

Antônia Motta Roth Jobim van  
Hoogstraten<sup>1</sup>

Ana Paula Ramos de Souza<sup>1</sup>

Anaelena Bragança de Moraes<sup>1</sup>

# A complementaridade entre sinais PREAUT e IRDI na análise de risco psíquico aos nove meses e sua relação com idade gestacional

## *Complementarity between PREAUT grid and IRDI in the analysis of psychic risk at nine months of age and its relationship with gestational age*

### Descritores

Psicanálise  
Desenvolvimento Infantil  
Prematuridade  
Autismo  
Relações Mãe-filho

### Keywords

Psychoanalysis  
Child Development  
Prematurity  
Autism  
Mother-child Relations

### RESUMO

**Objetivo:** Comparar o nível de concordância estatística entre os Sinais PREAUT e os Indicadores Clínicos de Risco/Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) na identificação de risco e analisar a frequência de risco psíquico considerando a variável idade gestacional. **Método:** A amostra total contou com 80 bebês, sendo 55 bebês nascidos a termo e 25 bebês nascidos pré-termo, considerando a idade corrigida. Foram excluídos todos os bebês que apresentaram qualquer espécie de síndrome genética, lesões neurológicas ou déficits sensoriais. O IRDI e os Sinais PREAUT, além de uma entrevista semiestruturada foram utilizados como instrumento de coleta de dados. A análise estatística avaliou o grau de concordância entre os Sinais PREAUT e o IRDI a partir do coeficiente de concordância kappa. **Resultados:** Foi observada uma concordância perfeita na identificação de sujeitos em ambos protocolos aos nove meses, embora essa identificação se dê por sinais fenomênicos distintos. A frequência de risco psíquico em bebês prematuros foi superior (24%) à frequência em bebês nascidos a termo (20%). O risco psíquico foi considerável na amostra estudada aos nove meses (21,25%). **Conclusão:** Houve uma concordância total entre ambos os protocolos na identificação de risco psíquico aos nove meses, cuja frequência foi importante na amostra estudada.

### ABSTRACT

**Purpose:** Compare the level of statistical agreement between the PREAUT grid and the clinical indicators of risk/reference to child development (IRDI) in the identification of risk, and analyze the frequency of psychic risk considering the variable gestational age. **Methods:** The sample consisted of 80 infants, 55 full term and 25 preterm, considering the corrected age. All infants who presented any genetic syndrome, neurological lesions, or sensory deficits were excluded from the study. The IRDI and the PREAUT grid, in addition to a semi-structured interview, were used as data collection instruments. The statistical analysis evaluated the degree of agreement between the PREAUT grid and IRDI levels considering the Kappa coefficient agreement. **Results:** Perfect agreement was observed in the identification of individuals with psychic risk in both protocols at nine months of age, although this identification is due to different phenomena. The frequency of psychic risk in preterm infants was higher (24%) than that in full term infants (20%). Considerable psychic risk was observed in the sample studied (21.25%) at nine months of age. **Conclusion:** Complete agreement was observed between both protocols in the identification of psychic risk at nine months of age, whose frequency was important in the studied sample.

### Endereço para correspondência:

Antônia Motta Roth Jobim van  
Hoogstraten  
Programa de Pós-graduação em  
Distúrbios da Comunicação Humana,  
Departamento de Fonoaudiologia,  
Universidade Federal de Santa Maria  
– UFSM  
Avenida Nossa Senhora Medianeira,  
1040, ap. 902, Santa Maria (RS),  
Brasil, CEP: 97060-002.  
E-mail: antoniamroth@gmail.com

Recebido em: Maio 26, 2017

Aceito em: Junho 04, 2018

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação de Distúrbios da Comunicação Humana, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

**Fonte de financiamento:** nada a declarar.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

A identificação de risco psíquico e ao desenvolvimento desde os primeiros meses de vida vem sendo amplamente investigada por pesquisadores que consideram as interações mãe-bebê, sobretudo em aspectos da protoconversa inicial como o uso do *manhês* pela díade<sup>(1-6)</sup>. Consideram que este atua como um “catalisador” ao desenvolvimento da comunicação, afetando e regulando a excitação e atenção dos bebês, facilitando a percepção da fala e compreensão da linguagem e, principalmente, a comunicação do afeto<sup>(5)</sup>.

