, ou em qualquer outra atividade do cotidiano. Tais evidências colocam em questão as consequências da prematuridade diante da constituição psíquica e do desenvolvimento do bebê, o que

justificaria que, mesmo diante de um contexto familiar considerado apropriado e de um laço entre a mãe e o bebê bem estabelecidos após o período de internação na UTI neonatal, o bebê segue não apresentando sinais de um terceiro tempo do circuito pulsional na faixa etária do nono mês, mesmo sendo esta idade a idade corrigida e não a cronológica. Pode-se estar diante, portanto, de uma certa imaturidade. Na próxima avaliação, da fase IV dos IRDI, em que o eixo função paterna se faz mais presente, será possível analisar até que ponto essa bebê progrediu na sua constituição psíquica. Até o nono mês, o grupo de pesquisa não indicou uma intervenção em função da observação de que haveria uma possibilidade dessa bebê superar suas dificuldades espontaneamente até a próxima avaliação.

P19 é um bebê do sexo masculino nascido prematuro de grau moderado com idade gestacional igual a 32 semanas e 4 dias. Seus pais são casados e possuem mais outros cinco filhos (2, 6, 8, 11 e 13 anos). Os filhos mais velhos ajudam nos cuidados de P19. Sua mãe possui atividade profissional como doméstica, mas não trabalhou até o sexto mês de idade do bebê. A partir de então, começou a trabalhar enquanto o marido cuida dos filhos. Segundo o relato da mãe, seu marido é alcoólatra e bebe mesmo quando precisa cuidar dos filhos. Por esse motivo, queixa-se de sintomas depressivos no período da gestação e após o nascimento do bebê. Ela também relata sentir-se culpada pelo fato de seu bebê ter nascido prematuramente.

A mãe relata que a gestação não foi planejada e que, após a descoberta, foi em apenas duas consultas pré-natais, antes do nascimento do bebê. Ao nascer, **P19** apresentou Apgar 5 no 1º minuto e 7 no 5º minuto, peso ao nascer igual a 1995 gramas, passando 25 dias internado na UTI neonatal, precisando de antibióticos, embora não necessitasse de ventilação mecânica. Desde o período de internação, o bebê é alimentado com leite artificial e não apresenta dificuldades alimentares. Segundo o relato materno, a partir de entrevista realizada, na ocasião da avaliação do quarto mês, ela ainda não supunha que seu bebê fosse capaz de chamá-la ou apresentar preferências por certos brinquedos em detrimento de outros. Mesmo assim, ela relatou que conversar com seu bebê desde seu nascimento.

Em relação à avaliação dos sinais PREAUT e dos IRDIs na faixa etária dos quatro meses, evidencia-se que **P19** foi o único bebê que apresentou todos os IRDIs e sinais PREAUT presentes na primeira avaliação. Entretanto, nas avaliações seguintes, passou a apresentar sinais de risco psíquico, sugerindo que algo não estava bem. Assim, na avaliação da fase II dos IRDIs, apresentou-se ausente os indicadores: 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), 11 (a criança procura ativamente o olhar da mãe), 12 (a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço) e 13 (a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva). Tal situação estava agravada na avaliação dos nove meses quando estiveram ausentes os seguintes sinais PREAUT: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4a = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 4b = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). A presença dos sinais: 1a = bebê procura olhar para o avaliador espontaneamente; 1b = O bebê procura olhar para o avaliador após ser estimulado por ele (protoconversa); confirma a hipótese de que P19 possui a apetência simbólica, habilidade e desejo de estar em relação com o outro, mas encontra-se em posição de sofrimento psíquico diante da situação em que se encontra. Os IRDIs ausentes foram o 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) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto).

Esses resultados quando confrontados com o fato de que, na primeira avaliação, a mãe relatou que só se sentiu mãe após o nascimento de **P19** e que isso a fez tornar-se mais exigente com o marido, dando toda a prioridade às necessidades do filho caçula, sugere que a medida que os meses foram passando, ela foi apresentando cada vez mais sinais de tristeza, desânimo e frustração diante das dificuldades financeiras (a renda per capita na família é de apenas R\$ 142,86), da dependência do marido e do esforço demandado nos cuidados de P19 e dos irmãos. Em consequência, mostrou-se cada vez mais impaciente, ríspida e violenta ao tratar com o bebê. Este, por sua vez, foi tornando-se cada vez mais passivo à situação, demonstrando cada vez menos interesse em estabelecer relação com o outro, explorar o ambiente e desfrutar de brincadeiras prazerosas com sua mãe. Esta família foi encaminhada logo após a terceira avaliação para acompanhamento psicológico.

P24 é um bebê do sexo feminino nascido prematuro de grau moderado com idade gestacional igual a 35 semanas e 2 dias. Seus pais são casados e possuem mais dois filhos (13 e 4 anos). Sua mãe não apresenta qualquer atividade profissional, possuindo o Ensino Fundamental incompleto e conta com a ajuda da filha mais velha nos cuidados de P24. No período da primeira avaliação, o pai de P24 estava desempregado, fator que deixava a mãe bastante apreensiva. Mesmo assim, a mãe relatou que apresentou sintomas de sofrimento psíquico na gestação e logo após o nascimento do bebê em virtude da internação, mas estava bem desde que a família pôde voltar para casa.

A gestação de **P24** foi planejada e muito desejada. Após o nascimento, P24 apresentou Apgar 8 no 1º minuto e 10 no 5º minuto e permaneceu oito dias internada na UTI neonatal, necessitando de antibióticos e ventilação mecânica ao longo de um dia. Desde o nascimento, foi alimentado com leite artificial apresentando dificuldade alimentar, pois engasgava com frequência. Desde a primeira avaliação a mãe relatou que o bebê já apresentava seu brinquedo preferido, que experimentava diferentes posições quando acordado, mas só dormia na cama dos pais.

Em relação aos resultados obtidos com a avaliação de **P24** dos sinais PREAUT, evidenciou-se a ausência dos sinais: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela.

Quanto aos IRDIs da fase I, **P24** não apresentou os seguintes indicadores: 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer) e 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação). Na fase II, os IRDIs ausentes foram: 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e 11 (a criança procura ativamente o olhar da mãe). Ambos os sinais referem-se ao estabelecimento de demanda e a presença/ausência. Por fim, na fase III, os indicadores ausentes foram: 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). Ressalta-se que apenas o sinal 2a permaneceu ausente avaliação dos sinais PREAUT na faixa etária dos nove meses sugerindo que o bebê, apesar de ainda não apresentar o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional,

apresentava mais sinais de que poderia estabelecer o terceiro tempo, em referência à avaliação anterior.

P33 é um bebê do sexo masculino nascido prematuro de grau moderado com idade gestacional igual a 35 semanas e 5 dias. Seus pais eram casados e possuíam uma menina de nove anos de idade. Sua mãe não possuía atividade profissional, e contava com a ajuda dos avós do bebê para seus cuidados. O bebê nasceu com 2860 gramas, Apgar 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto, não necessitou de UTI neonatal. A mãe relatou que não apresentou sintomas depressivos na gestação ou mesmo após o nascimento do bebê, e que a gestação foi planejada e muito desejada. Desde o nascimento o bebê foi alimentado com leite materno exclusivo, entretanto apresentou dificuldade alimentar em virtude de engasgar frequentemente. Segundo o relato materno, o bebê dormia sozinho em seu berço, experimentava diferentes posições, explorava os objetos e o ambiente a sua volta sob supervisão, mas ainda não demonstrava preferência por algum brinquedo.

Em relação aos resultados obtidos a partir da avaliação dos sinais PREAUT de **P33** em ambas as avaliações, apenas o sinal 2a manteve-se ausente, sugerindo que o bebê ainda não apresenta o terceiro tempo do circuito pulsional, apesar de demonstrar apetência e interesse em estabelecer relação com o outro. Em relação aos IRDIs, na fase I estiveram ausentes os indicadores 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer) e 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação). Tais sinais sugerem que os eixos de suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e presença/ausência demandam um olhar mais minucioso para o exercício da função materna. Tal fato é confirmado através da observação das filmagens da interação entre mãe e bebê onde se percebe a dificuldade dela em compreender o que seu bebê desejava quando este começava a chorar, bem como na entrevista onde ela relatou que ainda não sabia identificar diferentes choros do bebê.

Na fase II, apenas o IRDI 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta), sugerindo uma permanência de certa dificuldade no exercício da função materna, principalmente no que se refere ao estabelecimento da demanda e a alternância entre presença e ausência. Por fim, na fase III 16 (a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa), 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela), 19 (a criança possui objetos prediletos) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). Esses indicadores sugerem que ainda na terceira fase, havia uma fragilidade no exercício das funções parentais. Acredita-se que a persistência de certa dificuldade quanto ao estabelecimento de demanda evidenciados nos IRDIs 16, 19 e 21, repercutem, inclusive, na possibilidade do exercício da função paterna

(IRDI 18), na medida em que o estabelecimento da demanda encontra-se na base de toda a atividade posterior de linguagem e marca todas as futuras relações do sujeito.

P35 é um bebê do sexo masculino nascido prematuro de grau moderado com idade gestacional igual a 36 semanas e 2 dias. Sua mãe era solteira, possuía o Ensino Fundamental incompleto e trabalhava com serviços de limpeza. A mãe contava com a ajuda da madrinha do bebê nos seus cuidados para que pudesse trabalhar. O bebê nasceu com 2340 gramas, Apgar 7 no 1º minuto e 9 no 5º minuto, permaneceu 26 dias na UTI neonatal, necessitando de antibióticos e de ventilação mecânica.

A mãe de **P35** relatou que apresentou sintomas depressivos após o nascimento do bebê durante o período de internação, mas sente-se bem desde que o bebê pôde ir para casa. E que a gestação não foi planejada, mas muito desejada desde a descoberta. Desde o nascimento o bebê foi alimentado com leite materno juntamente com leite artificial, entretanto apresentou dificuldade alimentar, sofrendo de refluxo. Segundo o relato materno, o bebê dormia sozinho em seu berço, experimentava diferentes posições, explorava os objetos e o ambiente a sua volta sob supervisão, mas ainda não demonstrava preferência por algum brinquedo. Em relação aos resultados obtidos a partir da avaliação dos sinais PREAUT na primeira avaliação, estiveram ausentes os seguintes sinais: 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Neste caso mesmo depois de estimulado o bebê não buscava troca com a mãe. Já com os examinadores claramente sim. Esse fato afirma da existência de alguma apetência simbólica.

Em relação aos IRDIs, na fase I, **P35** apresentou resultados que sugerem que estiveram ausentes os indicadores 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer) e 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação). Na fase II, apenas o IRDI 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta). Na fase III, estiveram ausentes os IRDIs: 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela), 19 (a criança possui objetos prediletos) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). Observa-se

que, a exceção do IRDI 16, todos os demais indicadores foram idênticos à P33 sugerindo certo impasse no eixo do estabelecimento da demanda (IRDIs e, posteriormente, da função paterna). Como no caso de P35, tais indicadores sugerem certa dificuldade na possibilidade da mãe interpretar os atos do bebê como atos de fala, inserindo-o na linguagem e tomando-o como seu interlocutor. Essa dificuldade apresenta estreita relação com impasses no exercício da função paterna porque a possibilidade de separação simbólica entre a mãe e bebê, permite, em última instância, que ambos sejam vistos como sujeitos separados, dependentes da linguagem para estabelecerem uma relação. Através dessa relação mediada pela linguagem, em certos momentos, a mãe supõe que seu bebê lhe demanda algo, pondo-se, em seguida, a responder. Em outros momentos, ela por sua vez demanda algo ao bebê e supõe que ele lhe responda.

P40 é um bebê do sexo masculino nascido prematuro de grau moderado com idade gestacional igual a 33 semanas e 2 dias. Ele possui um irmão gêmeo e uma irmã de seis anos de idade. É importante salientar que o irmão gêmeo de P40 não apresentou sinais PREAUT alterados ou IRDIs ausentes. Os pais de P40 são casados e sua mãe apresenta atividade profissional como copeira. A avó paterna do bebê passou a cuidar das crianças para que a mãe pudesse retomar suas atividades. O bebê nasceu com 2860 gramas, Apgar 8 no 1º minuto e 10 no 5º minuto, permanecendo na UTI neonatal por dezesseis dias e necessitando de antibióticos e ventilação mecânica. A mãe relatou que apresentou sintomas depressivos na gestação e durante o período de internação do bebê, mas desde que foi para casa com seus bebês sente-se bem. Além disso, relatou que a gestação foi planejada e muito desejada. Desde o nascimento o bebê foi alimentado com leite materno juntamente com leite artificial, sem qualquer dificuldade alimentar.

Segundo o relato materno de **P40**, o bebê dormia com ela na cama do casal e não experimentava diferentes posições ou explorava objetos e o ambiente a sua volta porque ela temia que ele se machucasse. P40 também não demonstrava preferência por algum brinquedo, supõe a mãe. Em relação aos resultados obtidos a partir da avaliação dos sinais PREAUT em ambas as avaliações, apenas o sinal 2a manteve-se ausente, sugerindo que o bebê ainda não apresentava o terceiro tempo do circuito pulsional de modo espontâneo com a mãe, apesar de demonstrar apetência e interesse em estabelecer relação com o outro quando observado com examinador.

Em relação aos IRDIs, na fase I esteve ausente apenas o indicador 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação). Acredita-se na hipótese de que, diante do medo de que

seu bebê apresentasse algum atraso em função da prematuridade ou do período de internação, a mãe aguardava pouco tempo entre lançar-lhe uma demanda e aguardar sua resposta. Diante da possibilidade do bebê apresentar mais dificuldade do que seu irmão, a mãe falava com ele sem pausas, estimulando-o incessantemente. A possibilidade da mãe, com sua fala dirigida ao bebê, oscilar entre presença e ausência, falar e silenciar-se, oferecendo ao bebê um tempo de resposta são evidenciadas também na fase seguinte, quando a mãe apresenta dificuldades em dirigindo-lhe pequenas frases (IRDI 9). Percebe-se uma crescente desatenção por parte do bebê diante da fala materna (IRDI 11) e, na tentativa de chamar sua atenção, a mãe impede o bebê de explorar o ambiente (IRDI 12), entretanto, o bebê segue sem procurar ativamente seu olhar da mãe (IRDI 11). Por fim, na fase III, estiveram ausentes os IRDIs: 16 (a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa), 18 (a criança estranha pessoas desconhecidas para ela), 19 (a criança possui objetos prediletos), 20 (a criança faz gracinhas) e 21 (a criança busca olhar de aprovação do adulto). A ausência desses indicadores ilustra a contínua dificuldade da mãe em supor que o bebê lhe demanda algo que ela sabe como responder. Na avaliação, percebe-se que o bebê não busca ativamente estabelecer uma relação com ela e, mesmo quando ela fala em nome do bebê e chama-lhe pelo nome buscando trocas jubilatórias com seu bebê, ele, por sua vez, não lhe dá atenção. Essa hipótese é fortalecida com o fato de P40 não estranhar pessoas desconhecidas ou mesmo demonstrar preferência pela companhia de sua mãe.

Por fim, é importante ressaltar algumas observações a respeito do bebê **T27** que, apesar de não ter apresentado sinais de risco na faixa etária dos nove meses em qualquer um dos protocolos, foi alvo de grande preocupação por parte da equipe após a avaliação dos quatro meses. T27 é um bebê a termo, filho de um casal que possui outras duas crianças, um menino com seis anos e outro com oito. Sua mãe possui 26 anos, é dona de casa, possui o Ensino Fundamental completo. O pai de T27 possui uma renda mensal equivalente à R\$1.000,00 e os cinco moram em uma casa alugada. A mãe relata que T27 foi o único filho dos três que fora planejado. Os pais desejavam mais um bebê. Segundo a mãe, a gestação foi tranquila sem relatar sintomas de sofrimento psíquico antes ou depois do nascimento do bebê. Na ocasião da primeira avaliação, percebe-se que T27 sofre de intenso refluxo e sua mãe, sempre que o menino se punha a chorar, oferecia-lhe o peito, o que pode ter contribuído para esse problema gastro-esofágico. Até o sexto mês, T27 foi alimentado apenas com leite materno. A mãe de T27 também relatou grande dificuldade do bebê em evacuar. Ela também comenta que o bebê responde ao seu chamado olhando-a, entretanto, no período de avaliação,

percebeu-se grande dificuldade de identificar o olhar de T27 dirigido a ela ou mesmo ao avaliador.

