


O RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS E AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DOS PEDIATRAS

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-401>

Data de submissão: 28/04/2025

Data de publicação: 28/05/2025

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Médica Pediatra

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente da Atenção Primária
Coordenadora do Núcleo de Apoio às Práticas Educativas da Faculdade de Medicina da UFJF
Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira- UFJF
<https://orcid.org/0000-0001-7366-7330>

Ilka Schapper Santos

Psicanalista - Associado Membro do Espaço Oficina de Psicanálise (EOP)/RJ
Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE/UFJF
Coordenadora do Grupo de Pesquisa Psicanálise, Linguagem e Educação – GP PsiLE
Coordenadora do Grupo de Estudos Bebê (en)cena
<https://orcid.org/0000-0002-4031-0463>

Raquel Corrêa de Oliveira

Psicanalista - Associado Membro do Espaço Oficina de Psicanálise (EOP)/RJ
Coordenadora da Oficina Laço Mãe-Bebê (EOP)/RJ
<https://orcid.org/0000-0002-5277-4003>
Supervisora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Torquato Neto/ RJ

Marie Christine Laznik

Psicanalista -Membro da Associação Lacaniana Internacional – ALI
<https://orcid.org/0000-0001-8667-9357>

Erika Parlato-Oliveira

Psicanalista -Professora da Faculdade de Medicina da UFMG/ Membro do CRPMS - Université de Paris
Membro da Associação Lacaniana International. Professora Université Paris Cité. Diretora do Babylab Cerep-Phymentin. Vice-presidente da WAIMH-France.
<https://orcid.org/0000-0002-4031-0463>

RESUMO

A saúde mental infantil, especialmente no primeiro ano de vida, é crucial para o desenvolvimento social e emocional do bebê, envolvendo a capacidade de regular emoções, formar vínculos e explorar o ambiente. Fatores de risco, como prematuridade ou depressão materna, e fatores de proteção, como ambientes favoráveis, influenciam o desenvolvimento psíquico. A epigenética destaca a interação entre biologia e ambiente, permitindo intervenções precoces. O circuito pulsional, proposto por Lacan, explica a constituição do sujeito por meio da relação com o cuidador. Sinais de risco psíquico, como a ausência de troca visual ou do terceiro tempo do circuito pulsional, podem indicar autismo ou outras patologias. O protocolo PREAUT, validado para triagem aos 4 e 9 meses, auxilia pediatras na identificação precoce e intervenção transdisciplinar.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil. Circuito Pulsional.

1 INTRODUÇÃO

No início do século XXI, o estudo da saúde mental infantil tornou-se uma base ampla e complexa de conhecimentos e experimentações que congregaram esforços multidisciplinares e internacionais de clínicos, pesquisadores e formuladores de políticas públicas com o objetivo de melhorar o bem-estar social e emocional de bebês, escolares e adolescentes (VON KLITZING, 2017). Ainda assim, não é raro, entre os profissionais da saúde, a perplexidade frente ao termo “saúde mental infantil”. A ideia de um “bebê” que aparenta bem-estar, saúde e aconchego não parece se encaixar com “saúde mental e suas associações de desajuste, estigma e doença mental”. Seria razoável pensar que os bebês também apresentam sofrimento psíquico? Fato é que “há sinais que indicariam que as estruturas necessárias ao estabelecimento do aparelho psíquico – de modo que haja a emergência do sujeito - não estão se fazendo. Isto apresenta um interesse de ordem metodológica, mas também prática” (LAZNIK, 2013, p.156)” abrindo um campo de atenção para a intervenção oportuna do pediatra nos primeiros meses de vida.

A definição que utilizamos aqui de saúde mental infantil é

a capacidade da criança jovem experimentar, regular e expressar emoções, formar relacionamentos próximos e seguros, explorar o ambiente e aprender. Todas essas capacidades serão melhor realizadas dentro do contexto do ambiente de cuidado que inclui expectativas familiares, comunitárias e culturais para bebês. Desenvolver essas capacidades é sinônimo de desenvolvimento social e emocional saudável (ZEANAH JR.; ZEANAH, 2019, p.6)

Em pediatria, o termo “bebê” geralmente se refere ao primeiro ano de vida. É exatamente nessa faixa etária que incide este trabalho, incluindo a experiência pré-natal intraútero. Os princípios básicos que fundamentam a prática clínica da saúde mental infantil incluem as relações entre o bebê e o cuidador como foco principal nos esforços de avaliação e intervenção, não apenas porque os bebês são, de fato, dependentes de suas possibilidades de cuidado, mas também porque o desempenho infantil varia muito em diferentes relacionamentos e contextos histórico-culturais.

