

# **PERTURBAÇÕES PRECOSES DA COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO PAIS-BEBÊS E SEU IMPACTO NA SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

(Projeto de Pesquisa PREAUT BRASIL)

## **NOTAS:**

1. Este Projeto foi produzido pela Comissão de Redação da Pesquisa Preaut Brasil, formada por  
Daniele de Brito Wanderley, psicóloga, psicanalista (Salvador-BA),  
Maria Cristina do Rego Monteiro de Abreu, pedopsiquiatra (Rio de Janeiro-RJ)  
e *Severina Sílvia Ferreira*, psicanalista, linguista (Recife-PE).
2. Aprovado pelo Comitê de Ética do CISAM/UPE, conforme Parecer CEP/CISAM N° 059/10, de 28.10.2010, registro na CONEP N° FR 369045, CAEE N° 0054.1.250.000-10, o texto foi posteriormente substituído por uma versão mais enxuta, contendo uma ligeira modificação no que diz respeito aos objetivos.
3. Salienciamos que quando da elaboração do projeto (2010) a revisão bibliográfica realizada baseou-se, em parte, nos Manuais de Classificação Diagnóstica que estavam na sua quarta edição, para o DSM, e na décima versão, para o CID. A partir de maio/2013, com a quinta edição do DSM, passou a ser adotada a terminologia Transtorno do Espectro Autista (TEA), doravante diferenciado apenas em termos de graus - leve, moderado ou severo.

## INTRODUÇÃO

Em 1999, teve início na França a pesquisa PREAUT (*Programme Recherche Evaluation Autisme*), intitulada “Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico” (*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*).

Promovida pela Associação PREAUT<sup>1</sup>, fundada na França em 1998, representada por seu Presidente Dr. Jean-Louis Sarradet, e pelo Programa Hospitalar de Pesquisa Clínica (*Programme Hospitalier de Recherche Clinique - PHRC*) de Strasbourg (Fr), coordenado pelo Dr. Claude Bursztejn, a pesquisa conta com a participação de pediatras e médicos da primeira infância que recebem bebês desde o nascimento para as visitas regulares do protocolo de saúde pública da França, de acordo com a sistemática dos serviços de Proteção Materno-Infantil (*Protection Maternelle et Infantile-PMI*). A função dos médicos é, após receberem formação sobre a emergência do psiquismo no recém-nascido e sobre a metodologia da pesquisa, identificar sinais de perturbações precoces da comunicação nos bebês que comparecem às consultas regulares.

Sem privilegiar nenhuma etiologia, a hipótese da Pesquisa PREAUT postula que deve haver, no curso dos primeiros meses de vida, situações psico-relacionais que antecedem a cognição e a tornam possível. Estas situações podem ser observadas na relação do bebê com seu outro familiar (habitualmente, seus pais), bem antes que os marcadores cognitivos comumente pesquisados como sinais indicativos da psicopatologia autística – por exemplo, o *apontar proto-declarativo*, a *atenção conjunta* e o *jogo de faz-de-conta* que fazem parte de questionários como o CHAT – *Checklist for Autism in Toddlers* (BARON-COHEN S., WHEELWRIGHT S., COX A., ALLEN J., BAIRD G., CHARMAN T. ET AL., 2000) – tornem-se observáveis no curso do segundo ano de vida da criança.

Numerosos trabalhos mostram que o bebê apresenta, desde o nascimento, um claro interesse por elementos específicos da voz materna, em particular pelos elementos prosódicos. Entre as alterações de forma e conteúdo encontradas na fala materna, freqüentes na maior parte das culturas (OCHS e SCHIEFFELIN, 1997), são

---

<sup>1</sup> 1, rue Sainte Antoine, 75004, Paris, e-mail recherche@preaut.org, site www.preaut.fr.

principalmente os contornos prosódicos exagerados que atraem o bebê (FERREIRA, 1990; LAZNIK, 2004) e organizam o que em psicanálise se chama pulsão invocante (LACAN, 1979). Por outro lado, no curso do primeiro ano de vida, o bebê mostra igualmente um vivo interesse para *olhar e ser olhado* (pulsão escópica) e para os jogos de “*comer*” e “*ser comido*” (pulsão oral). O conjunto dessas trocas é facilmente observável pelos pediatras que recebem capacitação com essa finalidade.

A partir desses trabalhos e de sua extensa prática clínica com bebês e com crianças autistas, Laznik-Penot (1998:2) propõe a hipótese do que foi designado, no quadro da pesquisa, como sinais PREAUT: “haveria, no bebê com risco de evolução autística [...] um não aparecimento da capacidade de iniciar as trocas (com o outro familiar) de um modo lúdico e jubilatório”.

O autismo se caracteriza por uma alteração qualitativa e quantitativa das interações sociais e da comunicação, e por um caráter restrito e repetitivo do comportamento, dos interesses e das atividades. Neste sentido, pode ser entendido, pelo menos em parte, como uma exacerbação de perturbações da linguagem observadas no primeiro ano de vida, que vêm se consolidar mais tarde, perturbações essencialmente reveladoras de dificuldade de interação entre a criança e seus pais.

Com a descrição inicial de Kanner (1997) realizada em 1943, o autismo foi considerado uma “reação psicótica” e como tal classificada, em 1952, sob a definição de “Esquizofrenia ou Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, pela Associação Psiquiátrica Americana (Filipek et al., 1999). Na década de 70, foi formulado o primeiro conjunto de critérios para diagnóstico de autismo, que o afastou definitivamente da Esquizofrenia Infantil e outras Psicoses. Com isso, a Associação Psiquiátrica Americana incluiu, em 1980, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira revisão (DSM-III), a categoria Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), para descrever distúrbios caracterizados por alterações de múltiplas funções psicológicas básicas, implicadas no desenvolvimento das habilidades sociais e da linguagem.

A categoria Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD) abarca uma série de transtornos caracterizados por um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento, como habilidades de interação social recíproca, habilidades

de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades, que se manifestam, em geral, nos primeiros anos de vida, associados ou não a condições médicas como anormalidades cromossômicas e estruturais do sistema nervoso central e infecções congênicas. Os TGD compreendem atualmente as seguintes subcategorias: Transtorno Autista (cujas características consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses), Transtorno de Asperger (que se refere a uma conduta autista moderada, estreito espectro de interesses, capacidades lingüísticas normais - embora aspectos sutis da comunicação social possam estar afetados, - coeficiente intelectual normal ou próximo da normalidade e torpeza motriz freqüente), Transtorno Desintegrativo da Infância (que consiste numa regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento - perda da linguagem, das habilidades sociais, motoras e cognitivas e da capacidade para jogos simbólicos - após um período de, pelo menos, 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal), Transtorno de Rett (transtorno neurodegenerativo essencialmente limitado a meninas, que acarreta o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida) e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, incluindo Autismo Atípico (categoria usada para o comprometimento grave e global do desenvolvimento cuja apresentação não satisfaz os critérios para Transtorno Autista, em vista inclusive da idade tardia de aparecimento). O subgrupo Transtorno Autista é reservado exclusivamente para os que apresentam os sinais clássicos de autismo antes dos 3 anos de idade (Frith, 1996; Filipek et al., 1999; American Psychiatric Association, 2002).

Com a classificação Transtornos Globais do Desenvolvimento o DSM-III reconheceu, entendem Filipek et al. (1999), a existência de um continuum autista, uma vez que a complexa e ampla variedade dos sintomas pertinentes aos subgrupos

assinalam múltiplas etiologias agrupadas em torno de uma sintomatologia nuclear semelhante, baseada em uma tríade de alterações (interação social, comunicação e imaginação), conforme destacaram Wing e Potter (2001). De fato, a quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002) incluiu o termo “qualitativo”, para descrever, não apenas a presença ou ausência, em termos absolutos, de uma determinada conduta como suficiente para cumprir os critérios diagnósticos, mas um continuum de deteriorações dentro dos critérios maiores de interação social, comunicação verbal e não verbal e condutas ou interesses restritos e repetitivos (chamados déficits nucleares). Assim, os TGD mostram a possibilidade de uma marcada variedade na severidade da sintomatologia, inclusive no que diz respeito ao nível de funcionamento intelectual. Nesse sentido, de acordo com Filipek et al, pode-se falar tanto em Transtornos Globais do Desenvolvimento como em Transtornos do Espectro Autista.

Um outro sistema diagnóstico padrão é o CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão, da Organização Mundial de Saúde (2003, 2004), utilizado no Brasil, que utiliza critérios idênticos ao sistema anterior para diagnóstico dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), tais como deficiência qualitativa da interação social recíproca, da comunicação verbal e não verbal e da imaginação, e repertório nitidamente restrito de atividades e de centros de interesse (Frith, 1996). Não obstante a similitude dos transtornos nucleares, existe uma diferença importante entre os dois sistemas de classificação, já que o CID-10 inclui o autismo como um tipo de psicose.

A prevalência do autismo é bastante considerável. Em 1966, Lotter (*apud* SUGIYAMA, 1996) realizou o primeiro estudo epidemiológico e mostrou que a prevalência de autismo (número de casos existentes em uma população definida em um determinado momento do tempo) era de 4,5/10.000. Nos quinze anos seguintes, a

maioria dos estudos de todo o mundo mostrou grande concordância, estabelecendo a prevalência em redor de 2 a 5/10.000 (SUGIYAMA, op. cit.). Nos anos oitenta, alguns estudos registraram, ainda de acordo com Sugiyama, uma prevalência maior, como, por exemplo, de 10,1 por cada 10.000 crianças entre 6 e 14 anos, no Canadá. Estimativas mais recentes revelam, entretanto, prevalências mais elevadas, atingindo 30 casos em 10.000, em alguns estudos.

Nos Estados Unidos, o número de crianças autistas elevou-se consideravelmente nos últimos quinze anos, conforme estudo realizado pela Agência de Saúde e Serviços Humanos da Califórnia. Acompanhados os pacientes que apresentavam Transtornos do Espectro Autista no período de 1987 a 1998, utilizando-se os critérios do DSM-IV, observou-se um incremento da patologia em cada ano (*Califórnia Health and Human Services Agency, 1999, apud Wing e Potter, 2001; Nash, 2002*).

A redefinição dos conceitos e, conseqüentemente, dos critérios diagnósticos com o aparecimento do conceito de “espectro autista” e o aperfeiçoamento da qualidade metodológica dos estudos elevaram os números para 20 casos em cada 10.000 (nos casos de autismo propriamente falando) e uma prevalência global dos Transtornos Globais do Desenvolvimento em 62-63 para 10.000, nos últimos estudos internacionais (E. FOMBONNE, 2002; E. FOMBONNE, R. ZAKARIAN, et al., *apud SHANTI, 2008*). Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde chegou a uma taxa de prevalência entre 30 e 60 para 10.000 (SHANTI, 2008).

No Brasil, estima-se que dez mil crianças com menos de cinco anos sofrem de autismo, segundo dados da Associação de Amigos do Autista (AMA), entidade que surgiu no País há cerca de vinte anos (LOURENÇO, 2000). No município de São Paulo, segundo estimativas da mesma Associação, nascem todos os anos mais de duzentas crianças autistas (LIMA, 2002).

O autismo é de três a quatro vezes mais freqüente em meninos do que em meninas (WING e GOULD, 1979), como ocorre, assegura Rapin (1996), em todas as desordens de desenvolvimento da função cerebral. Geschwind e Galaburda (1985, *apud* RAPIN, 1996) explicam a preponderância da síndrome em crianças do sexo masculino com uma teoria, ainda não validada, que leva em consideração os efeitos da testosterona na maturação do cérebro e o desenvolvimento intra-uterino do sistema imunológico.

Diversas pesquisas têm sido realizadas com o intuito de identificar as causas do autismo. Independentemente de sua etiologia, o que há de consenso entre os diversos pesquisadores e clínicos é o fato de se observar no autismo um fracasso na instauração da relação criança-outro. Deste ponto de vista, Cullere-Crespin (2007), supõe um “sofrimento psíquico” nos bebês que não apresentam um vínculo satisfatório com seus pais. Este sofrimento precoce estaria associado à presença de situações psico-relacionais (choro freqüente, ausência ou excesso de sono, desordens funcionais, etc.) de difícil involução com o tratamento de inspiração exclusivamente médica. Estas observações favoreceram a chamada clínica com bebês, que postula o tratamento precoce de crianças a partir dos primeiros elementos indicativos de sofrimento psíquico, com a finalidade de tentar evitar a sua evolução para perturbações psíquicas graves. Daí, a importância da detecção de sinais de perturbações precoces da comunicação desde o início da vida.

A partir de 2005, a pesquisa PREAUT, iniciada na França, passou a desenvolver programas associados a outros países, como a Inglaterra, a Argentina e o Brasil. Em nosso país, o projeto, numa parceria com o *Programme Recherche Evaluation Autisme*, adotou o nome de Pesquisa PREAUT BRASIL, e será iniciada em 2010, sob a coordenação de Cláudia Mascarenhas Fernandes (BA), Érika Parlato de Oliveira (MG) e Leonardo Posternack (SP).

## I – APORTE TEÓRICO

## 1 - Inserção da criança no campo da linguagem

As interações<sup>2</sup> iniciais entre mãe e bebê revelam que as relações mais precoces já apresentam uma estrutura típica das relações conversacionais entre adultos, ao preservarem, na sua estruturação, o modelo dialógico. É que, desde os primeiros momentos de vida da criança, a mãe dirige-se a ela dialogicamente, atribuindo-lhe “turnos de fala”, ou seja, um espaço temporal durante o qual a criança pode manifestar-se (MARCUSCHI, 1986, 1988; SACKS, SCHEGLOFF e JEFFERSON, 1974; FERREIRA, 1990).

O modelo dialógico permite verificar que a mãe age com o bebê numa constante negociação de significados que surgem nas atividades de interpretação. Neste processo de negociação são construídos interativamente os papéis de cada um e determinados os lugares de onde se estabelecem os sujeitos da interação.