T27 foi motivo de grande preocupação da equipe porque apresentou os seguintes indicadores ausentes: 3 (a criança reage ao manhês), 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação) e 5 (há trocas de olhares entre a criança e a mãe). Apesar das iniciativas da mãe em comunicar-se com seu bebê utilizando o manhês, percebeu-se na avaliação uma grande dificuldade dela em chamar-lhe a atenção. Ele respondeu uma vez, durante a filmagem, ao uso do manhês, mas a equipe ficou em dúvida quanto a sustentação da resposta. Na ocasião, a mãe mostrou-se tímida e silenciosa, apesar de demonstrar muito cuidado com o seu bebê, limpá-lo de maneira bastante preocupada sempre nas ocasiões em que ele sujava-se em virtude do refluxo. Apesar dessa disposição da mãe, o bebê não respondia ao seu chamado.

Essa hipótese foi reforçada com os resultados da avaliação dos sinais PREAUT, onde não foram observados os sinais: 1a = O bebê procura olhar para o avaliador espontaneamente; 1b = O bebê procura olhar para o avaliador após ser estimulado por ele (protoconversa); 2a = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b = O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversa); 3a = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê olha para ela (ele); 3b = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê sorri para ela (ele); 3c = Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele); 4c = Depois de ser estimulado por sua mãe (ou substituto), o bebê procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele). Por esses motivos, T27 foi um dos bebês que apresentaram sinais de risco psíquico na primeira avaliação e, junto com outros dez bebês, encaminhados para intervenção precoce com técnicas de musicalização descritas no trabalho de Ambrós (2016).

Percebe-se já na fase II, após o início das sessões de musicalização, melhores resultados na avaliação dos IRDIs (considerando os 31 indicadores) tendo presente os indicadores: 6 (a criança começa a diferenciar dia e noite), 9 (a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases), 11 (a criança procura ativamente o olhar da mãe), 12 (Mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço). Entretanto, percebe-se que no período, algumas dificuldades relacionadas à iniciativa do bebê permaneciam ausentes, como: IRDI 7 (a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades), IRDI 8 (a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e IRDI 13 (a criança

pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva). Apesar de T27 ainda apresentar dificuldades em tomar a iniciativa de “se fazer” objeto de desejo de sua mãe suscitando trocas jubilatórias com ela, já na segunda fase ele reage às solicitações maternas. Simultaneamente, estimulada pela própria responsividade do seu bebê e pelas outras mães que também participaram dos encontros de musicalização, a mãe passou a conseguir dar suporte às iniciativas de seu bebê ajudando-o a desenvolver seu potencial. Aos 9 meses, T27 estava com todos indicadores presentes na avaliação IRDIs e com terceiro tempo do circuito pulsional estabelecido (AMBRÓS, 2016).

Acredita-se que relatar a respeito do caso do bebê **T27** em comparação ao bebê **T65** é importante porque ilustra a urgência da intervenção em tempo, permitindo um melhor prognóstico quanto ao desenvolvimento infantil. Isso é reforçado ao se observar o caso do bebê T65, que também causava grande preocupação para o grupo, e fora encaminhado para intervenção após a primeira avaliação, mas só começou a ser atendido por volta do décimo mês de idade. Como este era um bebê que a mãe relatava ser muito resistente a lugares públicos e odiar barulhos e pessoas, como pôde ser percebido pelos avaliadores, foi sugerida a intervenção individual.

Segundo o relato da Terapeuta Ocupacional (TO) descrito detalhadamente no trabalho de Peruzzollo (2016), T65 pareceu-lhe um menino bastante angustiado, que não olhava para o rosto da mãe e não antecipava algo que queria através do olhar, da voz ou apontando. Por outro lado, a mãe pareceu-lhe ansiosa e oferecia, sem interrupção, objetos para seu bebê pegar, olhar ou comer, tentando evitar que começasse a chorar. Entretanto, ele chorava com frequência. Um choro que, segundo a TO era estridente, desesperado, e agitado. Lhe chamou a atenção a constante agitação do corpo do bebê, contorcendo-se por vezes como se quisesse sair do colo, entretanto, quando a mãe lhe colocava no chão, o menino se desesperava, buscando novamente o colo.

A terapeuta também percebeu que na ocasião da avaliação, a mãe tentava, sem sucesso, uma contensão e um balanceio para ninar T65. Segundo ela, T65 só parou de chorar quando adormeceu. Após acordado, não utilizou nenhum dos brinquedos com a função que eles possuíam ou mesmo criou uma função para eles. Segundo a terapeuta, o único contato frutífero com ela foi quando o menino seguiu a trajetória dela enquanto se escondia, e antecipava o aparecimento dela, olhando para o local, mas não pediu para que a brincadeira se repetisse, o que poderia ser esperado de um bebê dessa idade (PERUZZOLLO, 2016).

Acredita-se que tal quadro poderia ser diferente se o bebê T65 já estivesse recebendo a intervenção antes da segunda avaliação, tal como aconteceu com T27. Apesar de terem sido sugeridas formas de intervenções diferentes para cada um dos dois bebês, respeitando a singularidade de cada um, essa hipótese é reforçada quando se evidencia a melhora de T65 após alguns atendimentos com a terapeuta. Segundo Peruzzollo (2016), pôde-se fazer uma hipótese de funcionamento psicomotor a partir da qual foi possível interpretar que o choro desesperado e a agitação motora de T65 refletiam sua grande angústia quando deparado com a necessidade de uma produção própria, tendo em vista que o que lhe era exterior não oferecia espaço para criar, estancando seu desejo de desvendar o que está a sua volta. A agitação motora também ilustraria o que é da ordem da dificuldade do bebê em saber o que fazer com seu corpo. Por isso, T65 se desesperava.

Na mesma direção, foram identificados em T65, traços que sinalizavam para uma dificuldade em endereçar uma demanda ao outro, de reivindicar seu lugar enquanto sujeito e de perceber-se enquanto um eu com um corpo unificado. Esse fato lhe trazia enormes entraves no processo de desenvolvimento, evidenciados, inclusive, nas dificuldades motoras. Segundo relato, após nove sessões, percebeu-se uma melhora no sintoma psicomotor, o estabelecimento de um laço com sua mãe onde ambos compreendiam melhor um ao outro. Entretanto, a profissional seguiu supondo que há algo que o dificulta reivindicar uma posição enquanto sujeito ou mesmo da evidência de um terceiro tempo do circuito pulsional estabelecido, embora houvesse esboços do mesmo em algumas sessões. Ressalta-se também que o bebê adquiriu novos traços que associados remetem a sinais de autismo, como tensão muscular em membros superiores e inferiores, com caminhada na ponta do pé e terror noturno. Seguiu com aversão a alguns alimentos. Por esse motivo, este é um bebê que segue em atendimento. Cabe ressaltar que, apesar disso, o bebê já consegue ter produções no âmbito cognitivo e a mãe se tranquilizou muito, encontrando caminhos mais produtivos para construir a relação com o filho.

Diante de tal realidade, percebe-se a importância de, após a primeira avaliação, a equipe ter encaminhado os bebês T27 e T65 imediatamente para intervenção o mais em tempo possível, e seguir tentando colocar outros bebês em intervenção, por exemplo, o bebê P19, cuja situação se agravou. No entanto, aceitar essa indicação depende muito da possibilidade dos pais de perceberem o sofrimento dos filhos e até o seu sofrimento. Mesmo assim, é fundamental destacar que mesmo nas situações nas quais os pais não estabelecem uma

demanda para a intervenção, a pesquisa demonstra a importância do espaço da puericultura e da escuta constante pela equipe de saúde, pois a seu tempo a mãe de T65 aceitou ajuda.

Quando observados dados coletados sobre os 17 bebês, nas entrevistas continuadas é possível observar que os mesmos sinais ausentes no PREAUT e no protocolo IRDIs assumem significados singulares na história de cada um, embora se possam identificar similaridades entre os casos. Talvez a mais comum é que a grande maioria dos bebês possuía apetência simbólica se considerados os sinais 1a e 1b como sinal de interesse espontâneo ao outro, como é o caso dos bebês T06, T23, T29, T38, T47, T63, T65, T74, T76, T97, T112, P18, P24, P33, P35 e P40.

Percebe-se que a presença dos sinais 1a e 1b, no caso de T65 foi considerado presente na avaliação do nono mês, embora eles não estivessem presentes em toda a observação, mesmo sendo este o bebê que mais apresentava sinais de risco psíquico. Acredita-se que a abertura efêmera de T65 para a relação, olhando o avaliador com e sem estímulo do manhã, deu-se porque o bebê foi avaliado em sua residência em condições que permitiram a díade sentir-se segura. No lar, não havia os diversos estímulos visuais e sonoros que irritavam T65 quando era necessário ser avaliado na Unidade Básica. Entretanto, em nenhum momento T65 foi quem tomou iniciativa de “se fazer” olhar ou mesmo suscitou trocas jubilatórias com a mãe ou avaliador, o que somado a outros sinais que foram emergindo colocaram a equipe em extremo alerta com esse bebê que segue a intervenção.

Ao final apenas T27 e T65 foram os bebês a termo que preocuparam na primeira avaliação pela quase ausência de apetência simbólica. No caso do bebê prematuro P19, na primeira avaliação, não se evidenciava fragilidade no laço mãe-bebê ou mesmo no exercício das funções parentais.

Os demais bebês, embora tenham apresentado melhores resultados quanto aos sinais PREAUT, ainda assim demonstraram indicadores ausentes nos IRDIs (considerando os 22 indicadores avaliados), sobretudo nas fases II e III. Embora o grupo tenha chamado os bebês para os encontros de musicalização, e outros para intervenção precoce, houve a dificuldade de algumas mães acreditarem na real importância de aderirem às proposições do grupo de pesquisa, o que já é motivo de reflexão e nova pesquisa do grupo. Por isso, os bebês ainda em risco, estão sendo reavaliados por meio de um instrumento de integração sensorial, já que se observaram aspectos sensório-motores que indicam a necessidade de estratégias corporais. Estão sendo montados grupos de musicalização com uma abordagem de integração sensorial que iniciarão ao início de maio. Também algumas mães estão sendo visitadas, oferecendo-

lhes escuta com psicóloga como P19, e seus filhos para intervenção individual, como possivelmente ocorrerá com P19.

Entre as características sociodemográficas observadas na análise quantitativa, observa-se que, com exceção de P19 que enfrentava, na mesma ocasião, uma situação de violência doméstica e alcoolismo paterno, a maior parte das mães contava com auxílio do cônjuge. Além disso, dez das dezessete mães apresentavam alguma atividade profissional, o que demonstra que nem sempre uma característica que tem condições de ser protetora na análise quantitativa se efetiva na prática para todos. Tal realidade fortalece a importância de se analisar cada caso em sua individualidade, afinal a interação entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais é sempre da ordem do singular, marcado por uma história familiar singular e condições biológicas, psíquicas e cognitivas que, em relação com os aspectos socioeconômicos, demográficos, psicossociais indicam os caminhos de seu desenvolvimento.

O que pareceu decisivo nos 15 casos em que se verificava apetência simbólica do bebê com o examinador, isto é, os sinais PREAUT 1a e 1b estavam presentes, foram as condições para o exercício das funções parentais, especialmente as condições maternas para operar sua função. Há casos de evidentes de sinais de sintomas de sofrimento psíquico, tais como T63, P19, P24 e P35. Segundo as mães, tal fato pode ser explicado nos casos dos bebês nascidos prematuros, por exemplo, por causa do período de internação dos bebês que lhes dificultou estabelecer um laço com os filhos e exercer sua função. Especialmente no caso da mãe do bebê P19 pelas dificuldades que estava encontrando com o marido.

Além disso, foi possível perceber sinais de ansiedade nas mães, tais como T97 e até mesmo de desmotivação para o cuidado (T38, T47, T112 e P19). Em todas as situações o exercício das funções parentais e, conseqüentemente, o laço entre o bebê e seus principais cuidadores foi prejudicado, independente de ter sido por uma dificuldade de separação ou mesmo dificuldade de enlaçamento em virtude dos estados de humor e desmotivação maternas.

A forma superprotetora com dificuldades na dinâmica alienação-separação foi encontrada em alguns casos como T23 e P35, evoluindo positivamente em alguns. Entretanto, salienta-se o caso do bebê T65 como sendo o mais difícil, segundo relatos da mãe relativos ao exercício de sua função. Por isso, neste caso, percebe-se que antes mesmo de qualquer possibilidade de exercício da função paterna, a possibilidade de alienação primordial encontrava-se problemática.

No caso do bebê T06 a partir da fase II dos IRDIs, isto é, na avaliação dos seis meses, ele também foi encaminhado para avaliação individual com TO. Entretanto, sua mãe não aceitou por viver em outra cidade. Novamente, após a avaliação dos nove meses, o bebê foi novamente encaminhado para avaliação e, novamente, sua mãe não o trouxe. Mesmo assim, este é um bebê que segue participando da pesquisa maior e pôde ser avaliado na ocasião em que estava com um ano de vida. Mesmo sendo esta uma faixa etária que não foi abarcada na presente pesquisa, considera-se importante relatar que tal bebê não apresentou IRDIs alterados na fase IV. O mesmo pôde ser observado no bebê T74.

No caso de P19, único bebê que apresentou uma avaliação pior a cada fase, a hipótese que se lança é que, diante da tendência a violência materna com o seu bebê, não lhe tomando como um sujeito em formação, capaz de compreender o entorno, o bebê estava cada vez mais em sofrimento diante dos maus tratos. Diante de tal realidade, a equipe realizou uma visita domiciliar com o objetivo de verificar as condições do bebê e seu desenvolvimento. Após uma segunda tentativa de visita domiciliar para verificar se havia uma melhora do modo como a mãe estava agindo, bem como analisar as respostas do bebê, não houve resposta por parte da mãe. É importante também salientar que, desde a segunda avaliação quando foram percebidos os primeiros sinais de sofrimento psíquico por parte da mãe, foi-lhe oferecido um espaço de escuta em que um profissional da Psicologia se dispôs a recebê-la. Entretanto, ela nunca compareceu. No momento da escrita desta dissertação a equipe volta a visitá-la a domicílio, e tem em mente buscar auxílio do Conselho Tutelar se necessário.

Na tabela 10 são expostos os resultados do teste DENVER II dos 17 bebês, com foco nos aspectos linguagem e Pessoal-social. Destaca-se que dos dezessete bebês que apresentaram risco na Fase I, apenas T74 apresentou percentual inferior a 100%, igual a 60%, em relação ao eixo de linguagem, reforçando a suposição de que nesta primeira etapa o instrumento é pouco sensível para identificar possíveis dificuldades do bebê em comunicar-se e ser compreendido. Mesmo assim, ele reforça a hipótese de que T74 é um bebê que, num primeiro momento, apresentou dificuldade em ser compreendido por sua mãe e de se comunicar com ela, pois a mesma tinha grande dificuldade em interpretar as manifestações de T74 enquanto atos de fala. Além disso, na Fase III, três bebês apresentaram percentual inferior a 75% no que se refere aos itens avaliados referentes à linguagem. Foram eles: T29, T65 e P18.