Os bebês nascem com seus saberes e, dependendo da forma como são acolhidos e estimulados pelos outros que dele se ocupam, essas características podem ter uma evolução mais ou menos favorável (LAZNIK, 2013; PARLTO-OLIVEIRA-OLIVEIRA, 2019). Pediatras e demais profissionais que exercem suas práticas no segmento da primeira infância podem se manter atentos para identificar os problemas no vínculo entre os bebês e seus cuidadores, a fim de intervir de maneira eficaz e oportuna. Certas condições ou características ambientais podem aumentar ou diminuir os riscos psíquicos de o bebê desenvolver quadros psicopatológicos. Esses fatores de risco são usados para definir grupos de alto risco, como bebês nascidos prematuros, bebês de mães deprimidas e bebês criados em instituições. Por outro lado, os fatores de risco não são distribuídos aleatoriamente nem

estão relacionados entre si necessariamente. Fatores de risco complexos interagindo entre si são a regra e não a exceção. De fato, parece que o número e a qualidade dos fatores de risco são os melhores preditores de resultados nesse caso (SAMEROFF; FIESE, 2000).

O risco ambiental foi responsável por mais variações nas trajetórias de desenvolvimento do ser humano do que a agressão biológica, como a exposição pré-natal a medicamentos, por exemplo. Fatores de proteção podem reduzir diretamente os efeitos do risco, aumentar o desempenho ou proteger o bebê contra a adversidade (GARMEZY; TELLEGEN, 1984). Os processos de proteção podem operar, simultânea ou sucessivamente, em face de diferentes desafios e em diferentes pontos do desenvolvimento. Por exemplo, fatores de risco infantis intrínsecos, como a suscetibilidade à dor, comprometimentos orgânicos características sindrômicas, não podem ser evitados. No entanto, suas consequências adversas, como obstruções no desenvolvimento das potencialidades dos bebês devem ser o foco nos esforços de identificação de sofrimento psíquico.

Nesse cenário, os profissionais que buscam intervir nas experiências infantis, que poderiam favorecer o risco psíquico, não podem deixar de considerar o papel da epigenética como uma relação contínua e recíproca entre ambiente e biologia, em oposição a uma relação linear de causa e consequência. Ambientes favoráveis, juntamente com a plasticidade cerebral, possibilitam que as instaurações estruturais encontrem novos enodamentos e novas articulações (LAZNIK, 2013).

Essa perspectiva introduz mais variabilidade no humano em desenvolvimento e minimiza o papel dos estados patológicos discretos em favor de uma rede de processos articulados e flutuantes. Mesmo pequenas perturbações no período formativo da infância podem ter impactos profundos ao longo da vida, caso não haja alguma intervenção oportuna.

As mudanças epigenéticas operam na raiz do código genético dos seres humanos. A natureza de um sistema flexível e maleável de regulação da expressão gênica aponta para o fato de que os impactos ambientais podem ter efeitos desproporcionais sobre o tempo, à medida que a flexibilidade epigenética se estreita. A maleabilidade do desenvolvimento funciona como um fator de risco e como uma oportunidade. Embora o foco empírico da investigação epigenética até hoje tenha sido em experiências negativas, a maleabilidade das vias epigenéticas também representa uma oportunidade através da qual os esforços de prevenção e intervenção podem resultar em profundas mudanças que favoreçam a plena constituição do bebê típico (ANSERMET, 2019, PROCHIANTZ, 2019). Os pediatras, como agentes de cuidados primários, são parceiros fundamentais na identificação de ações necessárias nesse momento da constituição psíquica do bebê, considerando que trabalhar a partir dos fatores de risco pode alterar o destino de uma criança.