Nos casos de bebês que posteriormente desenvolverão o autismo, essa preferência pela voz materna não é evidenciada, dificultando o engajamento do bebê na relação intersubjetiva, possivelmente por déficits no processamento subcortical da emoção na voz<sup>(7)</sup>. Mesmo assim, os pais dessas crianças utilizam o *manhês* de forma ainda mais significativa do que pais de bebês típicos<sup>(1)</sup> em uma tentativa de adaptação ativa à falta de responsividade de seus filhos. Esses resultados são obtidos<sup>(6)</sup> ao analisar a relação entre comportamentos infantis e do adulto cuidador por meio da escala de comportamento da criança e do cuidador (*Infant caregiver behavior scale – ICSB*) e na análise comparativa de vídeos familiares de bebês que se tornaram autistas em relação a outros com desenvolvimento típico e com deficiência intelectual. Neste estudo, ficou evidente que os pais dos bebês que se tornaram autistas fazem uma superestimulação na tentativa de chamar a atenção de seu bebê.

A observação desse tipo de limitação em vídeos familiares de bebês interagindo com seus pais e que foram diagnosticados como autistas após três anos de idade, orientou a formulação dos Sinais PREAUT<sup>(8)</sup>. Os pesquisadores observaram que o terceiro tempo do circuito pulsional não se efetivou em nenhum dos três registros pulsionais (escópica, oral ou invocante)<sup>(9)</sup>. Esses sinais permitiram que se identificasse o risco psíquico por meio da falta de resposta ao *manhês*. Nos casos mais graves, evidenciou-se a ausência de troca de olhares entre a díade e, nos casos mais leves, embora houvesse resposta ao *manhês* e troca de olhares, não havia a convocação do bebê ao adulto. A sensibilidade desses sinais para identificação do autismo foi comprovada por estudo<sup>(4)</sup> que acompanhou 25 crianças com síndrome de West até 24 meses, momento no qual foram comparados aos resultados obtidos por meio do M-CHAT. Tal pesquisa demonstrou que os sinais PREAUT foram capazes de identificar os bebês em risco para autismo. Há estudo atual<sup>(10)</sup> que afirma que o autismo tem origem em uma falha pré-natal no desenvolvimento dos sistemas que programam o *timing*, a coordenação motora seriada, o controle prospectivo de movimentos e o controle da regulação afetiva das experiências.

Na presente pesquisa, para os casos com pontuação intermediária entre cinco e 15 nos Sinais PREAUT, a hipótese é que a análise do roteiro IRDI possa auxiliar na compreensão do risco de natureza não autista. O protocolo IRDI tem sido utilizado na realidade brasileira<sup>(11)</sup> em pesquisas para demonstrar a correlação entre risco e presença de alteração de humor materno<sup>(12)</sup>, dificuldades com a constituição do papel materno<sup>(13)</sup>; prolongamento do aleitamento materno e dificuldades na transição alimentar<sup>(14)</sup>; a menor produção de fala entre 13 e 16 meses<sup>(15)</sup>; ao desfecho de

problemas de linguagem<sup>(16-18)</sup> e a dificuldades na construção da imagem corporal<sup>(19)</sup>. O risco psíquico, identificado pelo IRDI, também demonstrou associação com fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais<sup>(20)</sup>. Todos esses estudos confirmam a importância do IRDI na detecção precoce de sofrimento psíquico e na prevenção de alterações do desenvolvimento infantil e do desenvolvimento de psicopatologias graves.