Quanto aos aspectos referentes às relações pessoais-sociais, P19 apresentou um percentual de apenas 50% na terceira fase, o caso de risco social mais evidente. Esses

resultados reforçam a hipótese de que tais bebês demandam uma avaliação mais minuciosa e possível intervenção, entretanto, percebe-se que tal instrumento considerou como 100% o percentual de aproveitamento dos outros bebês que, na mesma faixa etária avaliada, apresentaram sinais de impasse em sua estruturação psíquica.

Tabela 10 - Resultados do DENVER II referente à Pessoal-Social (PS) e Linguagem (L) aplicados nos 17 bebês com risco nas três fases de avaliações.

	FASE I		FASE II		FASE III	
	Pessoal-Social	Linguagem	Pessoal-Social	Linguagem	Pessoal-Social	Linguagem
T06	100,00%	100,00%	83,33%	100,00%	100,00%	100,00%
T23	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	80,00%
T29	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	60,00%
T38	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
T47	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
T63	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
T65	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	60,00%
T74	100,00%	60,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
T76	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
T97	100,00%	100,00%	83,33%	100,00%	100,00%	100,00%
T112	75,00%	100,00%	100,00%	87,50%	100,00%	100,00%
P18	100,00%	100,00%	100,00%	75,00%	100,00%	40,00%
P19	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	50,00%	100,00%
P24	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
P33	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
P35	100,00%	100,00%	83,33%	100,00%	100,00%	100,00%
P40	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	80,00%

Fonte: Autores.

5 DISCUSSÃO

A possibilidade de se utilizar os instrumentos PREAUT e IRDIs em conjunto, de modo a compreender as possibilidades de cada instrumento para olhar o desenvolvimento infantil, foi o fator inicial que impulsionou a análise apresentada nesta pesquisa.

Tratando-se de dois instrumentos que partem de uma mesma perspectiva psicanalítica para avaliar o desenvolvimento infantil e, em especial, a constituição psíquica, questionava-se em que medida se fazia necessário utilizá-los simultaneamente, se havia interfaces e diferenças, visto que os sinais PREAUT apresentavam um direcionamento maior para o risco de evolução para um quadro de autismo (CRESPIN, PARLATO-OLIVEIRA, 2015) do que os IRDIs que, por sua vez, visavam a análise do risco psíquico de um modo mais amplo (KUPFER et al., 2008; JERUSALINSKY, 2015).

É interessante observar que, em praticamente 100% dos sujeitos, aqueles que apresentavam sinais PREAUT alterados também possuíam ao menos um IRDI ausente na faixa etária dos quatro meses. Na faixa etária dos nove meses, todos os bebês que apresentaram somatório final do PREAUT inferior a 15 não tinham, na mesma fase, todos os IRDIs presentes. Essa afirmativa é confirmada quando, a partir dos resultados obtidos com a análise do coeficiente de concordância kappa, em que os protocolos foram comparados entre si. A partir de então, pode-se verificar que existe um alto índice de correlação entre os dois protocolos, sugerindo que, de fato, ambos são sensíveis para perceber quando um bebê apresenta algum indício de que sua estruturação psíquica pode estar em risco. Entretanto, o mais importante é salientar que, quando cada sinal PREAUT foi comparado a cada IRDI avaliado da mesma fase, o coeficiente kappa foi baixo em praticamente todos os casos, com exceção do IRDI 13 em relação ao sinal PREAUT 2a.

Esses resultados sinalizam dois pontos fundamentais. O primeiro é que, apesar de ambos os protocolos serem sensíveis para perceber quando algo pode não estar indo bem na estruturação psíquica e desenvolvimento de um bebê, apoiam-se em sinais fenomênicos distintos para tal constatação, o que sugere que haja especificidades distintas em ambos protocolos. O segundo é que o IRDI 13, referente ao fato da criança ser capaz de “fazer gracinhas”, elucida claramente o terceiro tempo pulsional, tal como o sinal PREAUT 2a, isto é, se a criança é capaz de “se fazer” olhar por aquele que exerce a função materna sem qualquer estimulação por parte dele.

Destaca-se também o fato de os resultados desta pesquisa sugerirem que diversos fatores concorrem para a existência de risco psíquico, inclusive alguns relacionados ao

momento do nascimento do bebê, como a prematuridade e o Apgar no primeiro minuto, bem como fatores maternos, como a idade, a presença de atividade profissional e de um cônjuge. Tais resultados demonstram a complexidade de se investigar a experiência da relação do bebê com aqueles que exercem as funções parentais no que se refere ao seu potencial comunicativo e constituinte. E permitem lançar a hipótese de que o desenvolvimento biológico, psíquico e cognitivo de um bebê encontra-se intimamente entrelaçado com os fatores socioeconômicos, demográficos, psicossociais que marcam a história familiar na qual está inserido.

Em relação aos aspectos biológicos, percebe-se, tal como encontrado na literatura, que a **prematuridade** representou um fator de risco que incide sobre as condições de maturação do SNC e do desenvolvimento físico (MANCINI, et al., 2004; ZORNIG et al., 2004) podendo repercutir diretamente no psíquico e no cognitivo. Tal hipótese pôde ser confirmada na presente pesquisa a partir dos sinais PREAUT. A partir da amostra dos bebês avaliados pode-se perceber que bebês que nasceram prematuramente apresentaram três vezes mais chance de ter o somatório final PREAUT inferior a 15, na avaliação dos nove meses, quando comparados aos bebês nascidos a termo. Tais resultados sugerem que ao menos um dos dois sinais observados no protocolo PREAUT e que verificam o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional não foram evidenciados, o que pode ser visto como um risco psíquico em virtude de isso acontecer na faixa etária dos nove meses quando o bebê já teria condições de “se fazer” objeto de desejo de sua mãe ou substituto (LAZNIK, 2013; CRESPI; PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Além disso, percebe-se que na amostra inicial, constituída por 25 bebês prematuros e 55 a termo, na fase I houve um percentual bastante superior de bebês prematuros (60%) com sinais PREAUT alterados em comparação aos bebês a termo (49%). Esse percentual reduz na segunda avaliação quanto à incidência de bebês com risco passando a 24% nos casos dos bebês prematuros e 20% nos casos dos bebês a termo. Percebe-se que apesar da redução, a ocorrência de presença de risco permaneceu superior nos casos dos bebês nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas.

Quanto aos IRDIs, percebe-se que na Fase I, 56% dos bebês prematuros apresentaram ao menos um indicador ausente, ao passo que os bebês a termo representaram 45,45% dos casos. É importante lembrar que a ausência de qualquer um dos indicadores da fase I permite sinalizar para impasses na qualidade do laço mãe-bebê e, principalmente, na possibilidade do exercício da função materna, através da suposição do que o bebê deseja quando chora, da qualidade do manhês utilizado para se comunicar com ele, da possibilidade da mãe lançar

uma demanda e aguardar a resposta do bebê e da ocorrência de trocas de olhares entre a díade. Por esse motivo, a ausência de qualquer um dos cinco primeiros indicadores marca que algo da estruturação do sujeito pode não estar indo bem e, por isso, tornam-se fatores de risco à estruturação psíquica.

Na Fase II, a diferença entre os percentuais permanece similar apesar de uma evidente redução dos números de casos com IRDIs ausentes e, conseqüentemente, risco de que algo também não esteja acontecendo bem na estruturação psíquica daquele sujeito. Nessa segunda etapa obteve-se um percentual de 44% de bebês com ao menos um IRDI ausente nos casos dos bebês prematuros e 23,64% no caso dos bebês a termo. Vale lembrar que esses resultados são referentes à aplicação dos IRDIs com apenas três indicadores na segunda fase, tal como é proposto no protocolo com 18 IRDIs.

Entretanto, no caso dos dezessete bebês que apresentaram IRDIs alterados na fase III, além desses indicadores também foram avaliados todos os demais que compõem os 31 IRDIs, somando um total de seis indicadores na fase II. Tal fato permitiu verificar que dos dezessete bebês que apresentaram ao menos um IRDI ausente na fase III, todos também apresentaram ao menos um IRDI ausente na fase II quando considerados os seis indicadores. Entretanto, quando avaliados a partir da versão reduzida dos IRDIs que considera apenas três indicadores na fase II, três desses dezessete bebês apresentaram todos os IRDIs presentes. Desse modo, percebe-se que a aplicação dos IRDIs em sua versão com 31 indicadores poderia oferecer uma avaliação mais completa dos bebês alertando mais precocemente de que algo pode não estar bem. Por fim, na Fase III, percebe-se que o grupo dos bebês prematuros foi o que apresentou um maior percentual (24%) de bebês com ao menos um indicador ausente. Nos casos dos bebês a termo, o percentual reduziu para 20%.

Algumas hipóteses podem ser sugeridas diante do fato de que, na presente pesquisa, os bebês prematuros apresentaram maior percentual de risco psíquico. Em primeiro lugar, pode-se pensar nos efeitos corporais da prematuridade sobre as habilidades sensoriomotoras do bebê e que refletem nas suas condições iniciais em termos de intersubjetividade primária (GOLSE, 2013). Tal hipótese é defendida em trabalhos que discutem acerca do autismo, tais como os de Trevarthen e Dalefield-Butt (2013) e de Muratori (2014). Ambos, avaliam a relação entre os casos de autismo e dificuldades intersubjetivas inatas e sintomas motores, respectivamente.

A relação entre prematuridade e problemas motores foi evidenciada em diversos outros estudos, entre eles o de Kievest et al. (2009), no qual bebês prematuros com idade

gestacional igual ou inferior a 32 semanas e peso ao nascer menor ou igual a 1500 gramas apresentaram resultados consideravelmente inferiores nas três escalas utilizadas para avaliar o desenvolvimento motor quando comparados com bebês a termo.

Outros possíveis efeitos relacionam-se as condições para a criação do laço no nascimento prematuro por parte daqueles que exercem as funções parentais que são confrontados com o grande desafio e dúvida acerca da saúde de seu bebê. Enquanto Wanderlei (1999) ressalta o fato de os pais terem sua relação com o bebê sempre mediada pelos profissionais que estão debruçados sobre a saúde física do bebê, Druon (1999) afirma que o que ocorre no nascimento prematuro é uma tempestade psíquica, o Vanier (2013) afirma como uma crise psicológica.

O que estes estudos afirmam, a partir de um olhar psicológico, foi reforçado pelo estudo de Stephen et al. (2012) que encontrou cerca de 55 (10%) casos num total de 554 bebês investigados que apresentaram sinais de risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e 6% dos bebês sem responder ao próprio nome. Portanto, a prematuridade, além do risco biológico conhecido, representa risco psíquico e esse olhar deve ser inserido nas equipes de saúde desde os cuidados iniciais já na UTI neonatal.

Há que se considerar, no entanto, que os dois bebês que mais preocuparam a equipe T27 e T65 não eram prematuros, o que coloca em evidência a necessidade de se acompanhar todos os bebês, independentemente da idade gestacional, tendo em vista que fatores epigenéticos também, para além da prematuridade, também incidem sobre a presença de sinais de risco à estruturação psíquica.

O alto percentual de bebês prematuros que apresentaram sinais de risco psíquico também pode estar associado a questões de oxigenação durante período neonatal (SCHMIDT et al., 2013). Percebe-se que cinco dos seis bebês prematuros que apresentaram risco psíquico permaneceram em UTI neonatal necessitando de ventilação mecânica. O trabalho de Stephen et al. (2012) também demonstrou associação entre número de dias de internação e a presença de sinais de autismo na avaliação de 554 bebês prematuros ao longo de seu desenvolvimento.

Ressalta-se também o peso inferior a 2500 gramas de cinco dos seis bebês prematuros desta pesquisa, fator que “reflete as condições nutricionais do recém-nascido e da gestante, sendo considerado indicador apropriado de saúde individual” (ARAÚJO et al., 2007, p. 747). Salienta-se dentre os bebês prematuros que apresentaram risco aos nove meses, o bebê P18 nascido com 1225 gramas e DENVER II – Linguagem alterado no mesmo período. Todos os

outros cinco bebês apresentaram peso ao nascer superior a 1500 gramas, sugerindo que este pode ter sido um fator influenciador para os resultados obtidos por P18.

Estudos, como de Dall'Oglio et al. (2010), sugerem que bebês nascidos prematuros, mesmo nos casos dos bebês nascidos com mais de 32 semanas, devem ser acompanhados, pois há evidências de diferenças significativas quanto ao processo de apropriação da linguagem, da memória de curto prazo e das habilidades espaciais nos bebês prematuros quando comparados aos bebês a termo. Tais conclusões alertam para as consequências cognitivas da prematuridade no desenvolvimento infantil (GUEDES, 2008; SERENIUS et al., 2013; MOSSABEB et al., 2012; RIBEIRO et al., 2011) que também não devem ser desconsideradas em sua interface com o desenvolvimento de um ponto de vista psíquico como aponta o caso de um bebê prematuro estudado por Peruzzolo (2016) com alterações aos 4 meses nos sinais PREAUT e IRDIs.

Schjolberg et al. (2011) encontraram resultados que sugerem que o gênero masculino, baixo peso ao nascer e idade gestacional ou múltiplos nascimentos também apresentaram uma associação estatisticamente significativa em relação à baixos escores de linguagem. Quanto aos aspectos instrumentais como a psicomotricidade, estudos demonstram que há diferenças entre bebês prematuros e a termo. Reuner et al. (2013) verificou a existência de relação entre atraso motor, idade gestacional inferior e peso ao nascer inferior a 1500. O sexo masculino também foi associado a posterior emergência de TEA no estudo de 554 bebês por Stephen et al. (2012). É visível nesta pesquisa a predominância de bebês do sexo masculino com risco psíquico tanto na análise quantitativa quanto qualitativa.

Analisando, em específico, a questão do **sexo do bebê**, os resultados sugerem que bebês do sexo masculino apresentaram duas vezes mais chance de apresentar um somatório final dos sinais PREAUT inferior à 15 e, conseqüentemente, de risco de que algo em sua estruturação psíquica pode não estar indo bem aos nove meses, do que os do sexo feminino. Ressalta-se que a variável gênero também foi significativa para a ocorrência de IRDIs fase I alterados, sugerindo que bebês do sexo masculino apresentaram uma vez mais chance de apresentar ao menos um IRDI da fase I ausente. Vale lembrar que os indicadores da fase I juntos foram considerados preditores de risco psíquico, pois englobam os quatro eixos fundamentais ao processo de alienação inicial: a suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, alternância presença-ausência e a função paterna (KUPFER et al., 2008). Dessa forma, percebe-se que o sexo masculino foi um fator que influenciou as duas faixas etárias avaliadas. Essas evidências vão ao encontro dos primeiros resultados preliminares da pesquisa

PREAUT na França em que dos 24 bebês que apresentaram risco em um dos exames, houve uma prevalência do sexo masculino (n=16) em relação ao feminino (n=8) (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Aliado à prematuridade, outro fator obstétrico que apresentou significância estatística foi o **Apgar do 1'**. Evidencia-se que bebês que apresentaram o Apgar do 1' inferior a 8 apresentaram duas vezes mais chance de terem ao menos um IRDI da fase I ausente, em relação àqueles com Apgar entre 8 e 10. A escala de Apgar é aplicada no bebê imediatamente após o nascimento e avalia as condições fisiológicas, principalmente sinais de asfixia neonatal, ajudando a identificar a necessidade de reanimação ou algum outro tipo de cuidado especial, com objetivo de prevenir lesões cerebrais irreversíveis. Valores reduzidos no 1' são muitas vezes referenciados enquanto sofrimento psíquico temporária, ao passo que valores reduzidos no 5' ou 10' representam o potencial de resposta do bebê quando é necessária a reanimação, bem como a agilidade da equipe médica em dar conta de tal situação, repercutindo em complicações de importância clínica quando não há resposta às tentativas de reanimação. Nesse contexto, percebe-se a forte influência do peso e da idade gestacional no baixo valor do índice de Apgar, especialmente, no 1' (SALUSTIANO, 2012; EBERLE, 2006).