Nessas interações iniciais, tanto quanto a mãe, o bebê desempenha um papel ativo e ambos executam um trabalho conjunto de coordenação, decisivo para a continuidade dos turnos de fala. Para conquistar esses lugares, mãe e bebê tornam-se partes de um “acordo” que tem a finalidade de oferecer ganhos recíprocos, ainda que ocorram perdas. E para que o acordo possa propiciar vantagens aos dois, tornam-se indispensáveis certas condições e pré-requisitos. Assim, para que a mãe possa satisfazer uma necessidade ou demanda do bebê é indispensável que ele manifeste não somente algum sinal indicador de sua carência, mas que revele distintos sinais para cada tipo de solicitação. À mãe é indispensável que ela interprete e atribua significados às manifestações do bebê e a partir dessa interpretação execute ações destinadas a atendê-lo.

O movimento também ocorre na direção contrária quando é a mãe quem solicita algo do bebê e ele a atende, aceitando, por exemplo, o seio que ela oferece ou respondendo com um sorriso ao rosto sorridente dela ou seus apelos para que ele encontre o olhar que ela lhe dirige.

O fundamento do acordo que a análise da interação mãe-bebê revela é a crença (desejo) da mãe de que as manifestações do bebê, quaisquer que sejam – choro, grito, movimentos, ações e reações corporais, vocalizações, sorrisos, olhar e olhar mútuo – têm um destinatário (ela mesma) e um sentido (atribuído por ela). Tomados como “atos

---

<sup>2</sup> Interação aqui é “concebida como espaço de subjetivação, em que tanto a criança como o outro são atravessados pelo Outro – a língua, o sistema, e por isso mesmo, a ele assujeitados”. (CAVALCANTE, 1999:88); Cavalcante parte da vertente adotada por De Lemos (1986, 1992 e 1995) de que as ideias de mediação e regulação do sócio-interacionismo são substituídas pela noção de sistema-perspectiva, em que o outro é considerado instância de língua constituída (cf. Ferreira, 2004:134).



de fala”, uma vez que, na concepção materna, revelam intenções comunicativas (BATES, 1976; CARTER, 1975; DORE, 1975), as manifestações infantis recebem o seguinte tratamento: a mãe lhes atribui um significado e responde ao bebê de acordo com este significado, ao, por exemplo, oferecer-lhe alimentação quando ele chora, ou ao anunciar lingüisticamente o que ele pode estar querendo dizer com determinada mudança corporal.

Para que uma conversação se inicie e se mantenha, é necessário que os interlocutores ajam cooperativamente, o que torna a conversação dependente da ação conjunta e coordenada dos participantes da interação. O modo verbal e o modo não-verbal de ordenação da seqüência se integram na interação mãe-bebê em um único sistema de organização da interação (PHILIPS, 1998).

Na construção da interação, a mãe institui o bebê como seu ouvinte ratificado, aquele a quem endereça suas palavras (modo verbal) e sua atenção (modo não-verbal) e para quem espera eventualmente passar o papel de falante (GOFFMAN, 1998). A atribuição desse lugar é reiterada quando ela trata as suas reações (choro, grito, mudança corporal, produções sonoras, sorriso) como sinais comunicativos que expressam medo, insegurança, satisfação, bem-estar ou, no dizer de Gumperz (1998), como pistas de contextualização (classe geral de sinais convencionados culturalmente), que sinalizam como as mensagens devem ser interpretadas de momento a momento.

O bebê, sendo situado como interlocutor ratificado e falante potencial, exerce controle sobre os turnos de fala, influenciando a estrutura seqüencial da interação, ao participar dela ativamente através de suas múltiplas manifestações. A mãe, atenta à variedade das reações da criança, pode operar mudanças significativas de posicionamento em relação ao seu ouvinte em resposta ao que ela interpreta como sendo a sua solicitação (GOFFMAN, 1998).

Se a organização dialógica das interações entre mãe e criança desde o princípio reflete a estrutura conversacional própria das interações entre adultos, uma questão essencial se coloca: quais são os efeitos, para a introdução da criança pequena no mundo da linguagem e para a sua saúde mental, quando as relações iniciais entre mãe e bebê não se apresentam desse modo? Esta indagação encontra-se no centro deste projeto de pesquisa.

## 1.1 - Mãe e bebê: falantes e ouvintes

Para cada falante, em um dado momento, supõe-se que haja, pelo menos, um ouvinte (PHILIPS, 1998). A palavra é sempre dirigida a um interlocutor, é função da pessoa do interlocutor e variará de acordo com ele (BAKHTIN, 1999). Assim, se a mãe fala ao bebê, ela o faz identificando-o como seu interlocutor tanto de modo verbal (dirigindo-lhe frases) como não-verbal (mudando a posição corporal do bebê).

Esses lugares, por sua vez, são intercambiáveis. O bebê, ouvinte e falante potencial, pode tornar-se um falante efetivo ao ocupar, ao seu modo, um determinado turno, enquanto a mãe, durante o mesmo turno, ocupa o lugar de ouvinte. Assim, desde o início verifica-se uma reversibilidade dos papéis de falante e ouvinte entre mãe e bebê, condição fundamental para a interação entre os dois. Nesse sentido, o fundamental é o modo como se estrutura a interação, modo que obedece a um modelo conversacional, por sua vez fundamentado numa ordem simbólica.

Nesta perspectiva, a linguagem não deve ser vista como algo a ser adquirido, mas como um modo de ação no qual a criança cresce (STUDDERT-KENNEDY, 1991, *apud* LOCKE, 1997, p. 234). A este propósito, postula Bakhtin (1999), a língua materna não é adquirida, mas assimilada pela criança através de um processo de integração progressiva na comunicação verbal, ou, como diria Wittgenstein (1995, 1996a), nos jogos de linguagem, de que são protótipos, diríamos, atividades como as que compõem as interações conversacionais mãe-bebê.

Sabemos que o bebê não fala e nem compreende o conteúdo lingüístico das enunciações maternas. Logo, a mãe não teria o que escutar de um bebê que não se expressa verbalmente. No entanto, ora ele é colocado no lugar de ouvinte, e aí se destaca uma participação que lhe é propriamente singular, ora no lugar de falante, em que revela uma produção igualmente específica. Na organização interativa, a composição desses lugares, em tese, é estabelecida porque existe, em contrapartida, um interlocutor que, enquanto falante de uma determinada comunidade, adota as regras de uso da linguagem, estruturando a alternância dessas posições com a criança.

Enquanto organização interativa, a interação mãe-bebê revela uma estrutura idêntica à das interações conversacionais face-a-face típicas de encontros espontâneos entre adultos, mas distancia-se delas quanto à especificidade das manifestações. Assim, são levados em consideração pelo interlocutor do bebê, no lugar do som articulado, o choro, o grito, as vocalizações, a direção do olhar, o movimento, a postura, as reações corporais, tomados como modos de manifestação próprios da criança pequena e como

pistas para o gerenciamento de turnos. O bebê, à sua maneira, também pode ocupar o turno, como revelam pesquisas recentes (FERREIRA, 1990, 2004).

## 1.2 - Primeiros passos da criança rumo à linguagem

Atualmente, é senso comum que os bebês são muito sociais. De fato, várias pesquisas mostram que, nas primeiras horas após o nascimento, os bebês olham seletivamente desenhos esquemáticos de faces humanas, reconhecem outras pessoas como seres animados, distinguindo-as dos objetos físicos, e, ainda no útero, parecem encontrar-se no processo de habituação com a voz da mãe (CONDON, 1979, 1981; WIDMER e TISSOT, 1987; KLAUS e KIAUS, 1989; BOYSSON-BARDIES, 1996, entre outros).

Tomasello (2000) considera, entretanto, que tipicamente humanos ou “ultra-sociais” são dois outros comportamentos apresentados pelos bebês: as “protoconversações” (BATESON, 1980; TREVARTHEN, 1989, 1993a, 1993b) e a imitação neonatal (CONDON, 1979; TREVARTHEN, 1979, 1993b).

Em 1971, Bateson (1980) observou que reais protoconversações eram estabelecidas entre mãe e filho, desde os primeiros dias de vida, através dos movimentos e vocalizações do bebê. Definidas por Trevarthen (1989, 1993a, 1993b) como interações em que mãe e bebê focalizam sua atenção um no outro, geralmente num face a face que envolve o olhar, o tocar e a vocalização, e que servem para expressar e compartilhar emoções básicas, as protoconversações, ainda de acordo com Trevarthen, apresentam um caráter social pelo seu conteúdo emocional e estrutura de revezamento.

O ato protoconversacional é concebido como uma versão anterior do ato de fala plenamente explícito e proposicionalmente constituído dos adultos. Como este, o ato protoconversacional compreende propriedades como prestar atenção, intencionalidade, desempenhar um papel, operar mudanças e dirigir-se para um objetivo específico.

Essas propriedades foram descritas por Bruner (1979, 1983) num quadro nomeado “formatos de atenção conjunta”: antes de produzir palavras, as crianças podem manter a atenção do participante, ou manter com ele atenção conjunta sobre um objeto ou sobre um evento; as crianças também transmitem expectativas e intenções relativamente a essa atividade conjunta, intenções que, por sua vez, guardam coerência com o papel que elas assumem na situação interativa e com o papel do participante.

Por outro lado, no contexto das interações sociais iniciais, os recém-nascidos imitam alguns movimentos corporais dos adultos, sobretudo da boca (protusões da língua, abertura da boca) e da cabeça (TREVARTHEN, 1979, 1993b). Aos seis meses de idade, os bebês podem modificar um de seus comportamentos naturais (como protusões da língua) para reproduzir o comportamento do adulto, movimentando a língua de um lado para o outro. É possível, então, deduz Tomasello, que a imitação neonatal reflita uma tendência dos bebês não só para imitar movimentos conhecidos, mas em certo sentido para “identificar-se” com seus semelhantes. Nessa linha de pensamento, aproxima-se da visão de Stern (1992), segundo a qual a combinação dos bebês com os estados emocionais do adulto por via da “sintonização afetiva”, reflete um processo profundo de identificação. Sua tendência para interagir, seja participando de protoconversações, seja em modos que exigem combinação de operações quando tentam reproduzir os comportamentos do adulto, revela que os bebês apresentam uma espécie de sintonia (*attunement*) social especialmente poderosa com aqueles que cuidam dele desde o nascimento.

Para Trevarthen (1989), trata-se de uma motivação inata e primordial da criança para entrar em contato com os sentimentos, interesses e intenções do outro, e de uma capacidade para discernimentos remarcáveis dos sinais que emanam das pessoas. As interações iniciais são “intersubjetivas”, afirma Trevarthen (1979, 1993a, 1993b, 1998), como mostra a sensibilidade extraordinária de bebês de dois meses para as contingências de interações sociais com o adulto, interpretada como uma evidência de que a criança compreende a subjetividade do outro.

Nagy e Molnar (2003) acrescentam a estas observações a capacidade do recém-nascido não somente imitar, mas “provocar” a resposta do outro através da reprodução de gestos antes apresentados pelo adulto.

### 1.3 - O encantamento do bebê pelo “manhês”

O recém-nascido é extraordinariamente atento à palavra. Ele prefere escutar a fala a outras espécies de ruídos ou o silêncio, o que indica uma propensão para estar atento aos sinais lingüísticos. Os resultados de pesquisas recentes vêm sendo interpretados como indicativos da existência de um equipamento biológico e cognitivo sofisticado, graças ao qual o recém-nascido pode perceber os sons que constituem a linguagem e distingui-

los em forma de categorias (MEHLER e DUPOUX, 1990; BOYSSON-BARDIES, 1996).

Os bebês também são sensíveis a outros aspectos da linguagem, como o contorno prosódico das frases, sua melodia e seu ritmo. São esses traços que os fazem preferir a voz materna em contraste com outra voz feminina. Esta preferência está ligada aos aspectos dinâmicos da voz da mãe, já que a atenção das crianças parece não se concentrar sobre as características estáticas dos sons. São principalmente os elementos supra-segmentais (dinâmicos) que vão transformar a fala materna numa “língua especial” nomeada “manhês”<sup>3</sup> (*motherese*).

O manhês apresenta traços comuns nas diversas culturas em que é observado (ELLIOT, 1982; CASTARÈDE, 1991; OCHS e SCHIEFFELIN, 1997; FERNALD, TAESCHNER, DUNN, PAPOUSEK, BOYSSON-BARDIES, 1989): sintáticos e discursivos (frases curtas e independentes, pequeno número de formas e modificadores verbais, paradas durante o enunciado, repetições), léxicos (simplificação morfológica, reduplicação, multifuncionalidade) e prosódicos (tom de voz alto e bastante agudo, voz sussurrada ou em falsete, entonação exagerada – variações de altura do tom laríngeo para formar a curva melódica - velocidade de emissão mais lenta, silabação, alongamento de vogais, plurivocalidade).

Configurando-se o manhês como um tipo de fala caracteristicamente carregado de elementos prosódicos, os bebês mostram preferi-lo a outros registros linguísticos que lhes são dirigidos (MEHLER e DUPOUX, 1990; BOYSSON-BARDIES, 1996).

O manhês é constituído de desvios e modificações da fala dirigida aos adultos (ELLIOT, 1982; FERNALD, 1989; FERNALD e KUHL, 1987; FERNALD, TAESCHNER, DUNN, PAPOUSEK, BOYSSON-BARDIES, 1989; DE LEMOS, 1986; FERREIRA, 1990; CAVALCANTE, 1999), realizadas de forma não consciente e não racional e provocadas pela presença da criança pequena (ELLIOT, 1982).

Destacando a capacidade da criança para discernimentos remarcáveis dos sinais que emanam das pessoas (FIELD e FOX, 1985, *apud* TREVARTHEN, 1989), TREVARTHEN (1989), TREVARTHEN e AITKEN (1996) e TREVARTHEN, MURRAY, HAY e REDDY (1997) postulam uma motivação inata e primordial da criança (“intersubjetividade inata”) para entrar em contato com os sentimentos, interesses e intenções do outro. Do seu ponto de vista, é o conjunto de capacidades inatas percepto-motoras do lactente que o prepara para se engajar numa comunicação,

---

<sup>3</sup> Tradução de Cláudia de Lemos (1986).

mesmo aquele nascido doze semanas antes do termo, e organiza uma disposição para o estabelecimento de contatos específicos e adaptados às expressões do “outro virtual” (BRATEN, 1988, *apud* TREVARTHEN, 1996), o que possibilita o engajamento numa troca de vocalizações com um parceiro.