Dentre os fatores obstétricos, a prematuridade é um fator biológico que incide diretamente nesses resultados e, por isso, foi objeto de investigação na pesquisa aqui relatada. A prematuridade, como fator de risco biológico, pode afetar as condições de maturação do SNC e do desenvolvimento físico e relacionado à fatores psíquicos e cognitivos, tendo consequências para o desenvolvimento infantil<sup>(21,22)</sup>. Nessa mesma direção, pesquisas vêm buscando evidenciar as consequências da prematuridade sobre a maturação e desenvolvimento do bebê em oposição àqueles que possuem idade gestacional superior a 37 semanas<sup>(23)</sup>.

O presente artigo relata resultados parciais de uma pesquisa que teve como principais hipóteses a existência de uma complementaridade entre os Sinais PREAUT e o IRDI na identificação da presença de risco nesse processo de desenvolvimento infantil e constituição psíquica, além da análise da prematuridade como fator de risco ao desenvolvimento infantil e ao processo de constituição psíquica. Os objetivos do presente estudo são comparar o nível de concordância estatística entre os Sinais PREAUT e o IRDI na identificação de risco e analisar a frequência de risco psíquico considerando a variável idade gestacional.

## MÉTODO

Esta é do tipo quantitativa, utilizando instrumentos estatísticos<sup>(24)</sup>. Apresenta uma coorte prospectiva, pois acompanhou bebês prematuros e a termo entre os três e nove primeiros meses de vida, enfocando a presença ou ausência de risco psíquico, a partir da aplicação dos dois protocolos e a observação do processo interativo mãe-bebê. A análise concentrou-se na concordância entre os dois protocolos aos nove meses, momento em que ambos conseguem identificar com maior clareza o risco psíquico. Isso porque com três fases analisadas no IRDI há a possibilidade de se confirmar a presença de risco, tendo em vista que para este protocolo a presença de risco depende da ausência de dois ou mais indicadores e a persistência dessa ausência em duas ou mais fases. Este roteiro, diferentemente dos Sinais PREAUT, não possui resultados desde a primeira fase, faz-se necessário a ausência de indicadores em mais de uma fase para que haja o desfecho risco psíquico.

Esta pesquisa vincula-se a um projeto de pesquisa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em um Hospital Universitário (HU), localizados no bairro Camobi, em Santa Maria, Rio Grande do Sul. Nesses dois ambulatorios, bebês nascidos pré-termo e a termo foram acompanhados de um a vinte e quatro meses.

O projeto de pesquisa no qual se insere esta pesquisa foi autorizado em maio de 2014 no CEP da Universidade sob número de CAE: 28586914.0.0000.5346. Portanto a pesquisa atendeu a normas regulamentadas pela Resolução 466/2012 (BRASIL

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012), passou por Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP) da Universidade e autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

A amostra total contou com 80 bebês, sendo 55 bebês nascidos a termo e 25 bebês nascidos pré-termo (com idade gestacional inferior a 37 semanas)<sup>(25)</sup>, estes avaliados nos protocolos considerando a idade corrigida. Dentre os bebês nascidos a termo, tem-se 29 do gênero masculino e 26 do gênero feminino. Dentre os bebês nascidos pré-termo, 14 eram do gênero feminino e 11 do gênero masculino.

O tamanho da amostra inicial foi definido em função do número de bebês que haviam completado nove meses até o final do período de coleta dos dados para a dissertação que embasou este artigo. Toda a coleta de dados com bebês prematuros considerou a idade corrigida<sup>(22)</sup>, calculada a partir do qual há a subtração da diferença entre 40 semanas e a idade gestacional ao nascimento.

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mães de bebês a termo e prematuros cujas idades eram inferiores a um mês entre agosto de 2014 e maio de 2015 e que frequentavam ao menos um dos dois locais de puericultura: no setor de Triagem Neonatal da UBS que recebe cerca de 150 bebês recém-nascidos anualmente para acompanhamento pediátrico, dentre eles a realização do Teste do Pezinho e no setor de acompanhamento de prematuros extremos do HU onde se realiza, dentre outras avaliações, o Teste da Orelhinha.