A intervenção com bebês é uma clínica que se dá numa corrida contra o tempo, pois as instaurações estruturais acontecem mais facilmente em momentos específicos. Daí a importância de que a identificação do risco psíquico para o desenvolvimento da síndrome do autismo ou de outras patologias precoces aconteça até um ano (12 meses), época em que a plasticidade cerebral é mais sensível à intervenção (LAZNIK, 2013; PARLTO-OLIVEIRA & SAINT-GEORGES, 2019).

2 A CONSTRUÇÃO DO PSIQUISMO INFANTIL A PARTIR DA MONTAGEM DO CIRCUITO PULSIONAL

Na leitura que fazemos da constituição do sujeito humano, o funcionamento psíquico se estabelece a partir da montagem do circuito pulsional. O sujeito humano é constituído pela relação com o campo do Outro, a partir da troca que o bebê estabelece com seus outros cuidadores. Para Lacan (1964), o Outro representa o lugar da alteridade, um lugar simbólico. Mas é preciso que esse lugar Outro seja ocupado por algum outro/semelhante, ou por alguns outros, de carne e osso, que possam vir fazer a função de representar o mundo para o bebê. Nesse momento inicial, a mãe, ou quem faz a função de maternagem, é, primordialmente, para o bebê, a encarnação do mundo, e, portanto, desse campo do Outro. A encarnação que a mãe precisa realizar é se oferecer, nesse primeiro tempo da vida do bebê, como um corpo (MELMAN, 1991). Sua presença é algo que faz esse corpo, através de seu olhar, e de sua voz, que limita e define as bordas do corpo do bebê, algo, portanto, que é organizado e que o organiza. Não há corpo e, como consequência, não haverá sujeito sem a passagem pelo campo do Outro, pois é nesse percurso que o corpo se estrutura e o aparelho psíquico se organiza, na medida em que o pulsional se regula (OLIVEIRA, 2018).

Será nesse percurso que a pulsão se especifica na realização de um trajeto em forma de circuito no qual as bordas corporais vão se estabelecendo. O circuito pulsional se estabelece em três tempos, assim especificados: (1) em um primeiro tempo, o bebê vai à busca do objeto para dele se apoderar (seio, mamadeira); (2) no segundo tempo do circuito, a criança, em um movimento autoerótico, “olha para si”, buscando, no próprio corpo, a satisfação (suga as mãos, pés); (3) já o terceiro tempo, imprescindível ao remate do circuito pulsional, é caracterizado pelo oferecimento que o bebê faz de si, de seu corpo, como objeto de desejo do outro, por exemplo, buscando-o para continuar uma brincadeira com os pés, as mãos, o abdome etc. No terceiro tempo, além de o bebê se fazer objeto do desejo do outro, também se interessa pelo prazer que provoca nesse outro. Enquanto o primeiro tempo é ativo, o segundo é passivo, temos, no terceiro tempo, algo, ao mesmo tempo, passivo e ativo. O caráter verdadeiramente pulsional dos dois primeiros tempos só pode ser confirmado mediante a constatação da ocorrência do terceiro. Se tudo correr bem, é um tempo de sintonia perfeita entre mãe/bebê, que

pouco ou nada se diferenciam. Este é o primeiro circuito de trocas para a criança. Quando há algum acidente nessas primeiras interações do bebê com o mundo, o efeito incidirá na montagem do circuito pulsional, sendo possível haver um impasse na construção da imagem corporal, resultando numa organização subjetiva precária (MELMAN, 1991).

Acompanhando o pensamento de Crespim e Parlato-Oliveira (2015), respaldadas nos trabalhos de Laznik (2013), o risco psíquico do desenvolvimento da síndrome autística incide na dificuldade do bebê em se inscrever no terceiro tempo do circuito pulsional.

3 A AVALIAÇÃO DO RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS E A INTERVENÇÃO EM DOIS TEMPOS

O interesse crescente no deslocamento do olhar, que antes via apenas o sofrimento do corpo, para a escuta de um sofrimento psíquico que pode estar lá, interferindo na constituição do sujeito, desde os primeiros dias de vida, vem capturando o investimento cada vez maior dos profissionais que trabalham com bebês. Essa escuta se faz através do acolhimento da palavra da mãe ou de quem exerce a função dos cuidados cotidianos do bebê, seus “outros primordiais” (LAZNIK, 2013). Essas pessoas de referência para o recém-nascido são as melhores fontes de informação e, em geral, sabem identificar quando algo não vai bem.