Concebendo a “intersubjetividade inata” como o processo pelo qual a atividade mental – consciência, motivos e intenções, cognição e emoções – é transferida entre mentes, Trevarthen (1989, 1996, 1997) observa que é a mãe quem, intuitivamente, responde melhor a essa intersubjetividade da criança. Cavalcante (1999) recusa as abordagens inatistas, como aquela admitida por Fernald (1993), que tende a tomar o bebê como detentor de uma competência perceptiva pronta para ser ativada por estímulos acústicos da fala materna, defendendo uma diferenciação e subjetivação mediadas pela ação durante o primeiro ano de vida, processo que ocorreria graças aos deslocamentos subjetivos marcados na fala materna, propiciadores da construção da subjetividade da criança.

#### 1.4 - Circuito pulsional

Na perspectiva da psicanálise, Lacan (1979) opera novos avanços teóricos em relação ao conceito de pulsão introduzido por Freud em 1915 (1974). Enquanto Freud considerava a pulsão um conceito limite entre o psíquico e o somático, indicando-a como o representante psíquico das excitações provenientes do corpo, causadas pelas necessidades vitais, Lacan vai mostrar, através da análise de seus componentes (impulso, alvo, objeto e fonte), que a pulsão não é do registro do orgânico.

O impulso é uma força constante, cujo ritmo não apresenta as variações causadas pelas necessidades biológicas: tensão (quando há manifestação de fome ou sede, por exemplo) e repouso (quando as necessidades são satisfeitas). O alvo da pulsão, seu objetivo, é sempre a satisfação, que consiste em completar um certo percurso, chamado circuito pulsional. O alvo da pulsão somente é atingido quando o percurso é completado. O objeto é aquilo no qual ou através do qual a pulsão pode atingir seu alvo, mas não é nunca o objeto de uma necessidade. Aos objetos mencionados por Freud (1974) - seio, mamadeira, excrementos -, Lacan (1979) acrescenta dois objetos pulsionais: o olhar e a voz. A fonte é sempre uma zona erógena (oral, anal, escópica e invocante), cuja excitação é representada na vida psíquica pela pulsão. A pulsão passa a ser então uma articulação entre significante e corpo, concebido não apenas como puro

organismo, mas como construção de uma imagem totalizante, montada a partir daquele que desempenha a função materna (Outro).

O circuito pulsional é o que possibilita a satisfação da pulsão: é a realização de um trajeto em três tempos, em forma de um circuito que se fecha no ponto de partida. O impulso, energia potencial, sai num movimento circular através da borda erógena para a ela retornar como o seu alvo (LACAN, 1979). No primeiro tempo, que é ativo, o recém-nascido busca um objeto externo (seio, mamadeira, voz, olhar). No segundo, que é reflexivo, o recém-nascido toma como objeto uma parte de seu próprio corpo. No terceiro tempo da pulsão, o bebê se oferece (a si próprio) como objeto de gozo do outro, que revela surpresa, alegria, exaltação diante de sua oferta. É nesse momento que se dá o fechamento do circuito, tempo em que emerge o outro, cuja aparição é indispensável para a realização do enlaçamento pulsional. Para Lacan, trata-se, neste terceiro tempo, mais propriamente de uma forma particular de atividade, na qual a pulsão se concentra, a de se fazer ver, de se fazer ouvir, de se fazer devorar<sup>4</sup>. Assim, o terceiro tempo do trajeto pulsional marca, a partir de Lacan, a importância fundamental da participação do bebê para o fechamento do circuito.

Quando o recém-nascido, no primeiro tempo do trajeto pulsional, se volta na direção da voz materna, em busca de sua origem, ele encontra, no rosto da mãe, a boca que fala. A partir daí, voz e olhar se conjugam e passam a se articular nas atividades interativas, embora possam também funcionar separadamente (FERREIRA, 2004).

Para Laznik (2000), o terceiro tempo do circuito pulsional não é atingido pelo autista, que, por isso, não se encontra com o outro. Ela considera que a condição para que a criança olhe para sua mãe (ou para o Outro Primordial de suas vidas) é a experiência da prosódia da voz materna, que possibilita ao recém-nascido identificar sua presença como objeto causa do seu gozo. É necessário que as zonas erógenas façam bordas, limite entre o interior e o exterior. Como não há funcionamento pulsional no autismo, observa Laznik, é comum ver escorrer a saliva no canto da boca de crianças autistas e/ou o descontrole esfinteriano. Ferreira (2004) acrescenta a esses sinais clínicos a voz derramada em blocos sonoros não articulados, a impossibilidade de discretizá-los ou recortá-los em porções significantes.

## 2 – QUESTIONÁRIO PREAUT E OUTROS INSTRUMENTOS

---

<sup>4</sup> Jogo oral primitivo, comum nas interações precoces no qual a mãe se regozija de alguma parte do corpo do bebê, mordiscando-o e/ ou referindo-se ao filho como um neném “gostoso”.

Os resultados de observações e pesquisas sobre os primeiros passos da criança rumo à linguagem, entre os quais os trabalhos acima citados de Trevarthen, Nagy e Molnar e Ferreira, reveladores da real capacidade do bebê, mesmo do prematuro, para suscitar trocas com a mãe desde as primeiras horas de vida, associados aos dados extraídos de sua prática clínica com bebês e crianças autistas, conduziram Laznik (1996) a conceber a ausência de dois sinais indicativos de interações e/ou protoconversações entre a mãe e a criança que desenvolve autismo. A presença destes sinais revelaria uma construção psíquica em constituição, já que estão associados ao fechamento do circuito pulsional, e a sua **ausência** seria indicativa de perturbações da comunicação. Os dois sinais, que podem ser identificados no curso de uma consulta são:

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

A hipótese do Projeto PREAUT é que a ausência desses sinais, por serem reveladores de dificuldades da comunicação, pode predizer uma perturbação grave do desenvolvimento (LAZNIK, 1996).

A procura do olhar e a troca jubilatória consistem em jogos desenvolvidos entre mãe e criança, nos quais é o bebê quem toma a iniciativa de provocá-los, suscitando de algum modo (olhando insistentemente para a mãe, sorrindo, vocalizando, movimentando-se) o olhar, a voz, o sorriso ou o gesto materno acolhedor, ou ainda as brincadeiras em que ele ativamente se oferece para ser “devorado” pela mãe, estendendo os dedos dos pés ou das mãos ou elevando a barriga na direção do rosto dela. Estes dois sinais comunicativos, facilmente identificáveis no curso das consultas do 4º e 9º mês, mostram que o bebê chega ao terceiro tempo do circuito da pulsão, se fazendo olhar, se fazendo ouvir, se fazendo “devorar” (pulsões escópica, invocante e oral).

Vale salientar que nos filmes familiares tem-se observado que crianças que se tornaram autistas podem, quando bebês, ter respondido às convocações parentais com o olhar ou o sorriso. Outra observação é que estas crianças podem ter revelado interesse pelo jogo de “devoração”, seja reagindo com o sorriso, seja aproximando seu rosto do rosto do familiar. Mas, o que não se constata nos filmes é a capacidade de “provocar” o



outro (MAESTRO ET AL., 1999, 2001, 2002, 2005). Dito de outro modo, os bebês que se tornaram autistas não iniciaram e tampouco suscitaram nos pais (de forma ativa) a interação pelo olhar, pela voz ou pelo jogo oral primitivo, ou seja, não provocaram o fechamento do circuito pulsional.

Um outro instrumento que avalia as competências sócio-comunicativas da criança, o Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC, será utilizado aos 12 meses. Resultado de um estudo multicêntrico realizado pelo *Centre de Ressources Autisme d'Alsace* (CHRU) dos Hospitais Universitários de Strasbourg (HUS), sob a coordenação de C. Bursztejn (2009), no qual 26 (vinte e seis) índices assinalados na literatura como sendo suscetíveis de anunciar o aparecimento de um distúrbio autístico foram testados no curso dos exames de saúde sistemáticos, em 2.336 crianças de 8 a 13 meses, o QDC reúne 8 (oito) destes indicadores. Considerados suficientemente confiáveis para serem utilizados nessa faixa etária, a ausência destes índices pôde ser considerada como um sinal de alerta de um risco de autismo (BURSZTEJN, BAGHDADLI, PHILIPPE e SIBERTIN-BLANC, 2007).

Na pesquisa PREAUT, trata-se de estudar o valor destes oito índices, condensados num questionário de 6 (seis) itens, para a detecção de distúrbios precoces do desenvolvimento. Para tanto, o Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC será administrado ao conjunto da população incluída na amostra, aos 12 meses, tenham sido observados ou não os sinais comunicativos S1 e S2.

Aos 24 meses<sup>5</sup>, será aplicado às mesmas crianças o *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), questionário construído na Inglaterra por Baron-Cohen e colaboradores (2000), para prognosticar o autismo. O CHAT avalia o jogo simbólico (jogo de “faz-de-conta”), a atenção conjunta (comportamento de orientação social), o apontar proto-declarativo (exprimindo um interesse particular) e o seguimento do olhar, comportamentos normalmente presentes aos 18 meses, mas ausentes em crianças com risco de autismo. Entretanto, para a pesquisa PREAUT um questionário de itens complementares ao CHAT será administrado, a fim de investigar se eles são suscetíveis

---

<sup>5</sup> No quarto e no décimo segundo mês as consultas pediátricas na França coincidem com o calendário oficial de vacinas utilizado pelo Ministério da Saúde, enquanto o nono e o vigésimo quarto mês correspondem às datas de concessão de certificados de saúde. Na pesquisa PREAUT Brasil, para preservar a uniformidade das variáveis, estes períodos de exame serão mantidos, mesmo porque eles não contrariam as datas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil para as consultas de puericultura.

de melhorar a sensibilidade<sup>6</sup> deste teste (C. BURSZTEJN, 2009), considerada insuficiente quando aplicado a uma larga população geral (T. CHARMAN, 2009).

Com este conjunto coerente de instrumentos (Questionário PREAUT, QDC e CHAT), a pesquisa pretende identificar perturbações precoces da comunicação e da interação que podem evoluir para transtornos graves do desenvolvimento, como o autismo.

## II - JUSTIFICATIVA

### 1 – Detecção precoce e intervenção clínica

Não é desconhecido o fato de que as experiências iniciais da criança são determinantes para o seu desenvolvimento e para a sua saúde mental. Entretanto, as conseqüências desses tempos iniciais apenas são levadas em consideração no final da primeira infância ou a partir da segunda, quando perturbações graves ou mesmo transtornos mentais já se encontram instalados. Uma demonstração do reconhecimento tardio dessas manifestações precoces é atestada pela ausência em manuais como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de uma chamada para desordens de natureza psíquica presentes no primeiro ano de vida. No entanto, a Organização Mundial de Saúde propõe dois importantes princípios de atenção em saúde mental: o diagnóstico precoce e a intervenção precoce (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001, apud TROIAN ZEN E MOTTA, 2003).

Para alcançar um desenvolvimento (global) harmonioso, não é suficiente que o tempo passe e a estatura e peso da criança se elevem. É necessário, além da saúde do corpo, que se estabeleça um laço entre ela e seus pais (ou substitutos). Assim é que a criança já pode apresentar uma série de perturbações desde os tempos preliminares, desordens que estão sempre relacionadas à qualidade das interações pais-bebê. Como visto acima, as relações iniciais seguem um padrão conversacional de trocas, estruturadas a partir de duas funções essenciais: a função materna, geralmente ocupada pela mãe (natural ou substituta), a quem cabe atribuir e assegurar ao recém-nascido um lugar de sujeito-falante potencial; e a função paterna, a ser exercida pelo genitor ou um

---

<sup>6</sup> Refere-se à proporção de crianças identificadas pelo teste como apresentando um transtorno: número de casos identificados/número total de casos (cf. T. CHAMAN, 2009).

substituto, a quem cabe organizar as relações dos três personagens, introduzindo uma separação e dando sustentação à dimensão da alteridade (CULLERE-CRESPIN, 2007). Da parte da criança, é indispensável que ela não somente responda aos investimentos parentais, mas que tenha a iniciativa de dirigir apelos, convocando os seus cuidadores primordiais (FERREIRA, 2004).

Mais recentemente uma equipe multidisciplinar propôs uma escala de classificação diagnóstica para a primeira infância que revela ser possível detectar muito precocemente sinais de dificuldades no estabelecimento do laço pais-bebê, que, por sua vez, são reveladores de um intenso sofrimento psíquico da criança, muitas vezes acometida por distúrbios funcionais. Os recém-nascidos e os bebês de poucos meses podem então apresentar: recusa para alimentação, sono excessivo ou escasso, choro freqüente e inconsolável, desinteresse pelo entorno, ausência de olhar, de sorriso, de interesse pela voz humana, etc. Ao mesmo tempo, podem manifestar distúrbios funcionais persistentes (gastro-intestinais, respiratórios, epidérmicos, etc.) (CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA: 0-3, 1997).

Entretanto, ainda que esses trabalhos apontem constantemente para a interferência de fatores psíquicos no desenvolvimento da criança, capazes de comprometer a sua saúde global, o fato é que a grande maioria das equipes neonatais, além de desconhecerem estas situações, não são preparadas para realizar uma detecção precoce e oportuna das perturbações do primeiro ano de vida (sobretudo). Por outro lado, as equipes de saúde desconhecem igualmente o que essas publicações testemunham: os resultados satisfatórios de intervenções clínicas realizadas com a criança e os pais, cuja eficácia permite ao bebê tomar ou retomar o curso normal do seu desenvolvimento, rumo à linguagem e à saúde mental.

A noção de desenvolvimento das relações afetivas e sociais, como salienta Trouvé (2007), ainda está mantida à distância pelas autoridades médicas encarregadas da medicina preventiva, como se a avaliação desse aspecto de saúde do lactente não fosse do âmbito da neonatologia (principalmente) e da pediatria.

Como observa Trouvé, a categoria “psicomotor” constante da ficha de seguimento da criança nas consultas de puericultura (na França como no Brasil), não engloba questões que poderiam apontar para a qualidade das interações precoces, centrais para o desenvolvimento psíquico da criança. Itens como “a criança mostra interesse pela voz”, “procura o contato olho a olho”, “sorri, mostrando prazer diante da apresentação de um rosto humano”, “procura e aprecia o contato físico apaziguador”,

índices da introdução da criança no mundo da linguagem e da emergência da constituição psíquica, não são investigados durante a consulta, a despeito da sua fundamental relevância para a detecção de sofrimento psíquico e de perturbações no vínculo primordial pais-bebê.