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

A pesquisa não ofereceu riscos físicos ou morais para os participantes, uma vez que os exames realizados pela equipe são procedimentos simples e não invasivos, podendo contribuir para a identificação precoce de risco para perturbações da comunicação e da interação. O desconforto consistiu no retorno ao local de avaliação e participação de filmagens e respostas a avaliações e questionários. Os familiares estiveram motivados a comparecer tendo em vista seu conhecimento de que o projeto acompanharia o desenvolvimento dos filhos e proveria tratamento quando necessário.

### **Instrumentos e procedimentos de coleta**

O primeiro contato com os bebês e seus familiares, em especial a mãe, ocorreu no Teste do Pezinho na UBS e no setor de acompanhamento de prematuros extremos do HU. Nesse caso, os bebês foram captados em dois setores: na pediatria no seguimento dos prematuros e no teste da orelhinha no setor de audiologia. Nesse momento, as mães receberam informações a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Em seguida,

lhes foi lido em voz alta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constando os objetivos da pesquisa, os riscos envolvidos, a participação voluntária, o sigilo quanto à sua identidade e o seu direito de desistir do processo em qualquer momento do estudo. No mesmo dia foi aplicada a entrevista semiestruturada com o responsável pelo bebê, que, nesta pesquisa, foi a mãe.

Além do primeiro contato, foram previstos três encontros em que as díades foram filmadas. Sua interação foi avaliada em relação a presença ou ausência dos indicadores do IRDI e dos sinais PREAUT e foi realizada uma retomada de dados do bebê quanto a possíveis mudanças na rotina do bebê ou da família.

Os quatro momentos de coleta de dados ocorreram: no primeiro mês (no teste do pezinho, realizado em geral entre 20 e 30 dias): primeiro contato, assinatura do TCLE e entrevista semiestruturada; na faixa etária de quatro meses (entre três meses e um dia a quatro meses e 29 dias): Sinais PREAUT e IRDI fase I; na faixa etária de seis meses (entre cinco meses e um dia e seis meses e 29 dias): IRDI fase II; e, na faixa etária de nove meses (entre oito meses e um dia e nove meses e 29 dias): Sinais PREAUT e IRDI fase III.

Durante esses encontros, a interação da díade foi observada considerando os IRDI e os Sinais PREAUT. Em seguida, o bebê e a mãe eram convidados a ficar em uma sala silenciosa para interagir sobre um tapete de EVA, de modo que a interação pudesse ser registrada por duas câmeras digitais, uma colocada a um metro de distância em vista lateral díade e a outra a dois metros de distância da díade que permitia uma visão frontal do bebê e o reflexo materno no espelho. O bebê foi colocado sentado em uma cadeira própria para sua idade e a mãe de frente para ele. Atrás do bebê foi colocado um espelho, permitindo a visão frontal do bebê e a visualização da mãe a partir de seu reflexo no espelho. Nas duas primeiras avaliações (três e seis meses), houve três momentos: três minutos de canto, três minutos de interação livre e três minutos com um brinquedo de borracha. Na avaliação dos nove meses, o bebê ficou sentado no tapete e livre para se movimentar. Desse modo, foi possível conferir nas filmagens, parte dos Sinais PREAUT e do IRDI atribuída pelo examinador no momento da coleta. A análise a partir das filmagens foi realizada pelo pesquisador e pelo orientador principal do trabalho.

Os resultados obtidos no IRDI e conferidos através das filmagens foram registrados em um banco Excel enquanto presença ou ausência de cada um dos indicadores avaliados. Em relação às duas fases dos sinais do PREAUT, a soma obtida foi identificada e também registrada no mesmo banco. Para a análise aqui apresentada, foram utilizados os resultados do IRDI nas três primeiras fases e foram utilizados os resultados dos sinais do PREAUT na faixa de nove meses (oito meses e um dia a nove meses e 29 dias).