É muito importante que esse outro cuidador seja alguém que acolha e intervenha no desconforto e mal-estar de um bebê que está em dificuldades. Nesse ponto, a sensibilização dos profissionais que trabalham com a primeira infância, em especial os pediatras, pode fazer diferença para o sofrimento psíquico dos bebês. Não se trata apenas de avaliar se o bebê está se alimentando, crescendo, ganhando peso, dormindo bem. Às vezes, bebês silenciosos, que dormem muito, “que não dão trabalho” podem estar usando o sono em excesso para se proteger/defender de uma relação difícil com o outro, por exemplo, um olhar invasivo, uma situação de negligência. Dito de outro modo, precisamos, além de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento orgânico e motor do bebê, olhar também para como está se dando sua constituição psíquica.

O grande desafio a ser enfrentado atualmente é a implantação e difusão de dispositivos de acolhimento aos bebês e seus outros primordiais, tanto na rede pública como no circuito da clínica privada, que contemplem uma abordagem em dois tempos. Dois momentos que apontam para dois tipos de intervenções diferentes. O primeiro seria o momento da identificação do sofrimento psíquico e da avaliação do risco do bebê em desenvolver alguma patologia. Esta é uma tarefa imprescindível aos pediatras, mas também aos demais profissionais que atuam na atenção básica da saúde, profissionais da educação que atuam na primeira infância. Deve ser feito a partir dos instrumentos já

validados e em uso específico para essa finalidade, como o do protocolo PREAUT (LAZNIK & SAINT-GEORGES, 2017). O segundo seria o momento do encaminhamento para um tratamento clínico multiprofissional – pediatras, psicanalistas, fonoaudiologistas, oftalmologistas, psicomotricistas - que visaria construir condições mais favoráveis para o bebê estabelecer um laço de interação com os outros e, por consequência, com o mundo.

Considerando que não serão necessariamente os mesmos profissionais atuando nos dois momentos da abordagem, a capacitação de profissionais para cada um desses momentos também precisa ser diferenciada. Para a intervenção no primeiro momento, serão necessários profissionais capacitados para identificar o risco psíquico e, num segundo momento, profissionais formados para fazer a intervenção clínica propriamente dita, visando tratar as dificuldades no enlaçamento do bebê com sua mãe ou com quem se responsabiliza por seus cuidados de forma continuada. Há circunstâncias em que as parcerias com outros profissionais, tais como psicomotricistas, oftalmologistas, fonoaudiólogos, neurologistas e psiquiatras se fazem necessárias. A visada é a de um campo de trabalho transdisciplinar, contemplando também profissionais que trabalham com a Educação Infantil, nas creches e escolas (LAZNIK; TOUATI & BURSZTEJN 2016).

4 SINAIS DE RISCO PSÍQUICO

Quais seriam, portanto, os sinais de risco psíquico no primeiro ano de vida, considerando que os chamados comportamentos autísticos, como as estereotípias com as mãos, o rodopio sobre o próprio eixo do corpo e dificuldades na entrada da linguagem, só aparecem no segundo ano de vida? Os dois sinais clínicos que são indicados para a avaliação do risco psíquico, a partir da clínica proposta e sustentada por Laznik (2013) são: (1) o não-olhar entre o bebê e o outro cuidador e (2) a não instauração do circuito pulsional completo, ou seja, a falta do remate pelo fracasso do terceiro tempo do circuito pulsional.

A identificação desses dois sinais, para Laznik (2013), pode ser assim sintetizada: sinal comunicativo 1– o bebê NÃO busca o olhar de sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela e sinal comunicativo 2: o bebê NÃO busca solicitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela. Isso indica que o bebê em risco de evolução autística pode até olhar, mas vai lhe faltar a capacidade de INICIAR uma troca prazerosa, JUBILATÓRIA, com seus cuidadores principais de SE FAZER OLHAR, SE FAZER BEIJAR...

Para Laznik (2013), o não olhar entre uma mãe/outro cuidador e seu filho, especialmente quando a mãe ou quem faz a função de maternagem não se dá conta disso, constitui um dos sinais que nos faz pensar, por exemplo, no risco de estabelecimento de um quadro de autismo. Mesmo que a falta

desse olhar não evolua mais tarde para um quadro de autismo, pode sinalizar outros riscos de sofrimentos psíquicos.