Assim, levar as equipes neonatais e pediátricas a se tornarem capazes de realizar a detecção precoce de sinais de perturbações das interações iniciais pais-bebês, com a finalidade de possibilitar a intervenção clínica imediata e oportuna das famílias afetadas, justifica a proposta deste projeto de pesquisa: validar os sinais comunicativos PREAUT como indicadores, pela sua ausência, de perturbações da comunicação e/ou das interações precoces.

## 2 – Perturbações da linguagem e autismo

Se, por um lado, lingüistas e psicolinguistas têm cada vez mais se aproximado dos primeiros tempos de vida da criança numa tentativa de situar o nascimento da linguagem, por outro lado, estudiosos do autismo têm percorrido o mesmo caminho buscando encontrar, o mais cedo possível, indícios do que pode, na qualidade da relação pais-bebê ou na conduta da criança, ser uma suposta indicação de um desenvolvimento ulterior de autismo.

Estes estudiosos são conduzidos: primeiro, pelo relato de pais de autistas a respeito da qualidade das interações com suas crianças nos primeiros tempos de vida; segundo, pela análise de cenas filmadas pelas famílias durante os cuidados dispensados à criança (alimentação, banho, brincadeiras, etc.) na mesma época (MAESTRO, S.; CASELLA, C.; MILONE, A.; MURATORI, F. & PALACIO-ESPASA, F., 1999).

É comum encontrar nos depoimentos de pais de crianças autistas a informação de que sempre perceberam que seu filho quando bebê “era diferente”, revelando recusa para as interações, seja rejeitando o contato olho-a-olho e/ou não respondendo aos apelos e aos chamados de voz, seja manifestando preferência para estar sozinho a ser tomado nos braços, etc. Ao mesmo tempo, faz parte desse relato a resposta geralmente obtida dos pediatras consultados: “não há nada anormal, quando a criança crescer, tudo vai melhorar”.

Os filmes analisados confirmam, grosso modo, as narrativas dos pais. A criança-autista foi um bebê que, se veio a responder a algum apelo parental, quando ocorria

disto acontecer, não tomava a iniciativa de convocar e provocar no outro-materno o gozo e o júbilo das trocas (LAZNIK, 1998, 2007).

No entanto, com frequência, o seu diagnóstico somente é estabelecido por volta da idade de 3 (três) anos, segundo os critérios admitidos internacionalmente (CID-10 e DSM-IV), mas principalmente em torno dos 4 (quatro) anos, quando a escola, observando o comportamento da criança (isolamento, dificuldades de socialização e de aprendizagem, retardo de linguagem, etc.) convoca os pais a consultar um especialista.

Todavia, os dados observados e a análise sistemática dos relatos dos pais de autistas indicam que em 75 a 88% dos casos já existiam sinais indicativos da patologia antes dos 2 (dois) anos e em 31 a 55% antes de 1 (um) ano (YOUNG, BREWER e PATTISON, 2003). Assim, embora a patologia autística não esteja completamente instalada antes dos 3 anos, sinais típicos a ela associados podem existir numa idade bem inferior e, se detectados quando do seu surgimento, serem tratados precocemente.

Logo, a associação do comportamento da criança autista com as perturbações de interação e da comunicação apresentadas no curso e após o primeiro ano de vida justifica a necessidade de detecção precoce desses primeiros sinais, considerando, de outra parte, que estudos recentes mostram uma evolução benéfica das crianças quando uma intervenção clínica imediata tem lugar (WANDERLEY, 2008; OLIVEIRA, FERREIRA e BARRETTO, 2009). Portanto, é extremamente útil dispor de indicadores validados de sinais de perturbações da comunicação (ou das interações iniciais pais-criança), para serem utilizados pelas equipes médicas durante as consultas regularmente realizadas nos ambulatórios de pediatria a fim de que as famílias possam receber, quando necessário e de imediato, a orientação mais adequada. A considerável prevalência de autismo situa-se, sem dúvida, como outra forte justificativa para a realização da pesquisa PREAUT Brasil.

### 3 – Outros fatores que justificam a pesquisa PREAUT Brasil

#### 3.1 – As inovações técnico-científicas e a nova realidade dos bebês e seus pais

Os incessantes avanços técnico-científicos fazem recuar a cada dia os limites da morte. Crianças que antes não eram viáveis podem ser salvas graças aos cuidados extremamente sofisticados da reanimação neonatal (MATHELIN, 1999). Todavia, a reanimação de prematuros (ou excessivamente prematuros), de crianças

acometidas por síndromes severas ou nascidas com risco iminente de morte exige o encaminhamento imediato do recém-nascido para as unidades de terapia intensiva, onde ele pode permanecer por muitos dias, longe dos cuidados maternos e da família. Em muitos casos, esta brusca separação, antes mesmo que qualquer vínculo se estabeleça, e mantida por semanas e semanas, pode provocar entraves ao exercício das funções parentais. Neste contexto, não é raro o aparecimento de dificuldades de estruturação do laço pais-bebê, bem como o surgimento de desordens psico-funcionais, especialmente quando a condição da criança dificulta um desenvolvimento normal (FERREIRA, 2006; TROIAN ZEN e MOTTA, 2008).

Outras inovações como as técnicas modernas de reprodução assistida, a medicina fetal, os transplantes, podem igualmente concorrer para a “desnaturalização” das relações primordiais pais-bebê.

Em todas essas circunstâncias é necessário permanecer atento à qualidade de vida da criança. Para este trabalho de detecção precoce é fundamental validar dispositivos que conduzam ao reconhecimento de sinais indicativos de perturbações da comunicação ou das interações, passo essencial para recomendação de uma intervenção clínica apropriada.

### 3.2 – Fator econômico

A possibilidade de autonomia e produtividade da criança a partir de um tratamento precoce e eficaz, somente viabilizado por uma detecção tornada possível a partir da capacitação das equipes médicas (neonatal, natal e pós-natal) para identificar possíveis sinais de perturbações da comunicação ou da interação primordial pais-bebê, representa uma importante economia de gastos para a família e para o Estado. Quanto mais grave a enfermidade, mais elevados os custos para tratamento e manutenção da criança, que pode se tornar um adulto parcial ou completamente dependente dos cuidados parentais e/ou institucionais. Por isto, a validação de dispositivos que permitam a verificação imediata de sofrimento psíquico na criança pequena, de modo a permitir uma intervenção clínica orientada para o tratamento de sua sintomatologia e a suspensão de sua evolução para a instalação de desordens mais graves é extremamente salutar.

### 3.3 – Fator ético

Por fim, a detecção e intervenção clínica precoces, tendo como vetor a saúde mental na primeira infância (e suas repercussões para a vida posterior), é um imperativo ético para estudiosos, pesquisadores, médicos, educadores e cuidadores em geral (psicanalistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e outros), o que por si só justifica amplamente a pesquisa em causa.

### III – OBJETIVOS

#### 1. Geral

Avaliar o valor preditivo do Questionário PREAUT para identificar perturbações precoces da comunicação e interação em uma coorte de bebês acompanhados em serviços de saúde diversos: pediatria geral, bebês prematuros e bebês com alterações orgânicas. Nessa coorte, será estudada a associação dos resultados apontados no Questionário PREAUT com os resultados apresentados pelo Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação (QDC) e pelo *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT). O estudo prioriza discutir e aprimorar no Sistema de Saúde a possibilidade de utilização de instrumentos de triagem ou detecção precoce de perturbações da comunicação e interação que precedem os transtornos autísticos.

#### 2. Específicos

2.1- Avaliar a sensibilidade do Questionário PREAUT para identificação de perturbações da comunicação e interação, aos 4 e 9 meses.

2.2 – Avaliar as competências comunicativas dos bebês através da aplicação do Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação (QDC), aos 12 meses.

2.3 – Avaliar os sinais indicativos de risco de autismo através da administração do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), aos 24 meses.

2.4 – Estudar a associação entre os resultados obtidos nos três instrumentos.

### IV – METODOLOGIA

## 1. Desenho do estudo

Coorte prospectiva.

## 2. Casuística

Participarão da pesquisa crianças encaminhadas aos serviços de saúde para as consultas de puericultura aos 4, 9, 12 e 24 meses. A amostra será composta considerando-se: a população em geral (bebês atendidos em postos de saúde ou em Programas de Saúde da Família-PSF), bebês prematuros e bebês com alterações orgânicas (*follow up* em maternidades, hospitais infantis e centros de referência especializados).

## 3. Critério de inclusão

Serão incluídos bebês atendidos em serviços de saúde de diversas cidades brasileiras, antecipadamente cadastrados no Projeto PREAUT. Deste modo, comporão a amostra bebês nascidos a termo, prematuros, de baixo peso, com necessidades especiais, portadores de alterações orgânicas. Assim, nenhum bebê, em face de suas condições de nascimento ou de desenvolvimento, deixará de ser incluído. A fase de entrada das crianças na amostra será no decorrer do primeiro ano da pesquisa.

## 4. Critérios de exclusão

Crianças que tiverem mais de 04 (quatro) meses ou cujos responsáveis não concordarem com a sua participação no projeto.

## 5. Tamanho amostral estimado

Estima-se uma média de 50 (cinquenta) crianças por serviço de saúde. Considerando cerca de aproximadamente 20 (vinte) unidades cadastradas no Brasil, presume-se um total mínimo de 1.000 crianças compondo a amostra.



## 6. Procedimentos

Cada um dos serviços contará com profissionais de saúde responsáveis pelas consultas de puericultura e/ou *follow up*. Estes profissionais, bem como os demais integrantes das equipes locais, receberão capacitação sobre os fundamentos teóricos do projeto e treinamento para utilização dos instrumentos.

As crianças serão avaliadas nas consultas de rotina, em períodos previstos pelo Ministério da Saúde do Brasil, respeitando-se as idades de 4, 9, 12 e 24 meses (v. Nota de Rodapé nº 6) para administração dos instrumentos, o que não implicará em deslocamentos suplementares para a família.

Além da justificativa relacionada às etapas de acesso às crianças nas Unidades de Saúde, a avaliação de crianças de quatro meses pode ser justificada por ser um período em que a criança aumenta os períodos de vigília, começa a perceber visualmente melhor os contornos e saliência e a seguir um objeto até ele desaparecer. Nesse momento a percepção auditiva é mais ampla e seu progresso motor permite a observação mais confiável das respostas auditivas. Esses aspectos comportamentais estão correlacionados à evolução neurológica, como, por exemplo, o estabelecimento da linha mediana, pela maturação do corpo caloso, o que proporciona maior integração inter-hemisférica.

Uma vez obtido o acordo dos pais para a participação do filho, formalizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo nº 6), a criança receberá um número de inscrição no protocolo PREAUT, que a manterá no anonimato. As consultas compreenderão:

- a) no 4º mês (entre 3 meses e 1 dia e 5 meses menos 1 dia), o exame constará da pesquisa do S1, seguida ou não da pesquisa do S2, segundo o escore obtido;
- b) no 9º mês (entre 8 meses e 1 dia e 10 meses menos 1 dia), uma nova pesquisa do S1, seguida ou não de uma pesquisa do S2, ainda de acordo com o escore alcançado, será efetuada junto a todas as crianças;
- c) o exame do 12º mês (entre 11 meses e 1 dia e 15<sup>7</sup> meses menos 1 dia) será realizado com a administração do Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC, igualmente aplicado a todas as crianças;

---

<sup>7</sup> O intervalo é aqui aumentado para até o 15º mês, a fim de evitar perder de vista crianças da amostra.

d) o exame do 24º mês (entre 23 meses mais 1 dia e 25 meses menos 1 dia) permitirá a realização do *Checklist for Autism in Toddlers - CHAT*, para o conjunto da população incluída.

Para a pesquisa do S1 e do S2 um escore foi criado para avaliar a existência ou não de risco de perturbações graves da comunicação. Assim, esta pesquisa permitirá identificá-lo no conjunto das crianças consultadas em determinada unidade de saúde. As questões que permitirão estabelecê-lo são ponderadas em função da idade, das condições da criança e do nível de dificuldade que as perturbações traduzem. A capacitação recebida pelo examinador guiará a sua conduta no que se refere à identificação de risco e à necessidade de encaminhamento imediato da criança para tratamento psicoterápico.

Para cada criança da amostra serão utilizadas 4 (quatro) folhas de registro com cópia carbono, correspondentes às 4 (quatro) consultas previstas para o seguimento, contendo cada uma o número do serviço ou unidade de saúde correspondente ao cadastramento no Projeto PREAUT, o número de anonimato da criança (igualmente atribuído pelo PREAUT), a data dos exames e as observações clínicas consideradas pertinentes pelo médico/examinador.

Um programa será elaborado para permitir estabelecer cada mês e para cada médico participante a relação das crianças que serão examinadas e sua situação frente ao desdobramento do protocolo.

A fim de assegurar a execução do projeto, os coordenadores nacionais mensalmente entrarão em contato com os serviços de saúde, visando o acompanhamento dos procedimentos de recrutamento e avaliação dos bebês, a coleta e envio dos questionários preenchidos, a avaliação das dificuldades surgidas, bem como ao seguimento de todas as etapas do estudo.

## 7. Recursos humanos

Os recursos humanos alocados para realização da pesquisa estão organizados em dois grupos de pesquisadores: os que integram a coordenação nacional e os que compõem as coordenações locais e suas equipes (v. relação dos pesquisadores no Anexo 4).

### 7.1. Coordenação nacional

Um grupo de três pesquisadores será responsável pela coordenação geral da pesquisa no Brasil.

## 7.2. Coordenadores locais e suas equipes

Em cada cidade brasileira em que a pesquisa for realizada haverá um ou mais coordenadores responsáveis pelas ações desenvolvidas pela equipe local. As equipes locais serão formadas pelos profissionais de saúde que trabalham regularmente nos centros da pesquisa, mas contar-se-á também com pesquisadores externos ao serviço, todos vinculados à área de saúde.