Como já mencionado anteriormente, o baixo peso ao nascer é um fator fortemente relacionado a riscos ao desenvolvimento fetal (GAMA et al., 2004; COSTA et al., 2005), juntamente com a prematuridade. Nesse sentido, o caso dos bebês que apresentaram risco na avaliação dos nove meses e Apgar no 1' inferior à 8 em comparação ao peso ao nascer. Percebe-se que dos cinco bebês que apresentaram Apgar 1' igual ou inferior à 7 (T29, T74, P18, P19 e P35), tem-se que os bebês P18 (Apgar 1' = 7) e P19 (Apgar 1' = 5) nascidos prematuros e que apresentaram peso ao nascer igual a 1225 gramas e a 1995 gramas, respectivamente. Tais fatores reforçam a hipótese de que a presença de risco no caso de P18 pode estar associada a sua prematuridade, ao baixo peso ao nascer e ao baixo Apgar no 1', entre outros fatores. Por outro lado, supõe-se que no caso de P19, o principal fator que o leva a apresentar sinais PREAUT e IRDIs ausentes refere-se às condições oferecidas por seus cuidadores para que ele possa se desenvolver, já que o risco psíquico emerge com maior força aos 9 meses.

Salienta-se ainda, no que se refere às dificuldades encontradas na constituição psíquica dos bebês prematuros, os impasses encontrados na formação do vínculo entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais quando se é necessário um período de internação na UTI

neonatal. Nesses casos, o nascimento do bebê configura-se em uma situação de risco para a família e, especialmente para a mãe, pois o período de internação pode interferir negativamente no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e na possibilidade do exercício da função materna. Tais dificuldades são acentuadas diante da realidade que se apresenta em forma de um bebê na incubadora que, em nada se assemelha ao bebê fantasiado e diante da intensa angústia e culpa que acompanha os pais em relação ao futuro do bebê (VANIER, 2013; WANDERLEY, 1999). Tal hipótese é reforçada a partir dos relatos das cinco mães dos seis bebês prematuros que apresentaram risco na terceira avaliação e relataram sintomas de sofrimento psíquico e ansiedade após o nascimento de seu bebê em virtude da necessidade de internação, da dificuldade em estabelecer o vínculo mãe-bebê, dos medos quanto ao risco de morte e da culpa por sentirem-se responsáveis por toda aquela situação.

Essas dificuldades enfrentadas pelos pais de bebês prematuros e, em especial as mães, nos meses iniciais ao nascimento podem estar associadas aos resultados encontrados na aplicação dos sinais PREAUT (60% dos bebês apresentaram ao menos um sinal ausente) e dos IRDIs (56% dos bebês apresentaram ao menos um IRDI ausente). Acredita-se que, por essa família ter atravessado, na maioria das vezes, um período de internação que pôde chegar até 60 dias, o retorno para a casa e as dificuldades para exercer as funções parentais pode ter repercutido nos resultados da primeira fase de avaliação (até 4 meses). A redução de risco na fase II e, sobretudo na fase III, indica que a família, no ambiente familiar, parece conseguir se reorganizar em muitos casos de modo positivo. Nesse contexto, a questão que fica para estudos futuros é se, ao se introduzir um cuidado mais humanizado nas UTIs neonatais, com maior suporte psicológico e condições de exercício das funções parentais já no ambiente hospitalar, isso não repercutiria no estabelecimento do laço entre a mãe e seu bebê, supondo aí um caminho para diminuir os sinais de risco à estruturação psíquica do bebê no primeiro trimestre de vida.

Sob tal perspectiva, salientam-se os estudos de Pretto-Carlesso et al. (2014) e Beltrami (2011), que evidenciaram, respectivamente, associações entre sofrimento psíquico e ansiedade materna e risco ao desenvolvimento infantil. Em tais investigações foram avaliadas, ao longo de 2010, 30 mães de 180 bebês numa população do mesmo hospital universitário e bairro da presente pesquisa. Segundo o estudo de Pretto-Carlesso et al. (2014), houve associação positiva entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil, avaliados a partir dos IRDIs da fase I e presença de sofrimento psíquico materno. No estudo, resultados estatisticamente importantes foram verificados, demonstrando que mães deprimidas apresentavam mais

dificuldades de estabelecer demandas aos seus bebês. Em paralelo, Beltrami (2011), a partir do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), verificou que mães ansiosas e com dificuldade em exercer a função materna apresentaram estatisticamente mais bebês com risco ao desenvolvimento infantil, a partir dos IRDIs na fase I, em relação àquelas mães que não foram consideradas ansiosas e acreditavam estar conseguindo exercer a função materna com seus bebês.

Dentre os aspectos investigados na análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais em relação aos sinais PREAUT, bem como os IRDIs demonstraram em seus resultados que a mãe ser solteira ou separada, não apresentar uma atividade profissional (seja ela estudar e/ou trabalhar), ter idade entre 20 e 35 anos, utilizar aleitamento misto ou artificial e o bebê apresentar dificuldades alimentar como refluxo ou engasgo quando alimentado, bem como experimentar diferentes posições e co-leito foram fatores intervenientes na relação mãe-bebê, repercutindo no resultado dos protocolos IRDIs e PREAUT e, conseqüentemente, assinalando para possíveis impasses na constituição psíquica do bebê e seu desenvolvimento como um todo.

Esses resultados indicam que a mãe ou aquele que assume a função materna possuir uma relação estável, consensual, que potencializa seu desejo de cuidar de seu bebê são fatores de proteção contra o risco à constituição psíquica de seu bebê. Com relação à **presença de cônjuge**, verificou-se que mães que estão em uma relação conjugal, seja casamento civil ou união estável, possuem bebês com duas vezes mais chance de apresentar os dois sinais PREAUT presentes e o estabelecimento do terceiro tempo pulsional na faixa etária dos nove meses quando comparados aos bebês de mães solteiras. Tais resultados confirmam a hipótese psicanalítica de que a entrada de um terceiro na relação mãe-bebê, seja ele o pai biológico ou não, promove a gradual separação entre mãe e bebê, própria da função paterna e, conseqüentemente, o estabelecimento do terceiro tempo pulsional.

Essa variável também foi significativa na regressão logística com os IRDIs fase I e III. Na fase I, o fato de a mãe ser solteira, elevou em três vezes a chance de seu bebê apresentar ao menos um IRDI ausente e na fase III essa chance foi elevada em 4,6 vezes quando comparados aos bebês de mães que possuem um cônjuge. Esses resultados reforçam a importância da presença de um cônjuge desde o nascimento do bebê enquanto como agente da função paterna, promovendo sustentação à mãe para que ela possa exercer sua função e atuando como terceiro na relação mãe-bebê produzindo a separação necessária à constituição

psíquica do bebê. Nesses termos, percebe-se, portanto, que a presença de um cônjuge parece ser fator de proteção fundamental à constituição psíquica do bebê.

Crestani (2012) também verificou que o estado civil materno é um fator que incide sobre a presença de risco ao desenvolvimento do filho, a partir da análise dos IRDIs. A autora verificou que mães que possuem cônjuge apresentam duas vezes menos chance de ter um bebê com IRDIs alterados do que aquelas que possuem cônjuge. Na mesma direção, estudos demonstram que a ausência de cônjuge pode trazer consequências negativas para a mulher, desde a descoberta da gestação até após o nascimento. Tais estudos demonstraram que a ausência paterna representou fator propulsor para que sintomas ansiosos e depressivos das puérperas se manifestassem, trazendo consequências negativas ao bebê (LIMA et al., 2008; NUNES et al., 2007; CAVALSINA et al., 2007, MARIN e PICCININI, 2007; VENÂNCIO et al. 2002). Beltrami (2011) também salientou o papel fundamental que o pai assume como suporte materno para que ela possa exercer a função materna influenciando diretamente o desenvolvimento saudável do bebê.

Além do estado civil, ressalta-se a **faixa etária materna**. A idade materna abaixo de 20 e acima de 35 anos foi um fator de proteção para o desenvolvimento do bebê. Pode-se verificar que as mães que apresentaram idade acima de 35 anos reduzem cerca de 79,6% a probabilidade de ter um bebê com risco psíquico, a partir dos IRDIs alterados na fase III em relação às mães de idade entre 20 e 35 anos. Ressalta-se que dentre as dez mães com idade inferior a 20 que participam da pesquisa, sendo seis com 19 anos, duas com 18 anos e duas com 16 anos, nenhuma apresentou bebês com IRDIs alterados nesta fase. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Crestani (2012), que encontrou que as mães com idade na faixa etária entre 20 e 34 anos apresentam nove vezes mais chance de ter um bebê com risco ao desenvolvimento infantil na fase III dos IRDIs, em relação às mães adolescentes (menos de 20 anos) ou com mais idade (acima de 35 anos). Acerca desse resultado é preciso ressaltar que era uma amostra de mães e bebês, contatada no mesmo hospital universitário e com perfil sociodemográfico similar.

Uma das hipóteses que Crestani (2012) aventou foi o fato de as mães estarem em plena idade produtiva e a grande maioria ser do lar sem perspectivas profissionais antes ou após o nascimento do bebê. Isso talvez tenha incidido sobre as condições de perspectiva social desse grupo e sobre os níveis de satisfação com o próprio desenvolvimento pessoal-profissional dessas mães. Essa é uma hipótese que se reforça neste estudo demonstrando que o resultado de Crestani (op. cit.) não foi aleatório, pois coincidiu com o resultado desta pesquisa

em nova amostra da mesma população. Esse aspecto carece de maior investigação sociológica na realidade de Santa Maria, pois acredita-se que haja condições socioeconômicas que possam explicar esses dados da pesquisa.

Um dos fatores que podem estar associados é o fato da cidade apresentar baixo desenvolvimento industrial e poucas possibilidades de inserção laboral para a população feminina. Talvez, diante de tal realidade, haja poucas oportunidades profissionais para essas mães que, apesar de estarem em uma faixa etária que representaria, em termos biológicos, a melhor fase para reprodução, apresentam dificuldades em exercer a função materna em virtude da falta de perspectiva e das dificuldades socioeconômicas e pessoais importantes. Outro aspecto a ser considerado é o fato de serem poucas as mães adolescentes da pesquisa, o que poderia explicar a não associação estatística de risco com esta faixa etária materna.

Esses resultados, portanto, não minimizam o que autores como Brandão e Helborn (2006) demonstraram acerca da maternidade na adolescência como um problema social, acarretando riscos adicionais no exercício das funções parentais. Liaw e Brooks-Gunn (1993) também encontraram associação entre a menor idade da mãe e prejuízos no desenvolvimento cognitivo da criança. Para Fraga et al. (2008), tal associação pode estar relacionada tanto ao risco biológico da gravidez precoce para o desenvolvimento do bebê quanto à interação das mães mais jovens com o seu filho.

Ainda em relação a dados sociodemográficos, ressalta-se o fato de a mãe possuir alguma **atividade profissional** como fator de proteção. Em relação aos IRDIs fase I e ao PREAUT avaliados na mesma ocasião, tem-se que a mãe não apresentar alguma atividade profissional, seja estudar e/ou trabalhar, aumentou em duas vezes a chance de seu filho apresentar ao menos um IRDI ausente. Destaca-se que novamente a importância dos primeiros IRDIs na análise do exercício da função materna, na medida em que se referem a possibilidade da mãe se dirigir à criança utilizando o manhês, a possibilidade dela supor o que seu bebê deseja quando ele chora, dela oferecer-lhe uma demanda e aguardar sua resposta e se a mãe troca olhares intensamente. Desse modo, evidencia-se tal como Andrade et al. (2005), que a presença de atividade profissional materna, além de gerar renda e facilitar o acesso a bens e recursos, também é gerador de satisfação ocupacional à mãe, proporcionando a ela motivação e valorização, potencializando as experiências positivas com seu filho. Em relação à saúde mental materna, a pesquisa de Cardoso e Bianchi (2007) com uma amostra de 173 mães com o objetivo de investigar o que leva uma mãe a amamentar ou não e a continuar a amamentar ou desistir de fazê-lo. Como resultado daquela pesquisa, pôde-se verificar que as

mães que amamentam desejaram a gravidez e receberam informações sobre o aleitamento e desfrutaram de um contato imediato e alojamento conjunto com o recém-nascido. As mães que não amamentaram consideraram que o aleitamento dificultava sua rotina. Esses resultados podem ser relacionados aos resultados desta pesquisa que encontrou que mais que praticaram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês do bebê apresentaram duas vezes menos chance de apresentar ao menos um IRDI ausente na fase II em comparação àqueles alimentados com leite artificial. Percebe-se, desse modo, que o ato de alimentar o bebê é de fundamental importância no estabelecimento do vínculo entre a mãe e seu bebê, envolvendo o olhar, o toque e a voz. Além disso, assinala o exercício da função materna no ato de erotizar o corpo do bebê rumo ao do estabelecimento do circuito pulsional, o que se conectará ao estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional entre 4 e 9 meses.

Ainda nesse contexto, ressalta-se a importância de lembrar dos estados que se voltam para os estados emocionais maternos, pois podem repercutir diretamente na disponibilidade da mãe em se conectar com seu bebê e desejar amamentá-lo. Por isso, nos casos em que a mãe apresenta sintomas de sofrimento psíquico e/ou ansiedade, pode haver dificuldades no ato de alimentar seu bebê e tomá-lo como ato prazeroso. Tal fator pode estar relacionado à dificuldade alimentar do bebê, bem como dificuldade no aleitamento materno exclusivo, favorecendo práticas de aleitamento misto, tal como observado em Beltrami (2011) e Crestani et al. (2011).

Quanto às **dificuldades alimentares** evidenciadas nos bebês desta pesquisa, pôde-se verificar que os bebês a termo (n=8) e com sinais PREAUT alterados na faixa etária do 4º mês, apresentaram queixas de refluxo (n=5) e de engasgo (n=3). Em relação aos bebês prematuros (n=6) que obtiveram sinais PREAUT alterados na mesma faixa etária, quatro apresentaram queixa de refluxo e dois de engasgo. Tais resultados sugerem que bebês com dificuldades alimentares apresentaram duas vezes mais risco psíquico na primeira fase dos sinais PREAUT do que aqueles bebês que não apresentaram dificuldades para alimentar-se.

Percebe-se que a presença de dificuldade alimentar como o refluxo, mostrou-se como fator de risco. Segundo Amaral (2008), o refluxo gastroesofágico (RGE), definido como o trânsito retrógrado de ácidos ou outras substâncias para o esôfago está sempre presente no recém-nascido até, aproximadamente os três meses do bebê. Entretanto, após esse período, a persistência de tal dificuldade alimentar, incide diretamente na qualidade do laço mãe-bebê justamente porque o comer ou o não comer não é apenas uma questão fisiológica.

Na mesma direção Laznik e Burnod (2016) salientam a dor decorrente do refluxo como fator importante a ser considerado nos casos de autismo. E sugerem que muitas crianças autistas apresentam problemas digestivos. Tal fato coloca em questão as formas como a mãe exerce sua função e lança uma hipótese a respeito dos sintomas em seu filho e nas dificuldades que encontra para nutri-lo e, conseqüentemente na constituição psíquica e saúde orgânica do seu bebê.

Portanto, pode-se concluir que o aleitamento materno e toda a estruturação alimentar subsequente, bem como os ritmos de sono e vigília, a protoconversaçoão entre mãe e bebê, são frutos da complexa relação entre as condições biológicas do bebê no entrelaçamento com um projeto simbólico daqueles que exercem as funções parentais para o bebê.