O segundo sinal clínico é a não-instauração do terceiro tempo do circuito pulsional. Em tese, é um sinal simples de ser verificado, pois se trata da falta de movimento do bebê na provocação do contato com o outro cuidador na ausência de um investimento inicial vindo deste. Todavia, esse sinal só ganhará importância, se quem o identificou compreender que se trata de um indício do fracasso da constituição de uma estrutura imprescindível para o funcionamento humano que é o aparelho psíquico. Essa falha aparece como uma falta de apetência simbólica, ou seja, o não interesse pelo estabelecimento de vínculo com o campo do grande Outro.

5 COMO O PEDIATRA PODE IDENTIFICAR O RISCO PSÍQUICO?

Poderíamos pensar em uma prevenção da síndrome autística? Ou mais amplamente, pensarmos sobre uma identificação do risco psíquico também para vários outros quadros clínicos infantis, tais como depressão, transtornos alimentares e do sono?

O risco psíquico pode estar referido tanto a distúrbios decorrentes da chegada do bebê ao mundo, ou seja, com a forma como é acolhido num momento inicial de sua constituição subjetiva, como também pode estar relacionado a fatores orgânicos, alterações sensoriais, comprometimento visual ou auditivo que dificultam, do lado do bebê, uma abertura para a relação com seus cuidadores. A investigação de como fatores genéticos podem ser temperados pelas contingências da vida é um ponto de interesse relevante para a clínica com bebês.

Na prática da clínica com bebês, como o pediatra poderia identificar o risco psíquico? O Protocolo PREAUT é um instrumento indicado como recurso para os profissionais que atuam com os bebês.

O advento do Projeto PREAUT em 1998, na França, conta hoje com a participação de vários países, inclusive o Brasil, atualmente, em onze polos, de norte a sul do país: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo. O projeto teve suas origens a partir da ideia de Serge Lebovici de que seria possível alterar a constituição psíquica de uma criança que estivesse em risco psíquico, incluindo o autismo, caso a intervenção fosse iniciada antes do primeiro ano de vida do bebê (CRESPIN; PARLTO-OLIVEIRA, 2015). Entretanto, uma questão se colocava: como começar a intervenção cedo, se o diagnóstico do autismo só ocorria por volta do terceiro ano de vida da criança? Por conta disso, durante muito tempo, a hipótese de Lebovici não pôde ser testada.

Essa interpretação mudou, quando Marie Christine Laznik, sensível à ideia de Lebovici, encontra Filipo Muratori, neuropsiquiatria e pesquisador da Universidade de Pisa, referência para autismo na Itália e com um dos maiores acervos de filmes familiares de bebês, que, posteriormente, foram diagnosticadas como autistas. A partir da análise desses filmes familiares, Laznik pôde definir os dois sinais que identificam um bebê em risco de se tornar autista. Crespin e Parlato-Oliveira (2015) esclarecem que, a partir de sua prática clínica, Marie Christine Laznik propôs a hipótese do que foi designado de sinais PREAUT (sinais que deram subsídios para a elaboração do Protocolo PREAUT). Nas palavras da própria Laznik: “Haveria no bebê com evolução autística um NÃO aparecimento da capacidade de iniciar as trocas (com o outro familiar) de um modo lúdico e jubilatório” (CRESPIN; PARLTO-OLIVEIRA, 2015).

Essa hipótese do fracasso do terceiro tempo do circuito pulsional foi verificada a partir de uma pesquisa realizada durante 20 anos por uma equipe multidisciplinar, cujos resultados finais foram publicados em 2017. A partir da hipótese, um protocolo a ser aplicado aos 4 e aos 9 meses de idade foi proposto, mais de 600 pediatras do Serviço Público Francês foram capacitados e mais de 12000 bebês foram avaliados.