Os coordenadores locais farão o acompanhamento da pesquisa em seus respectivos centros, realizando reuniões sistemáticas e regulares com sua equipe de trabalho, e enviando mensalmente as informações coletadas para o centro de armazenamento de dados da coordenação nacional, que, por sua vez, as encaminhará, por cópia, à Associação PREAUT, encarregada de centralizar o seu processamento.

## 7.3. Capacitação dos pesquisadores

A capacitação dos pesquisadores será oferecida por um grupo formado por membros da coordenação nacional e das coordenações locais, por um período mínimo de 3 (três) dias, incluindo os princípios teóricos que fundamentam o projeto, seus objetivos e treinamento para aplicação dos instrumentos de avaliação. No caso particular do Questionário PREAUT, os profissionais receberão capacitação para identificar os sinais S1 e S2 como “marcadores” de problemas graves de comunicação. A formação compreende ainda a administração do Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC e do *Checklist for Autism in Toddlers – CHAT*.

## 8. Análise dos dados

Os dados coletados serão analisados qualitativa e quantitativamente, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Uma equipe composta por pesquisadores da coordenação nacional e das coordenações locais fará a análise qualitativa e um grupo de estatísticos da Associação PREAUT ficará encarregado da análise quantitativa.

Haverá a utilização de técnicas estatísticas descritivas: frequência, para as variáveis qualitativas; e média, medianas e desvio tipo, para as variáveis quantitativas. As análises bivariadas serão feitas através do Teste do qui-quadrado ou do Teste de Fischer.

Para cada criança marcada com sinais de risco nas diferentes etapas da pesquisa, será proposto aos pais ou responsáveis, entre as idades de 24 (vinte e quatro) e 36 (trinta e seis) meses, um exame através de metodologias já padronizadas, como o CARS - *Childhood Autism Rating Scale* (SCHOPLER, REICHLER, DEVELISS e DALY, 1980), ADI - *Autism Diagnostic Interview-Revised* (LORD, RUTTER e LE COUTEUR, 1994) e/ou outras.

Por outro lado, estudos complementares estão previstos para pesquisar casos de distúrbios autísticos eventualmente não detectados entre as crianças avaliadas no quadro do protocolo.

#### 8.4 - Projeto Piloto

O projeto piloto será desenvolvido em Salvador (BA). Está prevista a capacitação teórica dos profissionais da equipe, seguida de capacitação em serviço com a presença de monitores, psicólogos, psicanalistas, treinados pela equipe PREAUT, para a verificação da aplicabilidade dos instrumentos para uso dos profissionais de saúde. O centro escolhido será uma maternidade de referência para nascimentos de risco que conta com um serviço de *follow-up* (Maternidade José Maria de Magalhães Neto).

### 9. Resultados esperados

São esperados os seguintes resultados:

9.1. Divulgação e discussão, no meio científico, da possibilidade de utilização de instrumentos de detecção precoce de perturbações da comunicação e interação que precedem os transtornos autísticos, nos primeiros meses de vida da criança.

9.2. Sensibilização de médicos e profissionais de saúde para a importância da detecção e intervenção precoces no que diz respeito à saúde mental da criança, de acordo com os princípios da Organização Mundial de Saúde para a atenção primária.

9.3. Inclusão, nos questionários utilizados nos serviços de puericultura, de questões pertinentes a índices marcadores de perturbações precoces da comunicação e interação.

## 10. Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa será desenvolvida seguindo as recomendações propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde MS 196/1996. Por isto, este projeto será previamente encaminhado ao Comitê de Ética vinculado a cada serviço de saúde, para aprovação.

Por se tratar de um estudo que envolve um grupo (amostra) considerado vulnerável, a avaliação dos riscos da criança para qualquer comprometimento da linguagem, da comunicação e/ou interacional será realizada por pesquisadores profissionais experientes e competentes no acompanhamento de possíveis problemas a serem diagnosticados. À criança que apresentar sinais de risco para o desenvolvimento psíquico será garantida intervenção no próprio serviço de saúde ou nas instituições parceiras do projeto PREAUT (v. Anexo 5). As equipes locais se prontificam a dar esclarecimentos às famílias sempre que se fizer necessário, durante o período de coleta dos dados e/ou durante o acompanhamento da criança, contando igualmente com as instituições parceiras.

Encontra-se no Anexo 6 o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será apresentado aos pais, lido em conjunto com eles, visando às necessárias explicações sobre o seu conteúdo e implicações. Em caso de aceitação de participação na pesquisa, o Termo será assinado pelo responsável pela criança.

## 11. Cronograma de execução

MESES 2010	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Escrita do projeto	x	x	x									

Comitês de ética				x	x	x	x					
Projeto piloto						x	x					
Capacitação piloto					x							
Entrada dos serviços na pesquisa				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação						x	x	x				
Início da coleta de dados							x					
Dados parciais												x
Encontro de todas as equipes										x		

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM-III-R*. Barcelona : Masson, 1988.

BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo : HUCITEC, 1999.

BARON-COHEN S., WHEELRIGHT S., COX A., ALLEN J., BAIRD G., CHARMANT T. ET AL. The early Identification of autism: the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2000; 52125-93.

BATES, E. *Language and context*. New York : Academic Press, 1976.

BATESON, M. C. The epigenesis of conversational interaction: a personal account of research development. In: BULLOWA, M. (Ed.) *Before Speech: The beginning of interpersonal communication*. Cambridge : Cambridge University Press, 63-77, 1980.

BOYSSON-BARDIES, B. *Comment la parole vient aux enfants*. Paris : Odile Jacob, 1996.

BRATEN, S. Dialogic mind: The infant and adult in protoconversation. In: CAVALLO, M. (Ed.) *Nature, cognition and system*. Dordrecht : D. Reidel, 1988.

BRUNER, J. The pragmatics of acquisition. In: DEUTSCH, W. (Ed.) *The child's construction of language*. London : Academic Press, p. 39-76, 1979.

\_\_\_\_\_ *Child's Talk*. New York : Norton, 1983.

BURSZTEJN, C.; BAGHDADLI, A.; PHILIPPE, A.; SIBERTIN-BLANC D. Toward a very early screening of autism : reliability of social, emotional, and communication clues in 9-14 months of infants. *13° Congrès International de l'European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)*. Florence, août, 2007.

BURSZTEJN, C. « Est-il possible de dépister l'autisme au-cours de la première année? » Le diagnostic d'autisme : quoi de neuf ? *Enfance*. Revue trimestrielle. Janvier-mars, n° 1, 55-66, 2009.

CALIFORNIA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY. Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California's developmental services system: 1987 through 1998: a report to the Legislature, March 1 1999. Sacramento, CA.

CARTER, A. L. The transformation of sensory-motor morphemes into words: a case study of the development of "more" and "mine". *J. Child Lang.* 2, 233-250, 1975.

CASTARÈDE, M. F. *La voix et ses sortilèges*. Paris : Les Belles Lettres, 1991.

CAVALCANTE, M. C. B. *Da voz à língua: a prosódia e o deslocamento do sujeito na fala dirigida ao bebê*. Tese de Doutorado, Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

CHARMAN, T. Dépistage des troubles du spectre autistique: les leçons de la recherche et de la pratique clinique. Le diagnostic d'autisme : quoi de neuf ? *Enfance*. Revue trimestrielle. Janvier-mars, n° 1, 09-23, 2009.

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA: 0–3. Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CONDON, W. S. Neonatal entrainment and enculturation. In: BULLOWA, M. (Ed.) *Before Speech: The beginning of interpersonal communication*. Cambridge : University Press, p. 131-148, 1979.

\_\_\_\_\_ The relation of interacional synchrony. In: KEY, M. R. (Ed.) *The relationship of verbal and nonverbal communication*. New York: Mouton publishers – The Hague, 1981.

CULLERE-CRESPIM, G. *L'épopée symbolique du nouveau-né*. Ramonville Saint Agne : Editions érès, 2007.

DE LEMOS, C. T. G. Interacionismo e Aquisição de Linguagem. *D.E.L.T.A.*, vol. 2, nº 2, p. 231-248, 1986.

\_\_\_\_\_ Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, vol. 1, nº 1, p. 121-135, 1992.

\_\_\_\_\_ Língua e discurso na teorização sobre aquisição de linguagem. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 30, nº 4, p. 9-28, 1995.

DORE, J. Holophrases, speech acts and language universals. *J. Child Lang* 2, 21-40, 1975.

ELLIOT, A. J. *A linguagem da criança*. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1982.

FERNALD, A; KUHL, P. Acoustic Determinants of Infant Preference for Motherese Speech. *Infant Behavior and Development*, 10, 279-293, 1987.

FERNALD, A. Intonation and Communicative Intent in Mother's Speech to Infants: Is the Melody the Message? *Child Development*, 60, 1497-1510, 1989.

FERNALD, A.; TAESCHNER, T.; DUNN, J.; PAPOUSEK, M.; BOYSSON-BARDIES, B. A cross-language study of prosodic modifications in mother's and father's speech to preverbal infants. *Journal of Child Language*, 16, 477-501, 1989.

FERREIRA, S. M. O. A interação mãe-bebê: primeiros passos. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Letras e Lingüística, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1990.

FERREIRA, S. S. A interação mãe-bebê: primeiros passos. In: D. B. Wanderley (org.) *Palavras em Torno do Berço – Intervenções Precoces, Bebê e Família*. Salvador: Editora Ágalma, 77-88, 1996.

FERREIRA, S. S. De l'interaction mère-bébé au dialogue mère-bébé. La Psychanalyse de l'Enfant. *Revue de l'Association Freudienne*. Paris, 69-83, 1995.



- FERREIRA, S.S. João, uma criança com olhar de estrela - o autismo: um estudo de caso. Universidade Federal de Pernambuco. Tese de Doutorado, 2004.
- FERREIRA, S. S. Construção ou reconstrução da função materna nas separações precoces mãe-bebê. *Revista Travessia*, Faculdade de Ciências Humanas de Olinda-FACHO, Olinda, ano, nº 1, p. 169-174, 2006.
- FIELD, T. M.; FOX, N. (Eds.) *Social perceptions in infants*. Norwood, NJ : Ablex, 1985.
- FILIPEK, P. A. et al. *Diagnóstico y la Detección Precoz de los Trastornos del Espectro Autista*. Tradução de Luis Neto Del Rincón. 1999. Disponível em <http://www.autismo.com/scripts/articulo/listaespc.idc> Acesso em 26.11.03.
- FOMBONNE, E. Prevalence of childhood disintegrative disorder. *Autism*, 6(2),149-157, 2002.
- FOMBONNE, E., ZAKARIAN, R. et al. Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links With Immunizations, *Pediatrics*, vol. 118, No. 1, pp. 139-150, 2006.
- FREUD, S. *Os instintos e suas vicissitudes*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro : Imago, vol. XIV, 1974.
- FRITH, U. (1996). *L'enigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob.
- GESCHWIND, N., GALABURDA, A. M. *Cerebral Dominance: The Biological Foundations*. Cambridge, M. A. : Harvard University Press, 1985.
- GOFFMAN, E. Footing. In: RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso*. Porto Alegre : AGE, p. 70-97, 1998.
- GUMPERZ J. J. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Org.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso*. Porto Alegre : AGE, p. 98-119, 1998.
- KANNER, L. Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo. In: ROCHA, P. S. (Org.) *Autismos*. São Paulo : Escuta, 1997.
- KLAUS, M; KLAUS, P. *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LACAN, J. O seminário, livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1979.
- LAZNIK, M.-C. 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.

\_\_\_\_\_ A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da Clínica*, São Paulo : USP, vol. V, n. 8, 2000.

\_\_\_\_\_ *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2004.

\_\_\_\_\_ La prosodie avec les bébés à risque d'autisme: clinique et recherche. In B. Touat, F. Joly e M.-C. Laznik. *Langage, voix et parole dans l'autisme*. Paris : PUF, 2007.

\_\_\_\_\_ Pourrait-on penser à une prévention du syndrome autistique? *Contraste, Enfance et handicap. Revue de l'ANECAMSP*, nº 5, 1996.

LAZNIK-PENOT, M.-C. *Rumo à palavra*. São Paulo: Escuta, 1997.

LIMA, B. Autismo descoberto cedo tem melhor tratamento. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Cotidiano, Saúde, 21.07.2002.

LOCKE, J. L. Desenvolvimento da capacidade para a linguagem falada. In: FLETCHER, P.; MACWHINNEY, B. *Compêndio da linguagem da criança*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

LORD, C., RUTTER, M., LE COUTEUR, A. Autism Diagnostic Interview-Revised – A revised of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685, 1994.

LOTTER, V. Epidemiology of autistic condition in Young children. I. Prevalence. *Social Psychiatry*. 1, p. 124-137, 1996.

LOURENÇO, P. Doença manifesta-se até os dois anos de idade e altera o desenvolvimento psíquico, lingüístico, social e neurológico da criança. *Jornal do Commercio*, Recife, Caderno Cidades, 24.10.2000, p. 10.

MAESTRO, S.; CASELLA, C.; MILONE, A.; MURATORI, F. & PALACIO-ESPASA, F. Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*. 32, 6, 292-300, 1999.

MAESTRO, S.; MURATORI, F.; BARBIERI, F.; CASELLA, C.; CATTANEO, V.; CAVALLARO, M.C.; CESARI, A.; MILONE, A.; RIZZO, L.; VIGLIONE, V.; STERN, D.D. & PALACIO-ESPASA, F. Early behavioral development in autistic children: The first 2 years of life through home movies. *Psychopathology*. 34, 3, 147-152, 2001.

MAESTRO, S.; MURATORI, F.; CAVALLARO, M.C.; PEI, F.; STERN, D.; GOLSE, B. & PALACIO-ESPASA, F. Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41, 10, 1239-45, 2002.

MAESTRO, S.; MURATORI, F.; CESARI, A.; CAVALLARO, M.C.; PAZIENTE, A.; PECINI, C.; GRASSI, C.; MANFREDI, A. & SOMMARIO, C. Course of autism signs in the first year of life. *Psychopathology*. 38, 1, 26-31, 2005.

MARCUSCHI, L. A. *Análise da Conversação*. São Paulo : Ática, 1986.

\_\_\_\_\_. Questões atuais na Análise da Conversação. *Anais do III Encontro Nacional da ANPOLL*. Recife, 319-335, 1988.

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

MEHLER, J.; DUPOUX, E. *Naître Humain*. Paris : Odile Jacob, 1990.