Cabe ressaltar ainda que dificuldades alimentares, sobretudo na coordenação sucção-deglutição-respiração são relacionadas na literatura sobre efeitos da prematuridade, o que conecta as dificuldades alimentares encontradas nesta amostra também a prematuridade. No entanto, o refluxo não está associado apenas à prematuridade. Haja vista o caso de T27 quando observado nos encontros de musicalização descritos no trabalho de Ambrós (2016). Percebe-se, nesse caso, que a mãe do menino, diante do desconforto do seu bebê no grupo, em virtude de sua hipersensibilidade sensorial, dava-lhe de mamar. À medida que a díade participa dos encontros, evidencia-se que o bebê gradativamente passa a conseguir integrar as informações sensoriais, sentindo-se mais à vontade nos encontros musicais. Simultaneamente, mãe e bebê fortalecem o laço que os une e, conseqüentemente, ela não sente necessidade de oferecer-lhe de mamar a cada sinal de insatisfação. Acredita-se que a possibilidade do bebê expressar-se de modo mais organizado e, em contrapartida, de sua mãe compreendê-lo, diferenciando suas manifestações e reduzindo a oferta do peito, pode ter sido um fator importante para a diminuição do refluxo e mal estar do bebê.

Ainda, em relação à qualidade do laço entre mãe e bebê, surgiram outros fatores que incidiram sobre a presença ou não de risco: onde e com quem o bebê dormia e se lhe era permitido explorar o ambiente e seu próprio corpo.

Teve-se como fator de proteção, o bebê experimentar diferentes posições corporais e explorar livremente o ambiente e os objetos. Nesse sentido, **bebês que se movimentavam livremente** explorando seu corpo e o ambiente ao seu redor sob a supervisão materna ou de outro responsável, apresentavam duas vezes menos chance apresentarem os sinais PREAUT alterados na faixa dos nove meses, em relação àqueles que não experimentavam diferentes posições. Acredita-se que tais resultados também ilustram, em alguma medida, a possibilidade

da mãe separar-se de seu bebê, supondo ali um sujeito capaz de minimamente garantir sua sustentação. Isso porque, quando as mães eram questionadas a respeito de tal dificuldade, como foi o caso dos bebês T23, T47, T65, T74, P19 e P40, todas elas, a exceção da mãe do bebê P19, justificavam que temiam que seus bebês se machucassem ou que não fossem capazes de se proteger.

Acredita-se que a possibilidade do bebê experimentar diferentes posições, explorando livremente seu próprio corpo e o espaço a sua volta é de fundamental importância porque permite que ele desfrute da experiência do funcionamento corporal, tomando consciência dos seus limites, desenvolvendo o tônus muscular e a coordenação motora (WINNICOTT, 2005). Em contrapartida, a ausência de movimentos que permitam a exploração do corpo pode resultar em dificuldades psicomotoras, tal como indicam Kupfer e Bernardino (2009), a partir da análise entre presença de IRDIs alterados e sintomas psic motores posteriores.

Tal aspecto também foi evidenciado no trabalho de Peruzzolo (2016) ao conectar o desenvolvimento psicomotor com o desenvolvimento psíquico e indicar a importância de se propor uma hipótese de funcionamento psicomotor na clínica com bebês. Aspectos como o esquema e imagem corporal do bebê ganha sentido nos casos clínicos à luz de uma interpretação da relação que se estabelece entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais viabilizando, dessa forma, uma compreensão da direção da intervenção precoce.

Outro fator que apresentou risco significativo para os IRDIs da fase II foi **com quem a criança dorme**. Crianças que dormem sozinhas no seu carrinho ou no berço apresentaram quatro vezes menos chance de apresentar ao menos um IRDI da fase II ausente quando comparados àqueles que dormem na cama com os pais ou outros cuidadores. Acredita-se que, apesar de não ter sido descrito na literatura pesquisada, este também é um fator que pode evidenciar impasses no exercício de separação entre mãe e bebê e do exercício da função paterna. Por esse motivo, acredita-se que o exercício da função paterna pode ser mais minuciosamente investigado em projeto futuro que abarque a fase IV dos IRDIs e a avaliação AP3, que estão em fase de avaliação na continuidade do projeto de pesquisa mãe no qual se insere esta dissertação. É possível, no entanto, a partir da análise qualitativa dos casos, perceber a ausência de indicadores que se relacionam a função paterna e presença-ausência, como eixos teóricos relevantes para pensar a dinâmica alienação-separação, muitos dos quais estiveram ausentes nos 17 bebês com risco.

Esses resultados estatísticos, apesar de não se deterem a cada caso em sua singularidade oferecem uma visão ampla dos fatores que podem incidir sobre a constituição

psíquica do bebê e seu desenvolvimento. A partir de então, pode-se discutir a respeito de algumas das condições necessárias para que, aquele que exerce a função materna e assume o papel de Outro primordial, seja capaz, num primeiro momento, de alienar o bebê em seus significantes. Tal processo, fundamental para a constituição psíquica, pode ser observado a partir dos efeitos indiretos que ele produz, isto é, apoiado em sinais fenomênicos que permitam supô-la. Nesse caso, a partir da observação dos cuidados maternos afetuosos, do olhar, do toque, do manê, enfim, de uma posição subjetiva capaz de antecipar as produções do bebê.

Tais sinais fenomênicos também permitem observar o processo de organização do circuito pulsional que se estabelece sob os registros da oralidade, do olhar e da voz, tal como ressalta Catão (2009). A partir desses registros, corpo e linguagem vão sendo articulados, concebendo o sujeito no campo da Linguagem e marcando sua passagem de puro Real a um corpo simbólico (CABAS, 2009; ELIA, 2004).

Quanto à constituição psíquica, também é de fundamental importância a possibilidade do bebê perceber-se como um eu (moi), a partir da construção de uma imagem corporal decorrente do Estádio do Espelho. Além disso, a circularidade da relação do sujeito com o Outro só estará completa com a operação da separação que compõe a dialética alienação-separação que envolve a relação entre o sujeito e o Outro. Lacan (1960) salienta que, por ser da ordem do humano, as relações, necessariamente, são mediadas pela linguagem e tratam de ser uma relação de demanda. Por isso, o significante da demanda barra a necessidade e dá origem à pulsão. Nesta fissura que se abre entre demanda e necessidade, o desejo escapa. Assim, estabelece-se o registro pulsional na ordem simbólica (SILVA NETO, 2009).

As operações que marcam a constituição psíquica tornam-se evidentes a partir dos seus efeitos indiretos observados no laço mãe e bebê. Por esse motivo, os sinais PREAUT e os IRDIs se apoiam neles para evidenciar se há algum impasse na constituição de um sujeito vir a ser. Se por um lado os sinais PREAUT observam a instalação do terceiro tempo do circuito pulsional, os IRDIs avaliam a suposição de sujeito, a dialética alienação-separação a partir da alternância presença/ausência, o estabelecimento da demanda e o exercício da função paterna, o que pareceu complementar na análise dos 17 casos, a luz da história de vida de cada bebê e sua família.

Esse fato sugere que ambos protocolos fornecem sinais ao nível indiciário que precisam de uma interpretação singular na clínica. Por isso, a importância de inseri-los nas equipes de saúde mediante formação cuidadosa dos profissionais acerca da constituição psíquica de modo

que compreendam a diferença entre risco e diagnóstico. Esta dissertação traz evidências de que o olhar do risco não fecha possibilidades a partir de profecias negativas inerentes ao diagnóstico. Nem cria fantasmas indesejáveis no imaginário familiar. Alguns bebês e mães precisam de algum tempo para resolver espontaneamente suas dificuldades, outros precisam de um acompanhamento mais frequente para sustenta-los nessa resolução e outros ainda necessitarão de uma intervenção individual ou coletiva. Por isso, defende-se que não basta a inserção dos protocolos no sistema de saúde, é preciso criar equipes de detecção e intervenção precoce que sustentem as equipes da atenção primária.

Pensando um pouco mais nos sinais PREAUT e nos resultados obtidos nesta pesquisa que indicaram o sinal 2a como fundamental neste questionário em relação à detecção de risco psíquico, é importante lembrar Lacan (1964, p. 173), quando afirma que o terceiro tempo da pulsão é eminentemente ativo, pois é o tempo do “fazer-se”. Assim, esclarece Catão (2009), o primeiro tempo é ativo, no qual o recém-nascido se dirige a um objeto externo, no nível da pulsão oral: o seio ou a mamadeira; no segundo tempo, dito reflexivo, o bebê dirige sua atenção a uma parte do próprio corpo, como, por exemplo, quando ele chupa seus dedos; e, por fim, num terceiro tempo, introduz-se um novo sujeito, a mãe ou seu substituto, por exemplo, para quem o bebê se exhibe. A satisfação pulsional (Catão, 2013), estaria diretamente relacionada ao Outro, onde algo do desejo da mãe é transmitido ao bebê a partir de seu rosto, de sua voz, de seu olhar e seu toque (Laznik, 2000). Logo, o terceiro tempo do circuito pulsional refere-se a esse se fazer olhar e se fazer escutar, em que o bebê torna-se ativo na demanda (Laznik, 2013).

A partir de tal evidência, os sinais PREAUT se apoiam em dois sinais, propostos por Laznik et al. (1998), para constatar o estabelecimento do terceiro tempo pulsional, são eles: se o bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela (2a); e, se o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela (3c).

Salienta-se que o segundo sinal (S2) referente à pergunta 3c do questionário, esteve ausente em apenas dois dos dezessete bebês (T06 e P19), entretanto, isso não quer dizer que, necessariamente todos os demais apresentassem o sinal, pois, tendo em vista que a maioria dos bebês apresentou somatório final com as duas primeiras perguntas superior a 5, as perguntas 3 e 4 não foram avaliadas. Tal fato confirma a importância do sinal 2a como principal indicador dos sinais PREAUT da ausência do terceiro tempo do circuito pulsional.

Além disso, o que pôde ser percebida na análise dos dezessete bebês avaliados na faixa etária dos nove meses é que nenhum deles apresentava o sinal 2a presente. Entretanto, hipóteses puderam ser lançadas para cada caso na tentativa de compreender outros fatores que poderiam ser associados à ausência de tal sinal que não só a ausência de apetência simbólica (LAZNIK, 2013).

Optou-se pela avaliação mais minuciosa da faixa etária dos nove meses, pois se entende que nessa idade o bebê já possui condições biológicas e cognitivas para “se fazer” objeto de desejo de sua mãe. Desse modo, a possibilidade de se apoiar nos IRDIs para identificar outras possíveis fragilidades na constituição psíquica a partir da observação de outras operações considerando também o relato individual de cada mãe, permitiu uma compreensão mais detalhada de cada caso e reforçou a hipótese inicial de que ambos protocolos são importantes na avaliação de bebês e podem ser complementares.

Assim, no caso do bebê T06, percebeu-se uma dificuldade do bebê a ser envolvido pela voz e pelo olhar de sua mãe, dois dos objetos da pulsão e que manifestam o desejo vindo do outro. Enquanto pulsão invocante, a voz e o olhar materno fracassam em endereçar à criança palavras que vão contornando o seu corpo, contribuindo para a organização do circuito pulsional (Vivès, 2009). Desse modo, T06 não lhe responde, não lhe olha, não alimenta o desejo materno de torná-lo seu objeto de desejo. Tal fato é confirmado nas avaliações seguintes onde os indicadores confirmam a fragilidade do laço entre mãe e bebê apontando como ausentes alguns dos indicadores relacionados ao estabelecimento da demanda. Nele, estão reunidos os indicadores que observam a potencialidade da mãe, enquanto Outro primordial, emprestar significantes ao seu bebê, interpretando seus atos como sendo um pedido endereçado a ela e que ela se propõe a responder (KUPFER et al., 2009).

A possibilidade do estabelecimento da demanda está fundamentalmente associada ao exercício da função materna. Em relação à função materna, como já mencionado anteriormente, entende-se o que é próprio da possibilidade de garantir ao bebê um cuidado que lhe constitui subjetivamente. Isso porque, por meio dos cuidados corporais dirigidos ao bebê, a mãe, ou quem exerça sua função, vai recortando os limites corpóreos do seu pequeno, estabelecendo um circuito pulsional que orienta o olhar, a voz, a alimentação, a retenção e expulsão das fezes, o ritmo de sono e vigília, entre outros. Nesse sentido, ela vai nomeando suas sensações e atos, antecipando um sujeito e sustentando-o em seu desejo, o tempo necessário, para que um dia ele possa falar em nome próprio.

No caso do bebê T23, por exemplo, o que ficou evidente foram as dificuldades enfrentadas pela mãe em exercer sua função como, por exemplo, no estabelecimento da demanda, tal como visto com a mãe de T76. Entretanto, diferentemente das mães de T06 e de T76, a mãe de T23 supunha que a demanda que o filho lhe lançava era sempre a mesma, a demanda pelo peito. Como consequência, o bebê estava ganhando cada vez mais peso sendo necessário o encaminhamento para nutricionista. Acredita-se que tal bebê apresentava-se em uma situação de risco tanto quanto os demais porque, diante da dificuldade da mãe em construir diferentes hipóteses a respeito da necessidade de seu filho, inserindo diferentes significantes, é sempre o mesmo significante que se repete, limitando o sujeito a apenas essa inscrição.

O bebê T29, todavia, ilustra um caso em que a relação entre mãe e bebê que apresentou dificuldades nos primeiros meses, mas, apesar de o bebê ainda não apresentar o terceiro tempo do circuito pulsional no nono mês, mostrava que havia ali um sujeito em constituição. Isso porque, ao final da terceira avaliação percebeu-se que mãe e bebê já possuíam uma linguagem particular onde a mãe supunha um sujeito que era capaz de lhe lançar uma demanda. Entretanto, é possível perceber neste caso, indícios de que, talvez, a função paterna ainda não estivesse operando como necessário. Portanto, a evolução permite afirmar que os sinais alterados necessitam de leitura singular a cada caso, ou seja, um mesmo sinal alterado não tem evolução idêntica em dois bebês distintos.

Considerando que a função paterna é inscrita, inicialmente, na mãe, em seu discurso, e que tem papel decisivo na estruturação psíquica do bebê, pois situa a mãe enquanto desejante, quando a mãe não invoca um terceiro para que faça a função de separação entre ela e seu bebê, onde a falta possa ser instalada, corre-se o risco de haver consequências irreversíveis à constituição psíquica do bebê. Neste, o desejo se articula no que falta à mãe e, se nada falta a ela, pois seu bebê lhe completa perfeitamente, não sobra espaço para mais nada. Além disso, cabe ressaltar que o que orienta o interesse da criança pelos objetos que a circundam, é o desejo materno. Através deste, por sua vez, “recorta o mundo em concordância com o discurso da qual é mediadora. Discurso da mãe, mediadora do pai interditor” (Lacan, 1970, p. 91). Portanto, houve casos em que, as dificuldades no exercício da função materna seguiram mostrando certa fragilidade na operação da função paterna.

Impasses no exercício da função paterna também foram evidenciados nos casos dos bebês P24, P33, P35 e P40. Todos os quatro não apresentaram impasses nos eixos suposição de sujeito ou no eixo que avalia a alternância entre presença e ausência. Entretanto, seguiram

apresentando IRDIs referentes ao eixo estabelecimento da demanda e função paterna ausentes, sugerindo impasses na separação. Questiona-se em que medida a dimensão traumática do tempo de internação não dificultou a separação dessas mães, pois temiam, principalmente, que algo ruim acontecesse com seus bebês. O caso tratado por Peruzzolo (2016) indica que as dificuldades vinculares podem ter razões muito particulares relacionadas a prematuridade, que precisam ser interpretadas em transferência, por isso, essa suposição aqui apresentada necessitaria de um aprofundamento no estudo clínico desses casos.

O bebê T38 apresentou na avaliação dos nove meses apenas o sinal PREAUT 2a ausente. Na mesma ocasião, todos os eixos fundamentais à constituição psíquica observados nos IRDIs possuíam ao menos um indicador ausente, apesar de essa ser uma mãe que se comunicava com seu bebê utilizando o olhar, o toque e o manê. Nesses termos, além do eixo estabelecimento da demanda e da função paterna, também estiveram ausentes os eixos suposição de sujeito e presença/ausência. Neste caso a condição de miséria da família ressaltou-se como fator que pudesse estar interferindo no exercício da função materna. No caso do bebê T112, os quatro eixos também estiveram ausentes na faixa etária dos nove meses. Entretanto, nesse bebê, assim como todos os demais à exceção de T65, a reação ao examinador pôde demonstrar que esses bebês apresentam apetência simbólica já aos 4 meses e que a dificuldade poderia estar em alguns aspectos no laço com a mãe.