Todos os dados foram analisados de acordo com as normas científicas por um grupo de pesquisadores, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Pitié-Salpêtrière, coordenado pelo professor David Cohen. Dentre os membros da equipe, Bertrand Olliac e Catherine Saint-Georges analisaram os dados disponíveis considerando a epidemiologia, a comparação entre os casos acompanhados e perdidos, comparando os resultados com outros instrumentos de avaliação para idades mais tardias. Os resultados finais permitiram a validação do protocolo proposto para uso em bebês a partir de 4 meses de idade (OLLIAC, B.; CRESPIN, G.; LAZNIK, M-C.; GANOUNI, O. C. I; SARRADET, J-L.; BAUBY, C.; DANDRES, A-M.; RUIZ, E.; BURSZTEJN, C.; XAVIER, J.; FALISSARD, B.; BODEAU, N.; COHEN, D.; SAINT-GEORGES, C 2017). A validação para o uso do protocolo PREAUT aos 9 meses já havia sido publicada anteriormente (OUSS, L.; SAINT-GEORGES, C.; ROBEL, L.; BODEAU, N.; LAZNIK, M-R.; CRESPIN, C.; CHETOUANI, M.; BURSZTEJN, C.; GOLSE, B.; NABBOUT, R.; COHEN, D., 2013).

Os resultados mostraram que 100 crianças apresentaram resultado positivo, das quais 45 receberam diagnóstico subsequentemente. Entre aqueles que receberam um diagnóstico, 22 eram saudáveis, 10 foram diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), sete com deficiência intelectual (DI) e seis tiveram outro distúrbio do desenvolvimento. Assim, 50% das crianças positivas, em uma triagem posterior, receberam um diagnóstico de alteração neurodesenvolvimental. Os escores do protocolo PREAUT foram significativamente associados ao status de risco médio e alto de TEA no

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) aos 24 meses. A sensibilidade (Se), especificidade, e os valores preditivos positivos (VPP) para PREAUT, aos quatro ou nove meses, e ao CHAT, aos 24 meses, foram semelhantes [PREAUT-4: Se = 16,0 a 20,6%, VPP = 25,4 a 26,3%; PREAUT-9: Se = 30,5 a 41,2%, VPP = 20,2 a 36,4%; e CHAT-24: Se = 33,9 para 41,5%, VPP = 27,3 a 25,9%]. O uso repetido dos instrumentos de triagem aumentou as Estimativas de Se, mas não de PPV [PREAUT e CHAT combinados: Se = 67,9 a 77,7%, PPV = 19,0 para 28,0%].

Dessa forma, o protocolo PREAUT pode contribuir para a detecção de risco para *Autism Atectrun Disorder* (ASD) em uma idade na qual a intervenção adequada é muito eficaz, considerando os aspectos de epigenética e da plasticidade neuronal.

Frente às possibilidades fundamentadas de riscos psíquicos na infância, as intervenções de saúde mental infantil são qualitativamente diferentes das intervenções de saúde mental para crianças mais velhas e adolescentes. Na verdade, medidas de triagem geralmente abordam uma área limitada e específica de problemas com o objetivo de desencadear de forma eficiente uma avaliação adicional ou encaminhamento. Nem sempre a avaliação é tão abrangente quanto necessária para orientar as decisões e o planejamento do tratamento. No Brasil, um adendo recente ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 13.438 de 2017) chama atenção para a importância de uma avaliação do psiquismo dos bebês na faixa etária de 0 a 18 meses, que até então fora esquecida:

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiro dezoito meses de vida, de protocolo ou de outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para seu desenvolvimento psíquico. (BRASIL, 2017)

Vemos que o texto do adendo destaca pontos essenciais para avaliação do risco psíquico na clínica com bebês: (1) aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros 18 meses de vida; (2) com o uso de instrumento adequado; (3) com o objetivo de detectar risco para desenvolvimento psíquico e (4) realizada na consulta pediátrica que, no SUS, é feita por uma equipe de profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tarefa com a qual nós, profissionais da primeira infância, estamos sendo confrontados na abordagem infantil, é a necessidade de conseguirmos acompanhar as crianças para além dos dados do crescimento e do desenvolvimento, ampliando o foco para o campo da constituição psíquica. O olhar cuidadoso para a constituição psíquica favorece a identificação para aquelas condições que propiciam o sofrimento psíquico de forma ampla. Necessário verificar oportunamente os sinais que nos indicam o risco do autismo ou outras patologias que apontem para alguma dificuldade no desenvolvimento

psíquico dos bebês. Considerando que esse risco é determinado multifatorialmente, o desafio é propor uma intervenção que seja transdisciplinar, valorizando a interlocução entre diversas áreas de saber, tais como a Medicina, a Psicologia, a Psicanálise, a Neurociência, a Linguística, a Fonoaudiologia, a Fisioterapia e a Terapia ocupacional.