NASH, J. M. (2002). Aumenta número de casos de autismo diagnosticados nos EUA. UOL Mídia Global. Tradução de George el Khouri Andalfato. Disponível em <http://www.uol.com.br/time/ult640u133.shl>. Acesso em 01.05.02.

NAGY, E. e MOLNAR, P. Homo imitans or homo provocans? Human imprinting modelo f neonatal imitation. *Infant Behavior & Development*, 27, 54-63, 2004.

OCHS, E; SCHIEFFELIN, B. O Impacto da Socialização da Linguagem no Desenvolvimento Gramatical. In: FLETCHER, P.; MACWHINNEY, B. *Compêndio da Linguagem da Criança*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

OLIVEIRA, E. F. L., FERREIRA, S.S. e BARRETTO, T. A. *As interfaces da clínica com bebês*. Recife: Bagaço, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, 2003. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/cid/cid10.html>. Acesso em 23.12.03.

\_\_\_\_\_. (2004). CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/cid10.html> Acesso em 05.01.04.

PHILIPS, S. U. Algumas fontes de variabilidade cultural na ordenação da fala. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.) *Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso*. Porto Alegre : AGE, p. 16-30, 1998.

RAPIN, I. Autismo: um síndrome de disfunción neurológica. In: N. Fejerman (Org.) *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. B. Ayres : Paidós, p. 15-49, 1996.

SACHS, H., SCHEGLOFF, E. E., JEFFERSON, G. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50, 696-735, 1974.

SHANTI, L.-A. Le repérage des signes de souffrance précoce comme outil thérapeutique dans l'autisme? Une étude prospective multicentrique: l'étude Pré-Aut. Tese de Doutorado. Université Paris Descartes (Paris 5). Paris, 2008.

SCHOPLER, E., REICHLER, R.J., DEVELISS, R., DALY, K. Towards objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 91-103.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

STUDDERT-KENNEDY, M. Language development from an evolutionary perspective. In: KRASNEGOR, N.; RUMBAUGH, D.; SCHIEFELBUSCH, R.; STUDDERT-KENNEDY, M. (Eds.), *Language Acquisition: biological and behavioral determinants*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.

SUGIYAMA T. Epidemiologia del autismo y los trastornos relacionados. In: NATALIO, F. (Org.) *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. B. Ayres : Paidós, p. 51-69, 1996.

TOMASELLO, M. *The cultural origins of human cognition*. Cambridge : Harvard University Press, 2000.

TREVARTHEN, C. Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity In: BULOWA, M. (Ed.) *The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 321-347, 1979.

\_\_\_\_\_ Les relations entre autisme et développement socio-culturel normal: arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions. In : LELORD, G. ; MUHT, J. P.; PETIT, M. ; SAUVAGE, D. (Eds.) *Autisme et Troubles du Développement Global de l'Enfant*. Paris : L'Expansion Scientifique Française, p. 56-80, 1989.

\_\_\_\_\_ The self born in intersubjectivity : The psychology of an infant communicating. In: NEISSER, U. (Ed.) *The perceived self: ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 121-173, 1993a.

\_\_\_\_\_ The function of emotions in early communication and development. In: NADEL, J.; CAMAIONI, L. (Eds.) *New perspectives in early communicative development*. New York: Routledge, p. 48-81, 1993b.

\_\_\_\_\_ (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In: BRATEN, S. (Ed.) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge : Cambridge University Press.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K. J. La fonction des émotions dans la compréhension des autres. In: PRY, R. (Dir.) *Autisme et régulation de l'action, Les cahiers du CERFEE*. Université Paul-Valéry, n. 13, p. 9-54, 1996.

TREVARTHEN, C.; MURRAY, L.; HAY, D.; REDDY, V. Communication in infancy: Mutual regulation of affect and attention. In: BREMNER, G.; SLATER, A.; BUTTERWORTH, E. (Eds.) *Infant development: Recent advances*. Erlbaum, p. 247-273, 1997.

TROIAN ZEN, E.; MOTTA, S.P.P. Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: D. de B. Wanderley (org.) *O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador, Ágalma, 2008.

TROUVÉ, J.-N. Aspectos clínicos e práticos da prevenção do autismo. Clínica e Prática da Prevenção do Autismo. *Cadernos Pré-Aut.* Coleção Família, Medicina e psicanálise. Direção: Graciela C. Crespin. São Paulo: Instituto da Família, 2007.

YOUNG, R.L.; BREWER, N. & PATTISON, C. Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism.* 7, 2, 125-143, 2003.

WIDMER, C.; TISSOT, R. *Os modos de comunicação do bebê: Posturas, movimentos e vocalises.* São Paulo : Manole, 1987.

WANDERLEY, D. de B. (org.) *O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador, Ágalma, 2008.

WING, L.; GOULD, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Development Disorders,* 9 (1), pp. 11-29. Disponível em <http://www.com/scripts/articulo/listaesp.idc>. Acesso em 26.11.03.

WING, L.; POTTER, D. (2001). *Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista.* Tradução de Miriam Cobian. Disponível em <http://www.autismo.com/scripts/articulo/listaesp.idc>. Acesso em 26.11.03.

Comissão de Redação do Projeto

Daniele de Brito Wanderley  
Maria Cristina do R. M. de Abreu  
Severina Sílvia M. O. Ferreira

Coordenação Nacional

Cláudia Mascarenhas Fernandes  
Érika Parlato de Oliveira  
Leonardo Posternack

## ANEXOS

1. Questionário PREAUT
2. Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC
3. Checklist for Autism in Toddlers – CHAT
4. Campo de pesquisa, coordenadores e equipes de trabalho
5. Instituições parceiras do Projeto PREAUT Brasil
6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 1. Questionário PREAUT

**4º e 9º mês : 1ª parte do questionário**

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
<b>1) O bebê procura olhar para você ?</b>		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim	1
	Não	0
<b>2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?</b>		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim	2
	Não	0
<b>ESCORE TOTAL</b>		

*Si o escore é superior a 3, não responda às questões 3 e 4.*

**4º e 9º mês : 2ª parte do questionário**

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
<b>3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)</b>		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	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	4
	Não	0
<b>4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)</b>		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	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	4
	Não	0



ANEXO 2. Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC

Exame do desenvolvimento da comunicação 9-13meses		Date :			
		<u>Resposta</u>		<u>Observado</u>	
		Não	Sim	Não	Sim
1	É fácil ter um contato olho a olho com a criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	c Pode-se facilmente descobrir o que a criança sente através da expressão do seu rosto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A criança pega um objeto ou um brinquedo que lhe é oferecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A criança sorri para sua mãe ou para outras pessoas? ("sorriso-resposta")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A criança reage quando falam com ela; por exemplo, olhando, escutando, sorrindo ou balbuciando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Durante o exame, a gestualidade, as reações posturais (adaptação de seu corpo ao colo do adulto), lhe pareceram adaptadas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3. Checklist for Autism in Toddlers – CHAT

**CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)**

<b>A Perguntas aos pais</b> Sua criança:		<b>Não</b>	<b>Sim</b>
1.	Tem prazer quando é balançada ou quando brinca de cavalinho no colo de um adulto?		
2.	Interessa-se às outras crianças?		
3.	Gosta de escalar? Subir escadas?		
4.	Tem prazer em brincar de esconder ou em procurar um objeto?	1	2
5.	Já brincou de fazer comidinha: por ex. <b>Fazer de conta</b> que serve café, usando utensílios, ou outra brincadeira de "fazer de conta"?		
6.	Já utilizou o indicador ou estendeu a mão para pedir alguma coisa?		
7.	Já <b>apontou com o indicador</b> para mostrar seu interesse por alguma coisa?		
8.	Brinca de maneira adaptada com brinquedinhos (carrinhos, cubos) sem se contentar em colocá-los na boca, manipulá-los ou jogá-los?		
9.	Já trouxe a você objetos ou brinquedos para mostrá-los?		

<b>B Perguntas aos profissionais</b>		<b>Não</b>	<b>Sim</b>
10	A criança teve um <b>contato pelo olhar</b> com você?	3	4
11	Atraia a atenção da criança, aponte para o outro lado da sala em direção a um objeto interessante e diga : "OH, olha". Olhe para o rosto da criança. A criança <b>olha</b> para ver o <b>que você está designando</b> ?		
12	Atraia a criança, dê a ela uma panelinha e diga a ela: "você pode fazer um café ?" A criança <b>faz de conta</b> que serve o café, que bebe, etc ?		
13	Diga à criança "onde está a luz ?" ou "me mostre a luz". A criança <b>aponta o indicador</b> para a luz?		
14	A criança é capaz de fazer uma torre com cubos? (número de cubos:     )		

**Complementos**

		<u>Resposta</u>		<u>Observado</u>	
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
1°.	Pode-se facilmente descobrir o que ela sente pela sua expressão				
2°.	Estende os braços quando alguém se propõe a pegá-la no colo				
3°.	Interessa-se ou aceita os objetos ou os brinquedos que lhe são apresentados				
4°.	Mostra interesse por outras crianças ou adultos				
5°.	Responde quando é chamado pelo nome				
6°.	Procura se reconfortar junto a pessoas familiares quando se machuca*				
7°.	Utiliza gestos, sons, ou palavras para atrair a atenção dos outros*				
8°.	Dá "tchau", ou faz "não" com a cabeça, ou manda beijos				
9°.	Ausência de movimentos repetitivos – fora no adormecimento				

## ANEXO 4. Campo de pesquisa, coordenadores e equipes de trabalho

### I - CAMPO DE PESQUISA

- a. **São Paulo** (SP): Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- b. **Rio de Janeiro** (RJ): Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues (Serviço de Puericultura do Posto de Saúde da Gávea).
- c. **Belém** (PA): Santa Casa de Misericórdia e Hospital Universitário da Universidade Federal do Pará (UFPA).
- d. **Salvador** (BA): Maternidade Jose Maria de Magalhães e APAE (Centro de Triagem Neonatal – Follow-up).
- e. **Alagoinhas** (BA):  
Posto de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Alagoinhas – PSF.  
Clínica Vida – Rua Conselheiro Saraiva, 51 – Centro – CEP 48 010020.
- f. **Belo Horizonte** (MG):  
ACRIAR (Ambulatório da Criança de Risco) do Hospital das Clínicas (UFMG).  
Ambulatório de baixa visão do Hospital das Clínicas (Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG).  
Ambulatório de Transtornos Complexos do Desenvolvimento Infantil - Hospital João Paulo II da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.
- g. **Fortaleza** (CE):  
Ambulatório de Seguimento de Bebês de Médio Risco do Hospital Albert Sabin.
- h. **Iguatu** (CE):  
Postos de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Iguatu.
- i. **Recife** (PE):  
Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascido de Risco do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE).
- j. **Campina Grande** (PB):  
10 Postos de Saúde da Secretaria Municipal.

- k. **Brasília (DF):** Serviço de Pediatria do Hospital Universitário (Universidade de Brasília - UNB).
- l. **Maceió (AL):** Hospital Universitário (Universidade Federal de Alagoas - UFAL)
- m. **São Luís (MA):**
  - Maternidade Pública Estadual Marli Sarney.
  - Hospital da Criança Dr. Odorico Amaral de Matos (Hospital Municipal).
- n. **Santa Maria (RS):**
  - Hospital Universitário de Santa Maria - Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, Universidade Federal Santa Maria (UFSM).

## II – COORDENADORES E EQUIPES DE TRABALHO

### Coordenação nacional:

Dra. Cláudia Mascarenhas Fernandes (BA), psicóloga, psicanalista.  
CV Lattes 7193784089996482.

Dra. Érika Parlato de Oliveira (MG), fonoaudióloga.  
CV Lattes 2438837056714277.

Dr. Leonardo Posternack (SP), pediatra.

### Coordenadores locais e equipes:

- 1. **Rio de Janeiro:**
  - Maria Cristina do Rego Monteiro de Abreu, psiquiatra infantil, Mestre em Saúde Coletiva, CV Lattes 7009334719919460

Sônia Motta , psicóloga, psicanalista.

### Equipe:

Fernando Ramos (pedo-psiquiatra, coordenador no hospital Philippe Pinel)  
Lúcio Simões de Lima (pedo-psiquiatra, coordenador na Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP)

Raquel Piller (médica clínica, pós-graduação hospitalar em Saúde Pública, coordenadora no Posto de Saúde da Gávea)

Fátima Sobral Fernandes (professora adjunta da Escola de Comunicação da UFRJ, psicanalista, membro da Comissão de Saúde Primária da ABENEPI, CV Lattes 6378629974313895)

Cristina Hoyer (psicóloga, psicanalista, coordenadora na Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria – ABENEPI), CV Lattes 9048048558625590.

2. **São Paulo (SP)**

Leonardo Posternak, pediatra.

Patrícia Cardoso de Mello, psicóloga, psicanalista.

3. **Belém (PA)**

Léa Salles, psicóloga, psicanalista, CV Lattes 1142596237594259.

Júlia .....

4. **Salvador (BA)**

Daniele de Brito Wanderley, psicóloga, psicanalista, membro do NIIP - Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce, CV Lattes 0627864731668592.

5. **Alagoinhas (BA)**

Denise Carvalho Barbosa, psicóloga, psicanalista, membro do NIIP - Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, CV Lattes 2051515145533675.

Equipe:

Posto de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Alagoinhas

Dra. Érika Silva Simões Rodrigues, pediatra, CRM 03/12060

Clínica Vida

Dra. Conceição Guimarães Rego, pediatra, CRM 03/ 8574

Dr. Daniel Gustavo Vichi Campos Farias, pediatra, CRM 03/ 14427

Dra. Ana Paula Laranjeira de Melo, pediatra, CRM 03/14745

6. **Belo Horizonte (MG)**

Erika Parlato (fonoaudióloga, CV Lattes 2438837056714277).

Rosely Melgaço (psicóloga, psicanalista, CV Lattes 2753105824100444).