A suposição que se lança para o bebê T47 é que a dificuldade que ele encontra para o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional pode ser relacionado à dificuldade de sua mãe em sustentar a posição de Outro primordial que lhe empresta significantes e lhe insere no campo da Linguagem. Tal hipótese é reforçada pelo fato da mãe de T47 queixar-se de irritação, tristeza, cansaço e desânimo após o nascimento do bebê. Em relação aos resultados apresentados com os IRDIs, estiveram ausentes os indicadores 17, 18 e 21, juntamente com o sinal PREAUT 2a. Logo, evidencia-se que, assim como T38, os quatro eixos fundamentais na estruturação do sujeito a partir dos, bem como os sinais PREAUT que evidenciam o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, apresentaram fragilidade. Entretanto é evidente a diferença entre os bebês T38 e T47 mesmo quando apresentam os mesmos indicadores ausentes, reforçando a hipótese de que os protocolos permitem compreender um sujeito apenas quando acompanhados de uma compreensão detalhada do contexto a qual o bebê está inserido.

O bebê T63, assim como o bebê T47, foi outro exemplo de caso em que a mãe se encontrava com sinais de sofrimento psíquico repercutindo na qualidade do laço com seu bebê

e, conseqüentemente, em sua estruturação psíquica. Nesse caso, ressalta-se a importância de oferecer suporte às mães ou aqueles que exercem a função materna quando não há suporte por parte de cônjuge ou outro membro da família. Nesse caso, apesar da mãe possuir dificuldade em lançar demandas ao seu bebê, em virtude de uma possível fragilidade relacionada ao divórcio recente, não conseguia permitir que ele explorasse seu corpo, os objetos a sua volta e o ambiente, pois tinha medo de perdê-lo também. Além disso, apresentava dificuldades de sustentar a função paterna como um terceiro na relação entre a díade, o que evidenciava no ressentimento apresentado em relação ao ex-marido. Portanto, a dificuldade de sustentar a função paterna na relação com o filho, poderia estar relacionada também a dificuldade em manter o vínculo com o cônjuge.

A observação desses casos aponta a relevância dos eixos teóricos propostos nos IRDIs no acompanhamento de bebês. Relembrando as bases teóricas dos eixos, o eixo da suposição de sujeito refere-se a possibilidade da mãe interpretar o apelo de seu bebê enquanto um ato de um sujeito que já está constituído psicologicamente e com um corpo unificado, mesmo quando ali se apresenta pura insuficiência. O eixo da alternância entre presença e ausência marca todas as ações maternas, que permitam que no intervalo de ausência da experiência de satisfação proporcionada pela presença da mãe é que poderá surgir uma resposta da criança (KUPFER et al., 2008). Um exemplo da importância de se considerar tais eixos foi o caso T74 em que, apesar do terceiro tempo do circuito pulsional estar ausente, os eixos teóricos dos IRDIs estiveram presentes o que permitiu uma conduta expectante no caso até 12 meses, quando se viu que não havia mais risco. Por outro lado, casos aparentemente mais leves ao início da coleta, como T76 em que a mãe mostrava-se amorosa e extremamente cuidadosa, percebeu-se sua dificuldade em oferecer ao bebê turnos de fala onde ele pudesse lançar-lhe uma demanda diferente daquela que ela supunha resultado do exercício da função paterna, operadora separação e, conseqüentemente, do estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional.

Em virtude dos sintomas depressivos, a mãe de T63 teve dificuldade de se dirigir a ele com o manhês pode potencializar a dificuldade da mãe e seu bebê compartilharem uma linguagem comum. Essa dificuldade acaba por evidenciar o risco como atestam vários trabalhos e esteve evidente em vários casos desta pesquisa.

Em relação à importância do manhês, Catão (2009) salienta que a partir de suas frases simples e curtas, seu ritmo com suas pausas e repetições, bem como sua entonação singular com seus picos prosódicos, o manhês capta a atenção da criança e serve de modelo verbal

precoce que orienta o bebê na comunicação oral facilitando também a interpretação das emoções. Para Laznik (2013), o manhês tem uma dimensão fascinante para o bebê, sendo um dos determinantes da alienação radical do infans ao desejo do Outro. Em uma perspectiva mais cognitivista, Cohen et al. (2013) afirmam que o manhês é fundamental para ancorar a interação social, o aprendizado e a atenção dos bebês.

Entretanto, apesar de condição necessária para o enlaçamento do bebê no campo do Outro, o encantamento do manhês não é suficiente para a instauração do terceiro tempo do circuito pulsional no bebê, pois o processo de alienação-separação possui uma dinâmica que demandará, por exemplo, a operação da função paterna (LAZNIK, 2013), evidenciada em termos evolutivos com a diminuição do manhês no segundo semestre de vida (COHEN et al., 2013).

Acredita-se que o bebê P19 pode elucidar o que é proposto pela epigenética quando propõe que, mesmo quando há apetência simbólica pelo bebê, bem como condições biológicas e cognitivas, se o ambiente não oferece as condições apropriadas, pode-se ter consequências em nível estrutural. Isso porque, o bebê P19 apresentava, na avaliação dos quatro meses, todos os sinais PREAUT presentes, inclusive o terceiro tempo pulsional, bem como todos os IRDIs presentes. Entretanto, a medida que os meses foram passando, sua mãe foi apresentando cada vez mais sinais de tristeza, desânimo e frustração, tornando-se cada vez mais violenta com seu bebê. Além disso, o pai, mesmo estando presente, não oferecia suporte à mãe ou mesmo atuava como um agente interditor da mãe. Como consequência, P19 apresentou resultados preocupantes na terceira avaliação, mesmo tendo a equipe buscado oferecer ajuda à mãe. Esse caso é uma evidência, na análise qualitativa, de que fatores biológicos (no caso a prematuridade) se somam aos ambientais (no caso cônjuge que não apoiava a esposa) na geração de risco.

Portanto, a partir dos sinais PREAUT, ficou evidente a instalação do terceiro tempo do circuito pulsional ao passo que os IRDIs permitiram compreender outras operações que também marcam a constituição psíquica e podem indicar que o laço mãe-bebê estivesse em risco. Todavia, acredita-se que, no caso do bebê P18, a ocorrência de sinais PREAUT e IRDIs ausentes na fase III pode estar associada a questões biológicas do bebê em virtude da prematuridade.

Acredita-se também que, no caso de T65, havia dificuldades motoras que também poderiam ter origem biológica. Independente da origem, muitas das dificuldades no exercício da função materna eram alimentadas pela pouca responsividade de T65. Diferentemente do

pôde ser visto com a mãe de T27 que, a partir da musicalização, sentiu-se autorizada para vivenciar a experiência da maternidade e, ao mesmo tempo, foi correspondida por seu bebê. Tal fato ilustra que a possibilidade da mãe exercer sua função é alimentada pela responsividade de seu bebê. E que, diante de tal situação, o bebê não é passivo, sendo assim fundamental para que haja a constituição de um sujeito psíquico, pois seu potencial biológico e cognitivo, além do cuidado do Outro, sustentam sua evolução e alimentam esse cuidado.

Por fim, é importante ressaltar que avaliações que centrem sua análise apenas nas condições do bebê, como o DENVER II, apresentam-se fragilizadas para evidenciar risco ao desenvolvimento e risco psíquico pois é evidente que a baixa frequência de alterações neste protocolo é contradita pela frequência de alterações nos sinais PREAUT e IRDIs. Esse fato já havia sido ressaltado por Wanderley et al. (2008) ao diferenciar as possibilidades de acompanhamento a partir do paradigma psicanalítico das possibilidades de protocolos centrados nas habilidades dos bebês.

Os resultados desta pesquisa sugerem que a visão produzida a partir dos IRDIs e dos Sinais PREAUT não só trazem um novo olhar ao desenvolvimento infantil, como também fornecem pistas para a indicação terapêutica ou de outras formas de acompanhamento de sustentação do bebê e sua família na minimização ou reversão do risco psíquico.

6 CONCLUSÃO

Os objetivos desta pesquisa foram avaliar a frequência de risco psíquico em bebês prematuros e a termo, na faixa etária entre 3 meses e 1 dia a 9 meses e 29 dias, a partir da comparação dos resultados obtidos por dois protocolos de risco psíquico, e verificar a existência de associação entre fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais.

Nesse sentido, algumas hipóteses nortearam esta pesquisa. A primeira hipótese foi de que fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais, repercutem diretamente na qualidade do laço entre mãe e bebê e, conseqüentemente, na presença de risco psíquico no bebê, detectáveis pelos protocolos IRDI e PREAUT. A segunda hipótese foi de que, apesar dos sinais PREAUT serem vantajosos em termos de aplicabilidade na realidade do SUS por observar apenas dois sinais, a utilização complementar dos IRDIs, principalmente em sua versão com os 31 indicadores, poderia contribuir para uma verificação mais ampla do desenvolvimento do bebê abarcando um leque maior de sinais fenomênicos que podem apontar para outras questões da constituição psíquica.

A presente pesquisa revelou que há uma correlação positiva entre a presença de risco psíquico e ao desenvolvimento infantil em relação às variáveis sociodemográficas, demográficas, psicossociais e obstétricas. Revelou também a necessidade da utilização complementar de ambos protocolos, IRDIs e Sinais PREAUT, pois ambos permitem verificar, a partir de sinais fenomênicos diferentes, o risco psíquico, a partir da investigação da qualidade do laço que se estabelece entre mãe e bebê, bem como características do próprio bebê na construção deste laço. A hipótese da complementariedade dos dois protocolos também evidencia os diferentes desdobramentos que as inscrições iniciais apresentam diante da constituição psíquica (JERUSALINSKY, J., 2012).

Dessa forma, o risco à constituição psíquica, assim como ao desenvolvimento infantil pode ser percebido como multifatorial relacionando-se aos aspectos constituintes do bebê, com o ambiente e, sobretudo com as funções parentais. Contudo, não se pode afirmar que tais fatores apresentam uma relação de causa-efeito entre a presença de variáveis de risco sociodemográfico, obstétrico e psicossocial e a presença de risco a partir dos IRDIs e dos sinais PREAUT. Ainda, que a ausência de algum IRDI, bem como uma pontuação final do PREAUT inferior a 15 possa necessariamente representar que a estruturação psíquica da criança estará futuramente comprometida. Tais sinais servem como um alerta de que algo não vai bem no desenvolvimento da criança (JERUSALINSKY, 2002), permitindo que se atente e se reverta o quadro. É interessante salientar que, diferentemente da pesquisa de Kupfer et al.

(2008), houve interferências de variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais nos desfechos dos IRDIs, bem como no dos sinais PREAUT. Esse resultado permite concluir pela chamada origem multifatorial, sobretudo nos casos de autismo. Portanto, mesmo diante de predisposições genéticas do bebê não se pode ignorar a importância da interferência de fatores sociais no desenvolvimento infantil, seja agravando seja minimizando o risco psíquico.

Em relação à análise individual dos dezessete bebês que apresentaram sinais PREAUT e IRDIs alterados na fase III, referente a faixa etária dos nove meses, salienta-se a necessidade de tomar os resultados obtidos com os protocolos a partir de uma escuta singular de cada caso, o que vai, a princípio parece ir na contra mão do que se preconiza para protocolos ditos científicos, mas que reforça a relevância de se pensar em protocolos que forneçam indícios e caminhos para a clínica e não apenas identifique se a criança está ou não em risco. Esse fato é visível nos resultados desta pesquisa.

Por fim, ressalta-se ainda o desejo de seguir, em projeto futuro, acompanhando esses bebês até os três anos de idade com o objetivo de verificar se os mesmos, apesar da intervenção precoce seguem apresentando algum risco para a constituição do sujeito e para o desenvolvimento, bem como analisar mais detalhadamente os efeitos do exercício da função paterna, evidenciados principalmente a partir da fase IV da pesquisa maior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil LTDA, 1976.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMORIM, R. et al. Programa de saúde família: proposta para identificadores de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 506-513, nov./dez., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n6/aop063_09.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ANDRADE, D. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 606-611, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25533.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ANOKHIN, P. K. Systemogenesis as a general regulator of brain development. In: HIMWICH, W.; JIMWICH, H. (Eds.). **The developing brain, progress in brain research**. Amsterdam: Elsevier, 1964.

ARAÚJO, D.; PEREIRA, N.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n4/01.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.

ARAÚJO, L. **Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a três anos em centros de educação infantil**. 2013. 105 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2013.

ASPERGER, H. (1944). Autistic psychopathy in childhood. In: FIRTH, U. (Ed.). **Autism and Asperger syndrome**. Londres: Cambridge University Press, 1991, p. 37-92.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARRE, N. et al. Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. **Journal of Pediatrics**, v. 158, n. 5, p.766-774, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21146182>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil**. 2011. 102 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2011.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. SOUZA, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb. Comum.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 229-239, ago. 2013.

BENVENISTE, É. **Problemas de linguística geral 1**. 4. ed. Campinas: Pontes, 1995.

BERNARDINO, L. A primazia da escrita e a clínica do autismo. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 109-117.

BETTELHEIM, B. (1953). **Fugitivos de la vida**. México: Fundo de Cultura Econômica, 1975.

BIRMAN, J. **As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2009.

BULLINGER, A. Approche sensori-motrice des troubles envahissants du développement. **Contraste**, Paris, n. 25, p. 125-39, 2006. Disponível em: <http://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=CONT_034_0133>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CABAS, A. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2009.

CARDOSO, L. **Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica**. 2007. 209 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Minho, Braga, 2007.

CATÃO, I. A linguagem como mistério revelado: voz e identificação nos autismos. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 64-75.

_____. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. 2. reimpr. Salvador: Ágalma, 2013.

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

CAVALCANTI, A. Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: LENNER, R.; KUPFER, M. C. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Editora Escuta, 2008, p. 51-54.

COHEN, D. et. al. Do parenthese prosody and father's involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? **PLOS ONE**, v. 8, n. 5, p. 1-10, may. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641085/pdf/pone.0061402.pdf>>. Acesso em: 20 jn. 2016.

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

_____. Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. In: _____. **Escritos da clínica**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1996, n. 4, p. 6-12.

COSTA, E.; CAVALCANTE, L.; DELL'AGLIO, D. Perfil do desenvolvimento da linguagem de crianças no município do Belém, segundo o teste de triagem de DENVER II. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1090-1102, jul./ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01090.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COSTA, M. et al. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas maternas com resultado neonatal. Feira de Santana – BA. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 300-312, 2005. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1010/pdf_308>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COSTANZO, L. **Fisiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CRESPIN, G. A emergência do sujeito no berçário institucional. In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 76-83.

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

CRESTANI, A. **Produção inicial de fala, risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas**. 2012. 105 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012.

CRESTANI, A.; MATTANA, F.; MORAES, A. SOUZA, A. P. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 847-856, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10961.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

DALL'OGGIO, A. et al. Do healthy preterm children need neuropsychological follow up? Preschool outcomes compared with term peers. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, p.955-961, out. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2010.03730.x/abstract>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

DIDIER-WEILL, A. **Um mystère plus lointain que l'inconscient**. Paris: Eres, 2011.

DOLLE, J-M. **Para compreender Jean Piaget**. Rio de Janeiro: Agir, 2000.

D'ODORICO L. et al. Characteristics of phonological development as a risk fator for language development in Italian-Speaking pre-term children: a longitudinal study. **Clin. Ling. Phon**, v. 25, n.1, p.53-65, jan. 2011. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21080829>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

EBERLE, A. et al . Interação entre a analgesia de parto e o seu resultado: avaliação pelo peso e índice de Apgar do recém-nascido. **Rev. Bras. Anesthesiol**, Campinas, v. 56, n. 4, p. 343-351, ago. 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942006000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 15 abr. 2016.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2004.