Para a análise estatística, foram considerados com risco todos os bebês que apresentaram, na faixa etária de nove meses, a ausência de ao menos dois indicadores do roteiro IRDI e menos de 15 pontos nos sinais PREAUT. Para as pontuações abaixo de 15 nos Sinais PREAUT, foram realizadas análises da concordância entre os indicadores do IRDI e questões dos Sinais PREAUT de modo individual.

Os instrumentos de coleta utilizados foram uma entrevista semiestruturada, o IRDI e os sinais PREAUT, conforme descritos a seguir.

#### Entrevista semiestruturada

O roteiro da entrevista semiestruturada utilizado pelo grupo em pesquisa anterior<sup>(20)</sup> foi reelaborado para este estudo com o objetivo de captar fatores psicossociais, sociodemográficos e obstétricos. Por meio de perguntas apresentadas à mãe, a entrevista obteve dados psicossociais como planejamento da gestação e apoio familiar, dados obstétricos como frequência de consultas pré-natal, tipo de parto e intercorrências e dados sociodemográficos como idade, escolaridade, estado civil, profissão materna e paterna e número de irmãos do bebê. A entrevista foi realizada em duas ocasiões com as diádes: quando os bebês estavam na faixa etária dos quatro meses e quando os bebês estavam na faixa etária dos nove meses. As entrevistas foram realizadas nas mesmas ocasiões em que foram verificados os sinais PREAUT e os IRDI, tendo como objetivo verificar modificações ocorridas ao longo dos nove primeiros meses de vida do bebê.

#### Indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil

Os indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI) são compostos por 31 indicadores que permitem observar, nos primeiros 18 meses de vida da criança, a presença de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil. Sendo divididos em quatro fases de acordo com a faixa etária: fase I (até os quatro meses), fase II (quatro a oito meses incompletos), fase III (oito a 12 meses incompletos) e fase IV (12 a 18 meses).

Para a presente pesquisa, foram utilizados os indicadores IRDI, em sua versão reduzida, que consta de 18 indicadores,

sendo 14 referentes às fases I, II e III. Utilizou-se a sua versão reduzida, considerando a análise multifatorial da pesquisa multicêntrica do Ministério da Saúde apresentada na escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul<sup>(26)</sup>. Esse estudo evidenciou relações estatisticamente significativas entre a constituição psíquica e a emergência de aspectos instrumentais do desenvolvimento do bebê identificados nesta versão reduzida.

Os 14 indicadores permitiram avaliar os bebês até os nove primeiros meses de vida, quanto à presença ou ausência de riscos e, por sua vez, puderam constatar a presença de dificuldades no desenvolvimento infantil referentes à constituição subjetiva. A seguir, o Quadro 1 com os indicadores das quatro fases avaliadas nos IRDI.

Os indicadores ilustrados no Quadro 1 e observados a partir da interação mãe-bebê nos encontros da pesquisadora com a diáde foram avaliados e assinalados quando presentes ou ausentes.

#### Sinais PREAUT

Os sinais PREAUT tem como objetivo avaliar o fechamento do circuito pulsional, com base na observação da capacidade do bebê de se engajar espontaneamente em interações sincronizadas e prazerosas com sua mãe. Para tal, são avaliados dois sinais a partir da relação intersubjetiva da diáde mãe-bebê, são eles: Sinal comunicativo 1 (S1): O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela; e Sinal comunicativo 2 (S2): o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela<sup>(27)</sup>.