Equipe:

Nádia Rodrigues de Figueiredo (psicóloga, Mestre, CV Lattes 7078378023464162)

Sandra Regina Brum da Mata (psicóloga, CV Lattes 149478491830803)

Regina Helena Caldas de Amorim (médico, doutora, CV Lattes 5443606958169804)

Galton Carvalho Vasconcellos (médico, doutor, CV Lattes 8491385040596497)

Walter Camargos Júnior (médico, mestre, CV Lattes 8787965623128846)

Camila Alexandre Vilaça Ramos (fonoaudióloga, CV Lattes 9443006101749477)

Sirley Alves da Silva Carvalho (fonoaudióloga, doutora, CV Lattes 1028295858152022)

7. **Fortaleza e Iguatu (CE)**

Maria Helena Pinheiros Cardoso Marques (psiquiatra infantil, psicanalista).

**Iguatu:** Equipes de Saúde da Família (PSF)

Número de postos: 25 unidades

Número de crianças de 0 a 3 meses em atendimento/mês: 442

Composição das equipes de saúde da família: 20 médicos, 27 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 4 nutricionistas, 3 psicólogos, 3 fonoaudiólogos, 6 assistentes sociais, 1 neurologista, 1 pedopsiquiatra, 1 psicanalista.

**Fortaleza (CE):** Hospital Infantil Albert Sabin

Equipe: 1 neonatologista, 2 neuropediatras, 1 oftalmologista, 4 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 5 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 1 enfermeiro.

**Recife (PE):**

Severina Sílvia M. O. Ferreira (psicóloga - CRP-02/0674, psicanalista, membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil, co-fundadora do NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos, CV Lattes 9243392727483959).

Equipe:

Pediatras do CISAM:

Ana Maria Holanda Araújo – CRM 7151

Edla Cristina Araújo Monteiro da Cruz – CRM 4257

Maria da Apresentação Pinto de Abreu – CRM 4062

Nádja Maria da Mota Paraíba de Albuquerque – CRM 6715

Tereza Maria de Araújo Leal – CRM 7217

Eunice Ferreira Lopes de Oliveira – CREMEPE 3093, Coordenadora da Unidade Mãe-Canguru e da Equipe de Pesquisadores do CISAM, membro do NINAR – Núcleo de Estudos psicanalíticos.

Fonoaudiólogas do CISAM:

Norma Maria de Barros Moura – CRFg 6408

Mirella de Almeida Cardoso – CRFg4854

Assistente social do CISAM:

Valquíria Pereira Ferreira – CRESS 1558 - Gerente do Serviço Social, CV Lattes 3237224471631614.

Outros pesquisadores:

Brena Aguiar Leite – psicóloga - CRP-02/18859 - Gerência Operacional de Atenção à Saúde (GOAS) do Distrito Sanitário II - Prefeitura da Cidade do Recife.

Gina da Cruz R. C. de Andrade, psicóloga, CRP-02/13722, membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil.

Maria Maria José Maquiné Celestino – psicóloga – CRP 02/0825, psicanalista voluntária do CISAM.

Rachel Rangel Bastos, socióloga, psicanalista, Mestre em Antropologia, Membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil.

Suzana Konstantinos Livadias – psicóloga CRP 02/11659 - Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DGAS) da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife.

Tereza Cristina Avellar Barretto – psicóloga (CRP 02/0136), pós-graduação em Psicologia Hospitalar, psicanalista voluntária do CISAM, co-fundadora do NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos.

8. **Campina Grande (PB)**

Ana Amélia Arruda (Psicanalista, Secretaria de Saúde de Campina Grande, CV Lattes 4967895373174472).

9. **Brasília (DF)**

Inês Catão (psiquiatra, psicanalista) e Marilúcia Picanço (pediatra, CV Lattes 8842412109888894).



Equipe:

1 fonoaudióloga, 1 psicóloga, 1 Assistente social, 2 enfermeiras, 1 neuropediatra, 1 psiquiatra infantil.

10. **Maceió (AL)**

Terezinha Jurity (neuro-pediatra)

Equipe:

03 Pediatras:

Iasmin Cavalcante Duarte

Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Laura Maria Medeiros da Cunha

02 Psicólogas:

Mariana Falcão Farias

Rejane Rocha

03 Enfermeiras Sanitaristas:

Terezinha Barbosa

Angela Maria Gomes Tenório

Josenúbia Freire Costa

1 Epidemiologista:

Cláudio Miranda.

11. **São Luís (MA)**

William Amorim de Sousa (professor, psicanalista, Mestre em Letras, CV Lattes nº 3502416623315355).

Equipe:

Bruno Ricardo Marques Araújo (pesquisador bolsista)

Érika Flávia Almeida (pesquisador bolsista, CV Lattes  
8763071382564600)

12. **Santa Maria (RS)**

Ana Paula Ramos Souza (fonoaudióloga, CV Lattes 785996389320763)

Equipe:

Fonoaudiólogas:

Anelise Henrich Crestani,  
Michele Paula Moro.

Psicólogas:

Janaína Pretto  
Mariana Flores  
Luciane Beltrame  
Ellen Fernanda Klinger.

## ANEXO 05. Instituições parceiras do Projeto PREAUT BRASIL

### 1. ASSOCIAÇÃO PREAUT (França)

A Associação PREAUT (*Programme Recherche Evaluation Autisme*) foi fundada em 1998, em Paris (França), com a finalidade de criar e desenvolver um Projeto de Pesquisa sobre Autismo. Criada por um grupo de doze clínicos (psicanalistas, psiquiatras e pediatras) interessados no estudo do autismo infantil (etiologia, detecção, epidemiologia e evolução, bem como por suas diferentes formas de acompanhamento e tratamento clínico), a Associação PREAUT formulou o *Programme Recherche Evaluation Autisme*, que ora se estende a outros países (Inglaterra, Argentina e Brasil). A Associação PREAUT realiza: (a) formação das equipes médicas dos centros de Proteção Materno Infantil (PMI) da França; (b) publicação dos Cadernos PREAUT, com trabalhos teórico-clínicos desenvolvidos por pesquisadores ligados ao Projeto e a análise dos resultados parciais da pesquisa; e (c) capacitação profissional permanente através de seminários mensais sobre a clínica com bebês. No Brasil, a Associação PREAUT é representada por Graciela Cullere-Crespin, encarregada da introdução e acompanhamento da pesquisa nas cidades brasileiras (coordenação geral). ([www.preaut.fr](http://www.preaut.fr))

### 2. CENTRO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA MAUD MANNONI – CIAAM (São Luís-MA)

O Centro da Infância e Adolescência Maud Mannoni – CIAMM é uma clínica interdisciplinar que desde 2003 oferece atendimento diferenciado no campo terapêutico e educacional com bebês, crianças, adolescentes e jovens adultos. Através da prática interdisciplinar, orientada pela psicanálise, que privilegia a estruturação subjetiva no diagnóstico e no tratamento dos problemas do desenvolvimento, este Centro assenta sua prática clínica em atos que visam ao desenvolvimento global do sujeito em sofrimento e não apenas uma simples remissão dos sintomas. Simultaneamente à clínica, o CIAMM desenvolve atividades de ensino e pesquisa, objetivando a formação continuada de profissionais da área da infância e da adolescência; além do mais, oferece supervisões clínico-institucionais, assessorias às instituições educacionais e clínicas e orientação no processo de inclusão escolar de sujeitos autistas e psicóticos.

### 3. INSTITUTO VIVA INFÂNCIA (Salvador-BA)

Organização não governamental destinada à prevenção e tratamento de riscos psico-sociais durante a infância. É formada por uma equipe interdisciplinar e foi fundada em São Paulo no ano de 2000, sob nome de INFANS - Unidade de Atendimento ao Bebê, mas atualmente o INSTITUTO VIVA INFÂNCIA, tem sua sede na cidade de Salvador. Sua missão consiste em atender gestantes e bebês, crianças e suas famílias em situação de risco psico-social, além da capacitação de profissionais para que a rede de atenção à primeira infância se multiplique. A sede da instituição possui seis salas, além de sala de espera com secretaria, uma brinquedoteca e uma sala para cursos. Atende-se em atendimentos individualizados em torno de 50 famílias mensais, além de grupos de mãe, mulheres, pais e bebês. Projetos de prevenção precoce e inclusão psico-social tem sido um grande investimento da instituição.

### 4. NIIP – NÚCLEO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DA BAHIA (Salvador)

Trata-se de um grupo de profissionais que disponibilizam atendimento interdisciplinar aos bebês e suas famílias. A equipe tem se dedicado especialmente à questão da avaliação e tratamento precoce do autismo e à promoção de palestras e cursos, visando a uma maior capacitação de profissionais na identificação precoce de transtornos psíquicos em bebês e crianças pequenas. ([www.niip.com.br](http://www.niip.com.br)).

### 5. NINAR – NÚCLEO DE ESTUDOS PSICANALÍTICOS (Recife-PE)

O NINAR - NÚCLEO DE ESTUDOS PSICANALÍTICOS é uma entidade voltada para o atendimento clínico de gestantes, pais, bebês e crianças pequenas. A partir de um trabalho voluntário desenvolvido desde o início da década de noventa na Maternidade-Escola do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM/UPE), em Recife (PE), o NINAR estendeu suas atividades aos consultórios particulares e a outros serviços de saúde a partir de 1996. Entre seus objetivos, além da assistência e tratamento de gestantes, pais e crianças, sustentados no princípio da interdisciplinaridade, o NINAR se dedica ao permanente aprimoramento teórico-clínico de seus coordenadores e integrantes da sua equipe. Para isso, inclui em seu

planejamento anual o desenvolvimento de grupos de estudos e pesquisas, abertos também para aqueles que desejam tornar-se cuidadores de pais e bebês. O NINAR vem abrindo novos caminhos para a sensibilização de profissionais da saúde quanto à relevância de detecção precoce de riscos para o desenvolvimento psíquico na primeira infância, bem como quanto à necessidade de intervenções clínicas imediatas à constatação de sinais de sofrimento, visando à saúde mental da criança. Coordenado por Eunice F. L. de Oliveira, neonatologista, Chefe da Unidade Mãe-Canguru do CISAM, Severina Sílvia M. O. Ferreira e Tereza Cristina Avellar Barretto, psicanalistas, o NINAR se integra como instituição-parceira do Projeto de Pesquisa PREAUT Brasil ([www.ninar.com.br](http://www.ninar.com.br)).

## 6. INSTITUTO LANGAGE (São Paulo – SP)

O Instituto Langage é uma entidade sem fins lucrativos que desde a sua fundação tem como missão constituir-se num espaço de articulação dos diversos campos de saber sobre a linguagem. Sua proposta é possibilitar a integração da diversidade que a linguagem propicia em seus diversos recortes. Acredita que a constituição deste lócus para a convergência dos saberes filosóficos, lingüísticos, psicanalíticos, neurológicos, psicológicos, fonoaudiológicos, fisiológicos, antropológicos, sociológicos, lógicos, matemáticos, cognitivos e semióticos, favoreça a formação de atores sociais no manuseio da linguagem como instrumento complexo de operação sobre a realidade. Realizador do I Seminário Internacional Transdisciplinar de clinica e pesquisa sobre o bebê, em Paris, em 2009.

## **ANEXO 06. Carta de Informação ao Participante e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Caro(a) Senhor(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é “Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental na primeira infância”.

O objetivo deste estudo é aprimorar no sistema de saúde a possibilidade de utilização de instrumentos de triagem ou detecção precoce de perturbações da comunicação e interação que precedem os transtornos autísticos.

Para atingir o objetivo proposto as crianças serão avaliadas nas consultas de rotina, em períodos previstos pelo Ministério da Saúde do Brasil, respeitando-se as idades de 4, 9, 12 e 24 meses para administração dos instrumentos, o que não implicará em deslocamentos suplementares para a família. Para tal procedimento gostaríamos de seu consentimento para que a criança e o(a) Sr(a) possam participar da gravação.

Informo que o(a) Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre esclarecimentos de eventuais dúvidas. Também lhe é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, lhe sendo permitido deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à sua integridade. Garantimos que as gravações realizadas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgadas identificações em momento algum da pesquisa.

O(a) Sr(a) tem o direito de ser informado(a) sempre que desejar sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, todas as informações serão respondidas e esclarecidas. Em caso de dúvidas sobre a ética do estudo, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Comprometemo-nos a utilizar as imagens obtidas somente para pesquisa, sendo os resultados veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a identificações dos participantes. Em anexo está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado caso tenha concordado e não tenha restado qualquer dúvida.

#### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, concordo em participar e autorizo a  
participação \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ criança  
\_\_\_\_\_ na  
pesquisa “Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebê e seu impacto na saúde mental na primeira infância” e dou meu consentimento para que os resultados da análise sejam utilizados para fins científicos, uma vez que meu anonimato e o da criança foram garantidos. Fui informado dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa e concordo com a divulgação dos dados encontrados, os quais poderão ter informações importantes para elaboração de medidas de promoção de saúde. Por outro lado, estou ciente de que receberei uma cópia deste termo assinado por mim e pelos pesquisadores e que, em caso de dúvida ou reclamação, poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do CISAM, pessoalmente ou por meio do telefone (81)3182-7729.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

# **PERTURBAÇÕES PRECOSES DA COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO PAIS-BEBÊS E SEU IMPACTO NA SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Projeto de Pesquisa PREAUT Brasil (resumo)

## 1. Pressupostos teóricos

Ver páginas 1 a 17 do texto integral do projeto, anexo.

## 2. Justificativa: detecção precoce e intervenção clínica

Não é desconhecido o fato de que as experiências iniciais da criança são determinantes para o seu desenvolvimento e para a sua saúde mental. Entretanto, as consequências desses tempos iniciais apenas são levadas em consideração no final da primeira infância ou a partir da segunda, quando perturbações graves ou mesmo transtornos mentais já se encontram instalados. Uma demonstração do reconhecimento tardio dessas manifestações precoces é atestada pela ausência em manuais como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de uma chamada para desordens de natureza psíquica presentes no primeiro ano de vida. No entanto, a Organização Mundial de Saúde propõe dois importantes princípios de atenção em saúde mental: o diagnóstico precoce e a intervenção precoce (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001, apud TROIAN ZEN E MOTTA, 2003).