A maior novidade trazida pela proposta de identificação dos sinais de risco psíquico em bebês foi a indicação de que há condições necessárias que precisam estar presentes no primeiro ano de vida para que um bebê possa se desenvolver integralmente, tanto física como psiquicamente. A descoberta que haveria intervenções possíveis e desejáveis com bebês que estivessem apresentando dificuldades nas primeiras relações com seus outros primordiais abriu novas esperanças para quadros clínicos que poderiam ser inicialmente avaliados como situações de prognóstico desfavorável.

Nosso foco é sustentado por um trabalho clínico que propõe a intervenção com bebês e seus outros primordiais, iniciando-se de preferência no primeiro ano de vida, considerando que já há instrumentos capazes de identificar sinais, a partir de 4 meses, respaldados por uma lei que propõe tal ação. Cabe a nós, como profissionais que atuamos com os bebês, nos atualizarmos para oferecer os procedimentos necessários não apenas para o seu desenvolvimento motor, mas também para sua constituição psíquica, favorecendo o estabelecimento de um laço com o campo do outro, em última instância, com o mundo ao seu redor.

REFERÊNCIAS

- ANSERMET, F. E; GIACOBINO, A. A cada um o seu genoma. Singe toi-même, Éditions Odile Jacob. 2019.
- BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Adendo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).
- CRESPIN, G & PARLTO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: JERUSALINSKY, Alfredo (org). Dossiê Autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2015.
- GARMEZY, N., MASTEN, A. S. & AMP; TELLEGEN, A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. Child Development, v. 55, nº 1, p. 97–111, 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1129837> 4.
- LACAN, J. O Seminário, livro 11 – Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- LAZNIK, M.- C. A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma, 2013.
- LAZNIK, M.- C; TOUATI, B.; BURSZTEJN, C. Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância. São Paulo: Instituto Langage, 2016.
- LAZNIK, M.- C & SAINT GEORGES, C. Dépister le risque d'autisme chez les bébés de quelques mois pourrait-il permettre de transformer le pronostic? La grille PREAUT, son origine et ses applications. France: Enface et Psi, 2017, nº. 80.
- MELMAN, C. O que é uma mãe? Estrutura Lacaniana das Psicoses. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- OLLIAC, B.; CRESPIN, G.; LAZNIK, M-C.; GANOUNI, O. C. I; SARRADET, J-L.; BAUBY, C.; DANDRES, A-M.; RUIZ, E.; BURSZTEJN, C.; XAVIER, J.; FALISSARD, B.; BODEAU, N.; COHEN, D.; SAINT-GEORGES, C. Infant and dyadic assessment in early Community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. PLOS ONE: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>, December 7, 2017.
- OUSS, L.; SAINT-GEORGES, C.; ROBEL, L.; BODEAU, N.; LAZNIK, M-R.; CRESPIN, C.; CHETOUANI, M.; BURSZTEJN, C.; GOLSE, B.; NABBOU, R.; COHEN, D. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. Eur Child Adolesc Psychiatry. Published online: 01 June 2013.
- OLIVEIRA, R. C. Laço Transferencial e contorno institucional: uma aposta na clínica com adolescentes em crise. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.
- PARLTO-OLIVEIRA, E. Saberes do bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2019 (a).

PARLTO-OLIVEIRA, E. & SAINT-GEORGÈS. L'autisme: tout um monde. France: Éirès, 2019, n°. 80.

PROCHIANTZ, Alain. Singe toi-même, France: Éditions Odile Jacob, 2019.

VON KLITZING, K. Should we diagnose babies? Some notes on the launch of the new Zero to Five classification system [Presidential address]. Tampere, Finland: World Association for Infant Mental Health, 2017.

ZEANAH JR, C. H.; ZEANAH, P. D. Handbook of infant mental health. New York; London: Guilford Press, 2019.