Inicialmente, os sinais foram observados a partir da interação mãe-bebê e depois entre a pesquisadora e a diáde. Salienta-se que, nos casos em que a mãe não interagiu com o seu bebê no período de avaliação, a pesquisadora pediu que ela falasse com

**Quadro 1.** Indicadores pesquisa IRDI - versão reduzida

FASES	INDICADORES	EIXOS
FASE I 0-4 meses incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela ( <i>manhês</i> ).	SS
	3. A criança reage ao <i>manhês</i> .	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
FASE II 4-8 meses incompletos	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
	8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
FASE III 8-12 meses e 29 dias	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
	10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
	11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
	12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
FASE IV 12-18 meses e 29 dias	13. A criança faz gracinhas.	ED
	14. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	ED
	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
	16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
	17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
	18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP

SS = Eixo “suposição de sujeito”; ED = Eixo “estabelecimento da demanda”; PA = Eixo “alternância presença-ausência”; FP = Eixo “função paterna”.  
Fonte: Kupfer et al.<sup>(26)</sup>

**Quadro 2.** Escala PREAU

Primeira parte do questionário: 4º e 9º mês		
<b>1. O bebê procura olhar para você?</b>		
a) Espontaneamente.	SIM NÃO	4 0
b) Quando você fala com ele (protoconversaço).	SIM NÃO	1 0
<b>2. O bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?</b>		
a) Na ausência de qualquer sollicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	SIM NÃO	8 0
b) Quando ela fala com ele (protoconversaço).	SIM NÃO	2 0
<b>TOTAL</b>		
Se a pontuação for maior que 3 aos 4 meses ou maior que 5 aos 9 meses, não responda às questões 3 e 4		
Segunda parte do questionário: 4º e 9º mês		
<b>3. Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)</b>		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto).	SIM NÃO	1 0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto).	SIM NÃO	2 0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	SIM NÃO	4 0
<b>4. Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)</b>		
A) Ele olha para sua mãe (ou substituto).	SIM NÃO	1 0
B) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto).	SIM NÃO	2 0
C) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	SIM NÃO	4 0
<b>TOTAL</b>		

Fonte: Olliac et al.<sup>(28)</sup>

o bebê como faria se estivessem em casa. A partir da observação e posterior conferência das filmagens, foi verificado um valor para cada resposta às perguntas presentes nos Sinais PREAUT. Quando o somatório era 15, considerava-se ausente o risco para o autismo e se o resultado era inferior a 15, considerava-se a presença de risco, fosse ela grave (inferior a cinco) ou moderada (entre cinco e 14). O Quadro 2 ilustra os Sinais PREAUT utilizados na pesquisa e verificados na faixa etária do 4º e do 9º mês<sup>(28)</sup>.

*Análise estatística dos dados*

Os dados coletados com os 80 bebês foram transferidos para um planilha do Excel e atualizados periodicamente de acordo com cada um dos três fases avaliadas dos bebês. Em seguida, realizou-se uma estatística descritiva para se verificar a frequência de alteração no IRDI e nos Sinais PREAUT na amostra estudada, utilizando o coeficiente de concordância kappa e considerando 10% como nível de significância. Cada um dos sinais PREAUT foram verificados em relação aos 14 indicadores considerados na pesquisa. Tais resultados foram interpretados a partir da seguinte relação dos valores do coeficiente kappa<sup>(29)</sup>:

- Grau de concordância quase perfeito: 0,81-1,00;
- Grau de concordância Substancial: 0,61-0,80;
- Grau de concordância moderada: 0,41-0,60;

- Grau de concordância regular: 0,21-0,40;
- Grau de concordância pequeno: entre 0 e 0,20; e
- Grau de concordância pobre: 0.

**RESULTADOS**

Os resultados dos Sinais PREAUT, avaliados aos quatro e nove meses, utilizados como fator de referência para comparação com os IRDI, podem ser evidenciados na Tabela 1.