EICKMAN, S. H.; MALKES, N. F.; LIMA, M.C. Psychomotor desenvolvimento of preterm infants aged 6 to 12 months. São Paulo, **Med Journal**, São Paulo, v. 130, n.5, p.299-306, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v130n5/06.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FALCK-YTTER, T.; BÖLTE, S.; GREDEBÄCK, G. Eye tracking in early autism. **Journal of neurodevelopmental disorders**, v. 5, n. 28, p. 1-13, 2013. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/124/art%253A10.1186%252F1866-1955-5-28.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fjneurodevdisorders.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1866-1955-5-28&token2=exp=1459774922~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F124%2Fart%25253A10.1186%252F1866-1955-5-28.pdf*~hmac=33bfccfe739fca68d52af651b0e1928f25232eb0c9665bba82aaf6f30d826dc8>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FERNANDES LV; GOULART AL; SANTOS AM; BARROS MC; GUERRA CC; KOPELMAN BI. Neurodevelopmental assessment of very low birth weight preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. **J.Pediatr.**, v. 88, n.6, p.471-78, 2012. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n6/v88n06a05.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FINGERMANN, D. Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: LENNER, R.; KUPFER, M. C. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Editora Escuta, 2008, p. 59-62.

FLORES, M. **Exercício das funções parentais e funcionamento de linguagem em três casos de risco psíquico**. 2012. 179 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012.

FLORES, M., SOUZA, A. P.; MORAES, A.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 348-360, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n2/137-11.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FORMIGA, C. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 472-80, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a30v43n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FOSTER, O.; JERUSALINSKY, A. Bases neurofisiológicas da estimulação precoce. In: JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. 4. ed. Porto Alegre: Artes e ofícios, 2007.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J.; ARCHER, P.; SHAPIRO, H.; BRESCNICK, B. The DENVER II: a major revision and restandardization of the DENVER Developmental Screening Test. **Pediatrics**, vol. 89, n. 1, p. 91-97, jan. 1992. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/89/1/91>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FREUD, S. (1895) Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume I**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905) Três ensaios sobre a sexualidade infantil. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume VII**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912-1913) Totem e tabu. Freud, Sigmund, In: FREUD, S. **Obras completas, volume 11: totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

_____. (1914). Introdução ao narcisismo. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud, vol. 1: Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1915) As Pulsões e seus destinos. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud, vol. 1: Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. **Obras completas, volume 15: psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1923). O Eu e o isso. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud, vol. 3: Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

GAMA, S. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puerpéreas adolescentes em maternidade do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 101-111, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/11.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GOLDENBERG, P., FIGUEIREDO, M. C.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 1077-86, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/10.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In: MARIN, I.; ARAGÃO, R. (Org.). **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 263-78.

GONON, F. A psiquiatria biológica: uma bolha especulativa. In: JERUSALINSKY, A.

(Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 198-229.

GOYEN, T.; LUI, K.; HUMMELL, J. Sensorimotor skills associated with motor dysfunction in children born with extremely preterm. **Early Human Development**, v. 87, n. 7, p. 489-493, mai. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21549531>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GRESSLER, L. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

GUEDES, Z. A prematuridade e o desenvolvimento da linguagem. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 13, n. 1, p. 97-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n1/16.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

JERUSALINSKY, A. Tornar-se sujeito é possível ou impossível para um autista? Quando e quem decide isto? In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 22-51.

_____. **Psicanálise do autismo**. 2. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2012.

_____. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. 4. ed. Porto Alegre: Artes e ofícios, 2007.

JERUSALINSKY, D. Etiologia das alterações do desenvolvimento: algumas hipóteses a partir das neurociências. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 179-195.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê**. Salvador: Ágalma, 2011.

JORGE, M. A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 1: as bases conceituais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, v. 2, p. 217-50, 1943. Disponível em: <<http://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-contact.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KIEVET, J.; PIEK, J.; OOSTERLAAN, J. Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis. **JAMA**: v. 302, n. 20, p. 2235-2242, nov. 2009. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184952>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KUNNARI, S. et al. **Folia Phoniatr. Logop**, v. 64, n. 1, p. 5-11, 2012. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Abstract/328641>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KUPFER, M. C. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicol**: São Paulo, v.11, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100006>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KUPFER, M. C. et al. Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In: KUPFER, M. C.; SZEJER, M. (Orgs.). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções.** São Paulo: Instituto Langage, 2016, p. 35-46.

KUPFER, M. C. et. al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath,** v. 6, n. 1, p. 48-68, mai. 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KUPFER, M. C. et al. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: LENNER, R.; KUPFER, M. C. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa.** São Paulo: Editora Escuta, 2008, p. 221-230.

KUPFER, M. C.; BERNARDINO, L. M. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Revista latinoam. Psicopatol. Fundam,** São Paulo, v.12, n.1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a04v12n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

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

KRUEL, C. **O amadurecimento do bebê e a linguagem: uma leitura a partir de Winnicott e Benveniste.** 2015. 193 p. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

LACAN, J. (1954-55) **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud na técnica da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1958). A significação do falo. In: LACAN, J. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.692-703.

_____. (1960-61) **O seminário, livro 8: a transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar edito

_____. (1964) **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1966) O estágio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. (1969-70) **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LAMEIRA, A.; GAWRYSZEWSKI, L.; JUNIOR, A. Neurônios espelho. **Psicologia: São Paulo,** v. 17, n. 4, p. 123-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LAMÔNICA, D.A.C.; CARLINO, F.C.; ALVARENGA, K. F. Avaliação da função auditiva receptiva, expressiva e visual em crianças prematuras. **Pró-fono revista de atualização científica**, v. 22, n.1, p. 19-24, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v22n1/05.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LAZNIK, M. C.; BURNOD, Y. O ponto de vista dinâmico neuronal sobre as intervenções preoces. In: KUPFER, M. C.; SZEJER, M. (Orgs.). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. São Paulo: Instituto Langage, 2016, p. 17-34.

LAZNIK, M. C. et al. **La recherche PREAUT** : evaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique. Projeto. 1998.

LAZNIK, M. C. Diversos olhares sobre o autismo. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 56-61.

_____. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. 2. reimpr. Salvador: Ágalma, 2013a.

_____. Tratamento psicanalítico de um bebê de dois meses, irmão de autista, que apresenta sinais de risco de evolução semelhante. In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013b, p. 85-107.

_____. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. **Estilos clin.**, v. 5, n. 8, p. 80-93, 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v5n8/08.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LANDIS, J.; KOCH, G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, 1977. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2529310?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LEFORT, R.; R. LEFORT. **Nacimiento del Otro**. Buenos Aires: Paidós, 1983.

LOWE, JR; ERICKSON SJ; MACCLEAN P; SCHRADR R; FULLER J. Association of maternal scaffolding to maternal education and cognition in toddlers born preterm and full term. **Acta Paediatr.**, v. 102, n. 1, p. 72-77, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566569/pdf/nihms-434744.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MAGNUSON, K.; SEXTON, H.; DAVIS-KEAN, P.; HUSTON. A. Increase in maternal education and young children's language skills. **Merrils Palmer Q**, v. 55, n. 3, p. 319-50, 2009. Disponível em: <<http://digitalcommons.wayne.edu/mpq/vol55/iss3/7/>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MANCINI, M.; MEGALE, L.; BRANDÃO, M.; MELO, A.; SAMPAIO, R. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev. Bras. Saúde Mater Inf.**, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19979.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MARIN, A.; PICCININI, C. Comportamentos e práticas educativas maternas em famílias de mães solteiras. **Psicol. Est**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 13-22, jan./apr 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a02.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MARKIEWICZ, K.; PACHALSKA, M. Diagnosis of severe developmental disorders in children under three years of age. **Med Sci Monit**, v. 13, n. 2, p. 89-99, 2007. Disponível em: <<http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/473766>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MARTINEZ, E. Z.; ROZA, D. L.; CACCIA-BRAVA, M. C. G. G., ACHCAR, J. A.; DAL-FABBRO, A. L. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 855-867, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MATSUKURA, T.; FERNANDES, A.; CID, M. F. Saúde mental infantil em contexto de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. **Cad. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.047>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MELGAÇO, R. A família e o sacrifício. In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 166-172.

MELCHIORI, L. et al. Família e creche: crenças a respeito de temperamento e desempenho de bebês. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 245-252, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a02v23n3.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MOSSABEB, R; WADE, KC; FINNEGAN, K; SIVIERI, E; ABBASI, S. Language development survey provides a useful screening tool for language delay in preterm infants. **Clin. Pediatr**, v. 51, n. 7, p. 638-644, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22399570>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MULUK, N.; BAYOGLU, B.; ANLAR, B. Language development and affecting factors in 3 to 6 year old children. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 271, n. 5, p. 871-878, mai. 2014. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00405-013-2567-0>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras**. Salvador: Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

NOVELLINO, M. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 299-318, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a17.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

- OGIDO, R.; SCHOR, N. A jovem mãe e o mercado de trabalho. **Saúde Soc.:** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1044-1055, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a21.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- OGILVIE, B. **Lacan: a formação do conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- OLIVEIRA, L. **Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem**. 2013. 159 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2013.
- OLIVEIRA, M. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Caderno CEDES**, v. 19, n. 45, p. 48-70, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000200004>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- OUSS, L. et. al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. **Eur Child Adolsc Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 143-149, mar. 2014. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-013-0430-x>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- PALLADINO, R. R. A propósito dos indicadores de risco. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 193-201, 2007. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/11898/8614>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- PERUZZOLO, D. **Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica de intervenção precoce**. 2016. 143 p. Tese (Tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.
- PIAGET, J. **A psicologia da inteligência**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2013.
- _____. **O nascimento da inteligência na criança**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- PINTO, F.; ISOTANI, S.; SABATÉS, A.; PERISSINOTO, J. DENVER II: Comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1262-1269, jul./ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01262.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- PREAUT BRASIL. Disponível em: <<http://ninar.com.br/wp-content/uploads/2013/11/preaut-i-jornada-o-que-e-a-pesquisa-preaut-recife-pe-28.-09-13-logo.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- PRETTO-CARLESSO, J. **Análís da relação entre sofrimento psíquico materno e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. 2011. 160 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2011.

PRETTO-CARLESSO, J.; SOUZA, A.; MORAES, A.. Análise da relação entre sofrimento psíquico materno e índices clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-509, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0500.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TUCHMAN, R.; RAPIN, I. **Autismo**: abordagem neurológica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RASSIAL, J. J. Psicose na adolescência. In: **Escritos da clínica**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1996, n. 4, p. 80-93.

REUNER, G.; FIELDS, A. C.; WITTKE, A.; LÖPPRICH, M; PIETZ, J. Comparison of developmental Bayley-III and Bayley-II in 7 month infants born preterm. **Eur. J. Pediatr**, v. 172, n. 3, p.393-400, mar. 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-012-1902-6>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RIBEIRO L. et al. Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: cross-lagged relations from 18 to 36 months. **BMC Pediatr.**, v. 11, p. 59, 2011. Disponível em: <<http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-11-59>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ROTTA, N.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. (Orgs.). **Transtornos da aprendizagem**: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ROTH, A.; SOUZA, A. P.; CORREA, B. **O “diagnóstico” diferencial entre Distúrbio Específico de Linguagem e o autismo antes dos três anos: uma demanda crescente a partir do DSM-5**. No prelo.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAINT-GEORGES, et. al. Sinais precoces do autismo: de onde vêm? Para onde vão? In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 49-58.

SAINT-GEORGES, C. et. al. Motherese in interaction: at th cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). **PLOS ONE**, v. 8, n. 10, p. 1-17, oct. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800080/pdf/pone.0078103.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SAINT-GEORGES, C. et. al. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. **PLOS ONE**, v. 6, n. 7, p. 1-13, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144901/pdf/pone.0022393.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SALUSTIANO, E. et al. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 587-593, oct. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SANDIN, S. et al. The Familial Risk of Autism. **JAMA**, v. 311, n. 17, p. 1770-1777, mai. 2014. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1866100>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SERENIUS, F. et. al. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. **JAMA**, v. 309, n. 17, p. 1810-1820, mai. 2013. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1682943>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SCHIMDT, B. et al. Effects of targeting higher vs lower arterial oxygen saturations on death or disability in extremely preterm infants. **JAMA**, v. 309, n. 20, p.2111-2120, mai. 2013. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1684963>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SCHJOLBERG, S. et al. Predicting language development at age 18 months: data from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **J Dev Behav pediatr**, v. 32, n. 5, p. 375-383, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21546853>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SCHWENGBER, D.; PICCININI, C. **Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre**. Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2001.

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

_____. Autismo e psicose infantil. O diagnóstico em debate. In: JERUSALINKY, A.; FENDRICK, S. **O livro negro da psicopatologia**. São Paulo: Editora Via Lettera, 2011, p. 93-102.

SILVA NETO, I. **A teoria das pulsões em Freud e Lacan: pontos de convergência e de divergência**. 2009, 82 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, CE, 2009.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto na psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SOUZA, A. P.; FLORES, V. A passagem de locutor a sujeito como efeito de apropriação na clínica da infância: estudo de caso. In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 186-199.

STEPHENS, B.; VOHR, B. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. **Pediatr Clin North Am.**, v. 56, n. 3, p. 631-646. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19501696>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

STLOLT, S; LEHTONEN, L.; HAATJA, L.; LAPINLEIMU, H. Development and predictive value of early vocalizations in very-low-birth-weight children: a longitudinal study. **Clin Linguist Phon**, v. 26, n. 5, p. 414-427, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/223971271_Development_and_predictive_value_of_early_vocalizations_in_very-low-birth-weight_children_A_longitudinal_study>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TERZAGHI, M.; PEDEMONTE, M. Clínica da estimulação precoce no hospital público. **Escritos da clínica**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1996, n. 4, p. 53-62.

TUCHMAN, R.; REPIN, I. **Autismo**: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TREVARTHEN, C.; DELAFIELD-BUTT, J. Autism as a development disorder in intentional movement and affective engagement. **Frontiers in integrative neuroscience**, v. 7, n. 17, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713342/pdf/fnint-07-00049.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

VAN NOORT-VAN DER SPEK, I.; FRANKEN, M.; WEISGLAS-KUPERUS, N. Language functions in preterm-born children: a systematic review and meta-analysis. **Pediatrics**, v. 129, n. 4, p.745-754. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22430458>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

VANIER, C. Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. In: BRUSNEL, M-C.; MELGAÇO, R. (Orgs.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 49-58.

VENDRUSCOLO, J. et al. A relação entre o aleitamento, a transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 41-52, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9704/7208>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

VIEIRA, M.; LINHARES, M. Developmental outcomes and quality of life in children Born preterm at preschool and school-age. **J. Pediatr**, v. 87, n.4, p.281-91, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n4/v87n04a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

VIVÈS, J-M. **A voz na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

_____. Para introduzir a questão da pulsão invocante. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 329-341, jun. 2009. <<http://www.redalyc.org/pdf/2330/233016517007.pdf>>.

VORCARO, A.; LUCERO, A. Entre real, simbólico e imaginário: Leituras do autismo. **Psicol. Argum**, v. 28, n. 61, p. 147-157, abr./jun. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Ant%C3%B4niamroth/Downloads/pa-3562.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

XIONG, T.; GONZALEZ, F.; MU D. An overview of risk factors for poor neurodevelopmental outcome associated with prematurity. **World J.Pediatr**, v. 8, n. 4, p. 293-300, 2012. Disponível em: <http://www.wjpch.com/UploadFile/12-293.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

YAÑES, Z. Psicomotricidade e seus conceitos fundamentais. In: **Escritos da criança**, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, n. 4, 1996.