Para alcançar um desenvolvimento (global) harmonioso, não é suficiente que o tempo passe e a estatura e peso da criança se elevem. É necessário, além da saúde do corpo, que se estabeleça um laço entre ela e seus pais (ou substitutos). Assim é que a criança já pode apresentar uma série de perturbações desde os tempos preliminares, desordens que estão sempre relacionadas à qualidade das interações pais-bebê. Recentemente uma equipe multidisciplinar propôs uma escala de classificação diagnóstica para a primeira infância que revela ser possível detectar muito precocemente sinais de dificuldades no estabelecimento do laço pais-bebê, que, por sua vez, são reveladores de um intenso sofrimento psíquico da criança, muitas vezes acometida por distúrbios funcionais. Os recém-nascidos e os bebês de poucos meses podem então apresentar: recusa para alimentação, sono excessivo ou escasso, choro

frequente e inconsolável, desinteresse pelo entorno, ausência de olhar, de sorriso, de interesse pela voz humana, etc. Ao mesmo tempo, podem manifestar distúrbios funcionais persistentes (gastrointestinais, respiratórios, epidérmicos, etc.) (CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA: 0-3, 1997).

Entretanto, ainda que esses trabalhos apontem constantemente para a interferência de fatores psíquicos no desenvolvimento da criança, capazes de comprometer a sua saúde global, o fato é que a grande maioria das equipes neonatais, além de desconhecerem estas situações, não são preparadas para realizar uma detecção precoce e oportuna das perturbações do primeiro ano de vida (sobretudo). Por outro lado, as equipes de saúde desconhecem igualmente o que essas publicações testemunham: os resultados satisfatórios de intervenções clínicas realizadas com a criança e os pais, cuja eficácia permite ao bebê tomar ou retomar o curso normal do seu desenvolvimento, rumo à linguagem e à saúde mental.

A noção de desenvolvimento das relações afetivas e sociais, como salienta Trouvé (2007), ainda está mantida à distância pelas autoridades médicas encarregadas da medicina preventiva, como se a avaliação desse aspecto de saúde do lactente não fosse do âmbito da neonatologia (principalmente) e da pediatria.

Como observa Trouvé, a categoria “psicomotor” constante da ficha de seguimento da criança nas consultas de puericultura (na França como no Brasil), não engloba questões que poderiam apontar para a qualidade das interações precoces, centrais para o desenvolvimento psíquico da criança. Itens como “a criança mostra interesse pela voz”, “procura o contato olho a olho”, “sorri, mostrando prazer diante da apresentação de um rosto humano”, “procura e aprecia o contato físico apaziguador”, índices da introdução da criança no mundo da linguagem e da emergência da constituição psíquica, não são investigados durante a consulta, a despeito da sua fundamental relevância para a detecção de sofrimento psíquico e de perturbações no vínculo primordial pais-bebê.

Assim, levar as equipes neonatais e pediátricas a se tornarem capazes de realizar a detecção precoce de sinais de perturbações das interações iniciais pais-bebê, com a finalidade de possibilitar a intervenção clínica imediata e oportuna das famílias afetadas, justifica a proposta deste projeto de pesquisa: validar os sinais comunicativos PREAUT



como indicadores, pela sua ausência, de perturbações da comunicação e/ou das interações precoces<sup>8</sup>.

### 3. Objetivos

#### 3.1. Geral

O estudo prioriza discutir e aprimorar no Sistema de Saúde a possibilidade de utilização de instrumentos de triagem ou detecção precoce de perturbações da comunicação e interação que precedem os transtornos autísticos, visando à proposição imediata de ações clínicas interventivas. Assim, utilizando o fator sensibilidade<sup>9</sup> como parâmetro, a pesquisa pretende avaliar a eficácia e utilidade dos seguintes instrumentos, a serem aplicados em uma coorte de bebês acompanhados em serviços de saúde diversos (pediatria geral, bebês prematuros e bebês com alterações orgânicas): Questionário PREAUT, Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação (QDC) e *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) – v. páginas 15-17 do texto integral.

#### 3.2. Objetivos específicos

3.2.1- Identificar perturbações precoces da comunicação e interação através da aplicação do Questionário PREAUT, aos 4 e 9 meses.

3.2.2 – Avaliar as competências comunicativas dos bebês através da aplicação do Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação (QDC), aos 12 meses.

3.2.3 – Verificar sinais indicativos de risco de autismo através da administração do *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), aos 24 meses.

3.2.4 – Investigar a correlação existente entre os resultados encontrados nos três instrumentos.

### 4. Metodologia (v. texto integral, páginas 23-29)

#### 4.1. Desenho do estudo: coorte prospectiva.

---

<sup>8</sup> V. outras justificativas no texto integral do Projeto, páginas 17-22.

<sup>9</sup> A sensibilidade se refere à proporção de crianças com distúrbio(s) que são identificadas pelo instrumento prognóstico (número de casos identificados/número total de casos (cf. T. CHARMAN, 2009:11).

#### 4.2. Casuística

Participarão da pesquisa crianças encaminhadas aos serviços de saúde para as consultas de puericultura aos 4, 9, 12 e 24 meses. A amostra será composta considerando-se: a população em geral (bebês atendidos em postos de saúde ou em Programas de Saúde da Família-PSF), bebês prematuros e bebês com alterações orgânicas (*follow up* em maternidades, hospitais infantis e centros de referência especializados).

#### 4.3. Critério de inclusão na amostra

Serão incluídos bebês atendidos em serviços de saúde de diversas cidades brasileiras, antecipadamente cadastrados no Projeto PREAUT (v. anexo 4). Assim, comporão a amostra bebês nascidos a termo, prematuros, de baixo peso, com necessidades especiais, portadores de alterações orgânicas, de modo que nenhuma criança, em face de suas condições de nascimento ou desenvolvimento, deixará de ser incluída.

#### 4.4. Tamanho amostral estimado

Estima-se um montante mínimo de 1.250 crianças compondo a amostra nos ambulatórios de pediatria geral. Prevendo-se um percentual de perdas equivalente a 20% desse total, a amostra desse grupo (pediatria geral) será composta por um mínimo de 1.000 crianças.

O tamanho amostral dos serviços especializados no atendimento de bebês prematuros, de baixo peso, com necessidades especiais e portadores de alterações orgânicas (segundo grupo) dependerá do número de crianças recebidas em função do local e da especificidade da unidade de saúde.

#### 4.5. Resultados esperados

São esperados os seguintes resultados:

- a) Sensibilização de médicos e profissionais de saúde para a importância da detecção e intervenção precoces no que diz respeito à saúde mental da criança, de acordo com os princípios da Organização Mundial de Saúde para a atenção primária;
- b) Publicação dos resultados da pesquisa, qualificando o Questionário PREAUT, o Questionário sobre o Desenvolvimento da Comunicação – QDC e o CHAT - *Checklist for Autism in Toddlers*;
- c) Divulgação e discussão, no meio científico, da possibilidade de utilização de instrumentos de detecção precoce de perturbações da comunicação e interação que precedem os transtornos autísticos, nos primeiros meses de vida da criança;
- d) Inclusão, nos questionários utilizados nos serviços de puericultura, de questões pertinentes a índices marcadores de perturbações precoces da comunicação e interação.

#### 4.6. Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa será desenvolvida seguindo as recomendações propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde MS 196/1996. Por isto, este projeto será previamente encaminhado ao Comitê de Ética vinculado a cada serviço de saúde, para aprovação.

Por se tratar de um estudo que envolve um grupo (amostra) considerado vulnerável, a avaliação dos riscos da criança para qualquer comprometimento da linguagem, da comunicação e/ou interacional será realizada por pesquisadores profissionais experientes e competentes no acompanhamento de possíveis problemas a serem diagnosticados. À criança que apresentar sinais de risco para o desenvolvimento psíquico será garantida intervenção no próprio serviço de saúde ou nas instituições parceiras do projeto PREAUT (v. Anexo 5). As equipes locais se prontificam a dar esclarecimentos às famílias sempre que se fizer necessário, durante o período de coleta dos dados e/ou durante o acompanhamento da criança, contando igualmente com as instituições parceiras.

Encontram-se no Anexo 6 a Carta de Informação ao Participante e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que serão apresentados aos pais ou ao responsável pela criança, os quais serão lidos em conjunto com eles, visando às necessárias explicações sobre o seu conteúdo e implicações. Em caso de aceitação de participação na pesquisa, o Termo será assinado pelo responsável pela criança e pelo pesquisador.

## 5. Coordenação nacional e coordenação local

### 5.1. Coordenação nacional

- Dra. Cláudia Mascarenhas Fernandes (BA), psicóloga, psicanalista.  
CV Lattes 7193784089996482.
- Dra. Érika Parlato de Oliveira (MG), fonoaudióloga  
CV Lattes 2438837056714277.
- Dr. Leonardo Posternack (SP), pediatra.

### 5.2. Coordenação local

#### **Recife (PE):**

Severina Sílvia M. O. Ferreira (psicóloga - CRP-02/0674, psicanalista, membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil, co-fundadora do NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos, CV Lattes 9243392727483959).

#### Equipe:

#### Pediatras do CISAM:

Ana Maria Holanda Araújo – CRM 7151

Edla Cristina Araújo Monteiro da Cruz – CRM 4257

Maria da Apresentação Pinto de Abreu – CRM 4062

Nádja Maria da Mota Paraíba de Albuquerque – CRM 6715

Tereza Maria de Araújo Leal – CRM 7217

Eunice Ferreira Lopes de Oliveira – CREMEPE 3093, **Coordenadora da Unidade Mãe-Canguru e da Equipe de Pesquisadores do CISAM**, membro do NINAR – Núcleo de Estudos psicanalíticos.

#### Fonoaudiólogas do CISAM:

Norma Maria de Barros Moura – CRFg 6408

Mirella de Almeida Cardoso – CRFg4854

Assistente social do CISAM:

Valquíria Pereira Ferreira – CRESS 1558 - Gerente do Serviço Social, CV Lattes 3237224471631614.

Outros pesquisadores (em Recife-PE)

Brena Aguiar Leite – psicóloga - CRP-02/18859 - Gerência Operacional de Atenção à Saúde (GOAS) do Distrito Sanitário II - Prefeitura da Cidade do Recife.

Gina da Cruz R. C. de Andrade, psicóloga, CRP-02/13722, membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil.

Maria Maria José Maquiné Celestino – psicóloga – CRP 02/0825, psicanalista voluntária do CISAM.

Rachel Rangel Bastos, socióloga, psicanalista, Mestre em Antropologia, Membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil.

Suzana Konstantinos Livadias – psicóloga CRP 02/11659 - Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DGAS) da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife.

Tereza Cristina Avellar Barretto – psicóloga (CRP 02/0136), pós-graduação em Psicologia Hospitalar, co-fundadora do NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos<sup>10</sup>.

6. Local da pesquisa em Recife (PE): Ambulatório de Seguimento de Bebês de Risco do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM/UPE.

Recife, 26 de julho de 2010.

Severina Sílvia M. O. Ferreira Tereza Cristina A. Barretto Eunice F. L. de Oliveira

---

<sup>10</sup> A coordenação local, junto com a equipe de pesquisadores, vem realizando reuniões mensais no Ambulatório de Seguimento de Bebês de Risco do CISAM desde o final do ano passado, durante as quais são lidos e discutidos textos pertinentes aos pressupostos teóricos do projeto, com ênfase no estudo do sofrimento psíquico do bebê e seus pais, detecção precoce de distúrbios da interação e comunicação e intervenção clínica.

**PESQUISA PREAUT BRASIL  
ORÇAMENTO**

I - Detalhamento das despesas estimadas

**1. Despesas de Pessoal**

	Mensal	Anual
Salários e encargos <sup>11</sup>		
Ajuda de custo (R\$100,00 p/pesquisador) <sup>12</sup>	1.600,00	19.200,00
Outras despesas de pessoal (+20%)	320,00	3.840,00
<b>Sub-total</b>		<b>23.040,00</b>

**2. Despesas com locomoção**

	Anual
Aquisição de passagens (aéreas e terrestres)	18.000,00
Taxas de embarque (+ 5%)	900,00
Seguros (+ 10%)	1.800,00
Fretamento	1.000,00
Locação ou uso de veículos (p/transporte de pessoas e bagagens)	1.000,00
Diárias (hospedagem, alimentação) + 20%	3.600,00
Diversos (10%)	1.800,00
<b>Sub-total</b>	<b>28.100,00</b>

**3. Material de Consumo**

	Mensal	Anual
Material de Expediente	200,00	2.400,00
Material gráfico e de	300,00	3.600,00

<sup>11</sup> Não haverá despesas com vencimentos, salários, encargos e obrigações sociais.

<sup>12</sup> Número de pesquisadores em Recife (PE): 16.

processamento de dados		
Aquisição de material áudio-visual	150,00	1.800,00
Material para telecomunicação	100,00	1.200,00
Material para manutenção e reposição	50,00	600,00
Diversos	50,00	600,00
Sub-total		<b>10.200,00</b>

#### 4. Material Permanente

	Mensal	Anual
Aquisição de material bibliográfico	200,00	2.400,00
Aquisição de aparelhos e equipamentos de comunicação		3.000,00
Outros		1.000,00
Sub-total		<b>6.400,00</b>

#### 5. Outros Serviços

	Mensal	Anual
Despesas com serviços de comunicação (telefone, fax, correios, etc.)	200,00	2.400,00
Locação de equipamentos e materiais permanentes	100,00	1.200,00
Serviços de divulgação, impressão, encadernação e publicação	350,00	4.200,00
Despesas com congressos, simpósios, jornadas, conferências, cursos, seminários e similares	150,00	1.500,00
Despesas com consultoria	120,00	1.440,00

especializada		
Treinamento ( capacitação)	250,00	3.000,00
Diversos		2.000,00
Sub-total		<b>15.740,00</b>

II – Custos estimados para os 3 primeiros anos da Pesquisa PREAUT Brasil (resumo)

	Anual	Total <sup>13</sup>
Despesas de Pessoal	23.040,00	69.120,00
Material de Consumo	10.200,00	30.600,00
Despesas com locomoção	28.100,00	84.300,00
Material Permanente	6.400,00	19.200,00
Outros Serviços	15.740,00	47.220,00
Total Anual	<b>83.480,00</b>	
Total Geral		<b>R\$250.440,00<sup>14</sup></b>

**(Duzentos e cinquenta mil, quatrocentos e quarenta reais)**

<sup>13</sup> Total para 3 anos.

<sup>14</sup> Os pesquisadores buscarão financiamento para cobertura das despesas.