WANDERLEY, D. B.; WEISE, E. B. P.; BRANT, J. A. C. O que há de avaliável no desenvolvimento infantil? Exame e discussão das escalas de avaliação do desenvolvimento infantil mais usadas no Brasil. In: LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. Fapesp/Escuta: Sao Paulo, 2008.

WINNICOTT, D. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZILBOVICIUS, M.; MERESSE, I.; BODDAERT, N. Autism: neuroimaging. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28 (Supl I), p. 21-28, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a04v28s1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ZIZEK, S. **Como ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ZORNIG, S., MORSCH, D., BRAGA, N. Os tempos da prematuridade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, v. 7, n. 4, p. 135-143, dez. 2004. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume07/n4/os_tempos_da_prematuridade.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Risco Psíquico, Desenvolvimento e Intersubjetividade em Bebês Prematuros e a Termo na Faixa Etária de 3 a 9 meses.

Pesquisador (es) responsável (eis): Antônia Motta Roth, Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Ramos de Souza.

Colaboradores:

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para contato: 55-99800923

Local de coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria e Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal no Camobi.

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário (a) conforme exposto nos itens seguintes.

1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem o objetivo principal promover a saúde mental, de linguagem e comunicação do (a) seu (sua) filho (a), buscando impedir que ele (a) apresente distúrbios no desenvolvimento, através da orientação familiar e terapia da criança quando necessária.

2. A coleta de dados inclui entrevistas e avaliações psicológicas, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, após a análise, em um período de três anos.

3. A pesquisa não possui riscos.

4. Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo.

5. A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. Será indicada a mesma intervenção em caso de você não autorizar a pesquisa.

6. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de terapia de seu (sua) filho (a).

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

7. Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

8. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

9. Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

10. Mantenho como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a psicóloga/pesquisadora Antônia Motta Roth sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem utilizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pelo estudo

Nº identidade

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome da mãe: Idade:
Estado civil: Solteira() Casada() Divorciada() Viúva()
Escolaridade materna: EFI() EFC() EMI() EMC() ESI() ESC()
Profissão materna: Dona de casa() Outra() Especificar:
Situação profissional: Licença maternidade() Desempregada() Não trabalha()
Número de filhos: Idade dos filhos:
Nome do pai: Idade:
Estado civil: Solteiro() Casado() Divorciado() Viúvo()
Escolaridade paterna: EFI() EFC() EMI() EMC() ESI() ESC()
Profissão paterna:
Número de filhos: Idade dos filhos:
Outro cuidador: Idade:
Parentesco do bebê: Profissão:
Estado civil: Solteiro() Casado() Divorciado() Viúvo()
Escolaridade: EFI() EFC() EMI() EMC() ESI() ESC()
Número de pessoas que residem na casa: 2 a 4() 5 a 7() 8 a 10() Mais de 11()
Renda familiar: Até R\$500,00() Até R\$1.000,00() Até R\$2.000,00() R\$3.000,00 ou mais()
Residência: Própria() Alugada() Cedida/Emprestada() Outros()
Possui iluminação elétrica: SIM() NÃO()
Como você avalia a iluminação da sua casa: Muito escura() Escura() Clara() Muito clara()
Possui (n°): Televisão() Vídeo cassete/DVD() Rádio() Geladeira() Freezer() Máq. Lavar()
Carro() Moto() Banheiro() Empregada mensalista() Diarista()

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS:

Pré-natal: SIM() NÃO()
Número de consultas: Nenhuma() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()
A partir de: 0 - 3 meses() 4 - 6 meses() 7 - 9 meses()
Intercorrências na gestação: SIM() NÃO() Qual(is):
Ruptura prematura da membrana (bolsa): SIM() NÃO() Quando:
Uso de medicamento(s): SIM() NÃO() Qual(is):
Uso de drogas() Uso de álcool() Fumo()

INFECÇÕES INTRA-UTERINAS (identificação em meses):

Citomegalovírus() Quando: Rubéola() Quando:
Herpes() Quando: Toxoplasmose() Quando:
Sífilis() Quando: HIV() Quando:
Outros: Quando:

HISTÓRICO OBSTÉTRICO (considerar o bebê avaliado na contagem):

Número de gestações: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8 ou mais()
Número de partos: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8 ou mais()
Histórico de aborto: SIM() NÃO() Quantos: Observações:
Histórico de parto prematuro: SIM() NÃO() Quantos: Observações:
Planejamento da gestação do bebê avaliado: Planejada() Não planejada() Desejada() Indesejada()

DADOS DO NASCIMENTO:

Tipo de parto do bebê avaliado: Vaginal() Cesárea()
Peso ao nascer: Apgar: 1': 5':
Etnia: Branco() Negro() Hispânico() Asiático() Índio()
INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS: SIM() NÃO()
UTI neonatal: SIM() NÃO() Tempo de UTI: ≤5 dias() >5 dias()
Ventilação mecânica: SIM() NÃO() Tempo ventil: ≤5 dias() >5 dias()
Medicação ototóxica: SIM() NÃO() Qual: Penicilina() Gentamicina() Amicacina() Agentes quimioterápicos() Ceftriaxone() Outros()
Hiperbilirrubinemia: SIM() NÃO() Nível: Leve() Discreto() Infeccioso()
Zona: I() II() III() IV() Tempo: Precoce(24h)() Tardia(após 24h)()
Proced: Fototerapia() Ex-sanguíneo transfusão()
Demais intercorrências: SIM() NÃO() Meningite bacteriana() Distúrbios metabólicos()
Convulsões neonatais() Hipoglicemia() Hemorragia intra-ventricular() Traumatismo craniano()

<p>Pneumonia() Bronquiolite() Otite()</p> <p>TIPO DE ALEITAMENTO:</p> <p>Materno exclusivo() Artificial() Misto() Usa mamadeira desde: Qual o tipo de leite artificial utilizado:</p> <p>Dificuldade de alimentação: SIM() NÃO() Tosse() Engasgo() Refluxo()</p> <p>Usa chupeta: SIM() NÃO() Desde quando:</p> <p>Frequência: Sempre() Às vezes() Especificar:</p>
<p>VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS</p> <p>Quem permanece mais tempo com a criança:</p> <p>Suporte social: Nenhum() Marido() Mãe() Sogra() Outros()</p> <p>Tem contato com outras crianças/adultos que não os pais e/ou irmãos: SIM() NÃO() Quem/idade:</p> <p>Tem brinquedos: SIM() NÃO() Qual(is):</p> <p>O bebê já apresenta preferência por algum brinquedo: SIM() NÃO() Qual(is):</p> <p>Quando acordado o bebê permanece a maior parte do tempo:</p> <p>Deitado de barriga para baixo() Deitado de barriga para cima() Sentado com apoio() Sentado sem apoio() Livre para movimentar-se() Onde:</p> <p>Como ele gosta de ficar: Deitado de barriga para baixo() Deitado de barriga para cima() Sentado com apoio() Sentado sem apoio() Livre para movimentar-se() Onde:</p> <p>Ele experimenta diferentes posições quando acordado: SIM() NÃO() Qual(is): Sentado() Deitado com barriga para baixo() Deitado com barriga para cima() De lado()</p> <p>Ele chama você: SIM() NÃO()</p> <p>Como: Chora() Grita() Resmunga() Vocaliza algum som() Olha()</p> <p>Você o chama: SIM() NÃO() Como:</p> <p>Ele responde ao seu chamado: SIM() NÃO() Como: Olha() Vocaliza() Se movimenta()</p> <p>Você conversa com o seu bebê: SIM() NÃO() Sempre() Às vezes() Nunca()</p> <p>Em que situação(ões): Sempre que acordado() Quando o troca() Quando o alimenta() Quando o faz dormir() Quando brinca com ele() Outra(s):</p> <p>Tem um jeito diferente de chamar outra pessoa: SIM() NÃO() Quem:</p> <p>Como: Chora() Grita() Resmunga() Vocaliza algum som() Olha()</p> <p>O que o incomoda:</p> <p>Como ele informa: Chora() Grita() Resmunga() Vocaliza algum som() Olha()</p> <p>Participa da dinâmica familiar: SIM() NÃO() Acorda/dorme nos mesmos horários()</p> <p>Faz refeições junto com a família() Acompanha a família em passeios()</p> <p>Como é a rotina dele:</p> <p>Como ele dorme à noite horário/ritual:</p> <p>Onde ele dorme: Berço() Cama dos pais() Carrinho() Colo()</p> <p>Com quem ele dorme: Sozinho() Com a mãe() Com os pais() Com outra pessoa()</p> <p>Enfrentou alguma crise durante o período de gestação: SIM() NÃO()</p> <p>Qual(is):</p> <p>Está enfrentando alguma crise situacional: SIM() NÃO()</p> <p>Como a mãe está se sentindo com a chegada do bebê:</p> <p>Como o pai está se sentindo com a chegada do bebê:</p> <p>Histórico de doença mental na família: SIM() NÃO() Quem: Especificar:</p>

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA CONTINUADA

ENTREVISTA CONTINUADA
<p>Atualizações sobre a rotina da família:</p> <p>1. A rotina da casa mudou desde a chegada do bebê? SIM () NÃO () De que maneira?</p> <p>2. E na vida do casal? SIM () NÃO () De que maneira?</p> <p>3. Antes da chegada do bebê você estava trabalhando? SIM () NÃO () Em qual atividade?</p> <p>4. Você já retomou ou pretende retomar suas atividades profissionais? SIM () NÃO ()</p> <p>5. De que maneira pretende organizar-se para retomar o trabalho e cuidar do bebê?</p> <p>6. Houve alguma mudança profissional significativa na vida do casal? SIM () NÃO () Qual?</p> <p>7. Quem permanece a maior parte do tempo com o bebê?</p> <p>8. Alguém lhe ajuda nos cuidados diários do bebê? SIM () NÃO () Quem? Como?</p> <p>9. Como você está se sentindo no papel materno? Mto feliz () Bem/feliz () Conformada/indiferente () Infeliz/triste () Deprimida () Ansiosa () Por quê?</p> <p>10. E como você percebe o pai? Mto feliz () Bem/feliz () Conformado/indiferente () Infeliz/triste () Deprimido () Ansioso () Por quê?</p> <p>11. O bebê tem irmão(s)? SIM () NÃO () Qual a idade dele(s)?</p> <p>12. Como está(ão) se sentindo em relação a chegada do bebê? Mto feliz(es) () Bem/feliz(es) () Conformado(s)/indiferente(s) () Infeliz(es)/triste(s) () Deprimido(s) () Ansioso(s) () Enciumado(s) () Por quê?</p> <p>13. Está enfrentando alguma crise situacional: SIM () NÃO ()</p>
<p>Atualizações sobre a residência:</p> <p>14. Como você considera o espaço de sua casa? Pequeno () Razoável/moderado () Grande/amplo ()</p> <p>15. Há uma área externa para que seu filho possa brincar/mover-se livremente? SIM () NÃO ()</p> <p>Terreno () Grama () Concreto () Madeira () Areia () Rampa () Degraus ()</p> <p>16. No espaço interno, há possibilidades da criança mover-se livremente? SIM () NÃO ()</p>
<p>Atualizações sobre os hábitos do bebê</p> <p>17. Usa chupeta? SIM () NÃO ()</p> <p>Com que frequência? Sempre () Às vezes () Especificar:</p> <p>18. Tem hábito de roer unhas? SIM () NÃO ()</p> <p>19. E chupar o(s) dedo(s)? SIM () NÃO ()</p> <p>20. Ele já está sentando? SIM () NÃO () Desde quando?</p> <p>21. Engatinhando? SIM () NÃO () Desde quando?</p> <p>22. E andando? SIM () NÃO () Desde quando?</p> <p>23. Ele já está fazendo “sonzinhos” com a boca? SIM () NÃO () Desde quando?</p> <p>24. E falando alguma palavra? SIM () NÃO () Especificar:</p> <p>25. Ele já reconhece outros membros da família além do papai e da mamãe? SIM () NÃO ()</p> <p>Quem? Como é a relação do bebê com ele(s)?</p> <p>26. Ele age diferente com pessoas estranhas? SIM () NÃO () De que forma?</p> <p>27. Algo mudou na vida do bebê desde a última vez que nos encontramos? SIM () NÃO ()</p> <p>Ele está tendo contato com outras pessoas/crianças () Está indo na escola/creche ()</p> <p>Se interessa por músicas () Está saindo para passear () Explora mais a casa/pátio ()</p> <p>28. Quando acordado o bebê permanece a maior parte do tempo:</p> <p>Deitado de barriga para baixo () Deitado de barriga para cima () Sentado com apoio () Sentado sem apoio () Livre para movimentar-se () Onde:</p> <p>29. Como ele gosta de ficar: Deitado de barriga para baixo () Deitado de barriga para cima () Sentado com apoio () Sentado sem apoio () Livre para movimentar-se () Onde:</p> <p>30. Ele experimenta diferentes posições quando acordado: SIM () NÃO () Qual(is): Sentado () Deitado com barriga para baixo () Deitado com barriga para cima () De lado ()</p> <p>31. Ele chama você: SIM () NÃO ()</p> <p>Como: Chora () Grita () Resmunga () Vocaliza algum som () Olha ()</p> <p>32. Você o chama: SIM () NÃO () Como:</p> <p>33. Ele responde ao seu chamado: SIM () NÃO () Como: Olha () Vocaliza () Se movimenta ()</p> <p>34. Você conversa com o seu bebê: SIM () NÃO () Sempre () Às vezes () Nunca ()</p> <p>35. Em que situação(ões)? Sempre que acordado () Quando o troca () Quando o alimenta () Quando o faz dormir () Quando brinca com ele () Outra(s) ()</p> <p>36. Tem um jeito diferente de chamar outra pessoa: SIM () NÃO () Quem:</p> <p>Como: Chora () Grita () Resmunga () Vocaliza algum som () Olha ()</p> <p>37. O que o incomoda:</p>

<p>Como ele informa: Chora() Grita() Resmunga() Vocaliza algum som() Olha()</p> <p>38.Participa da dinâmica familiar: SIM() NÃO()</p> <p>Acorda/dorme mesmos horários() Faz refeições junto() Acompanha em passeios()</p> <p>39.Como é a rotina dele:</p>
<p>Atualizações sobre a alimentação do bebê:</p> <p>40.Você ainda o amamenta? SIM () NÃO ()</p> <p>41.Em caso afirmativo, quantas vezes ao dia e em que situações?</p> <p>42.Em caso negativo, quando parou de amamentá-lo? E como foi esta experiência para você e o bebê?</p> <p>43.Você usa mamadeira para alimentá-lo? SIM () NÃO ()</p> <p>Desde quando? Qual o tipo de leite que utiliza?</p> <p>44.Seu bebê já está sendo alimentado com algo além de leite? SIM () NÃO () Especificar:</p> <p>45.Existe alguma dificuldade na alimentação? SIM () NÃO ()</p> <p>Engasgo() Tosse() Refluxo() Não aceita alimentação variada() Outro(s):</p>
<p>Atualizações sobre a saúde do bebê:</p> <p>46.O bebê já teve algum problema de saúde? SIM () NÃO ()</p> <p>Pneumonia () Bronquiolite () Gripe/Resfriado () Otite () Viroses () Alergia(s) ()</p> <p>Outro(s):</p> <p>47.Usou alguma medicação? SIM () NÃO () Qual(is)?</p>
<p>Atualizações sobre o sono do bebê:</p> <p>48.Como está o sono do seu bebê?</p> <p>49.Como ele dorme à noite horário/ritual:</p> <p>50.Onde ele dorme: Berço() Cama dos pais() Carrinho() Colo()</p> <p>51.Com quem ele dorme: Sozinho() Com a mãe() Com os pais() Com outra pessoa()</p>
<p>Atualizações sobre o brincar do bebê:</p> <p>52.Ele tem brinquedos? SIM () NÃO () Qual(is)?</p> <p>53.Ele gosta de brincar? SIM () NÃO () Especificar:</p> <p>54.Tem algum brinquedo preferido? SIM () NÃO () Especificar:</p>

ANEXOS