Considerando que a pontuação nos Sinais PREAUT igual ou inferior a 5 indicam a necessidade de uma avaliação mais detalhada do bebê, uma vez que pode representar risco grave ao desenvolvimento<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, a avaliação na faixa etária de quatro meses demandou atenção, pois 42 bebês (52,2%) apresentaram pontuação inferior a 15, como evidencia-se na Tabela 1. Embora oito recém-nascidos sendo seis a termo e dois pré-termo foram avaliados com idade inferior a quatro meses, levantou-se a hipótese de imaturidade na ocasião da primeira avaliação. Mesmo assim, percebe-se que a ocorrência de presença de risco psíquico em bebês prematuros foi 11% mais alta do que a presença de risco em bebês nascidos a termo.

A avaliação dos Sinais PREAUT aos nove meses, mostrando uma diminuição considerável no número de bebês com alterações (21,25%), foi mais precisa devido à maior maturidade dos

bebês. Na primeira fase, houve oito casos (10%) de pontuação de 5 ou menos e nenhum na segunda fase. Todavia, evidenciou-se, a partir dos IRDI, um alto percentual de bebês com risco à constituição psíquica nessa mesma segunda fase, sem que fosse específico para o risco ao autismo.

Observa-se na Tabela 2 os resultados do protocolo IRDI, ilustrando os indicadores ausentes em bebê até nove meses, considerando a idade gestacional. Resultados longitudinais das três fases avaliadas corroboram com a hipótese de que a avaliação aos nove meses permite uma análise mais acurada da estruturação psíquica dos lactentes, considerando os resultados de ambos os protocolos.

A concordância entre os IRDI e os Sinais PREAUT também é indicada pela pontuação, aos quatro meses, conforme mostra

a Tabela 3. O IRDI da fase I apresentou um coeficiente de concordância igual a 0,775, valor substancial em relação aos Sinais PREAUT avaliados no mesmo período. Observa-se também que o sinal PREAUT 4A, referente a “ele olha para sua mãe (ou substituto)” apresentou coeficiente de concordância substancial (0,771) em relação ao IRDI-7 (“A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela”), avaliado na faixa etária do sexto mês do bebê.

Aos nove meses, um coeficiente de concordância kappa elevado de 0,744 também é obtido com os IRDI na fase III e os Sinais PREAUT, conforme indicado na Tabela 4. Foi encontrado o coeficiente de concordância kappa de 0,800 entre IRDI fase III e sinal PREAUT 2A (o bebê procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação). Cabe ressaltar

**Tabela 1.** Sinais PREAUT no 4º e 9º mês considerando idade gestacional

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

Fonte: Autores

**Tabela 2.** Frequência de indicadores ausentes no IRDI até 9 meses considerando idade gestacional

	Bebês com risco	2 IRDI ausentes	3 IRDI ausentes	4 IRDI ausentes	5 IRDI ausentes	7 IRDI ausentes	8 IRDI ausentes
Prematuros (n=25)	6 (24%)	1		3	2		
A termo (n=55)	11 (20%)	1		1	4	3	2
<b>Total (n=80)</b>	<b>17 (21,25%)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

14 indicadores avaliados. Fonte: Autores

**Tabela 3.** Coeficiente de concordância kappa para presença de risco nos Sinais PREAUT 4º mês e IRDI fases I e II

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

Fonte: Autores

**Tabela 4.** Coeficiente de concordância kappa para presença de risco nos Sinais PREAUT 9º mês e IRDI fase III

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

Fonte: Autores

**Tabela 5.** Descrição do número de Indicadores ausentes e somatório dos Sinais PREAUT nos dezessete sujeitos com risco aos 9 meses

Sujeitos	IRDI-Fase I nº ausentes	IRDI-Fase II nº ausentes	IRDI-Fase III nº ausentes	TOTAL	Sinais PREAUT – (4 meses)	Sinais PREAUT – (9 meses)
T06	2	2	3	7	9	9
T23	3	1	4	8	12	7
T27	3	3	1	7	2	7
T29	2	2	1	5	5	7
T 38	2	1	2	5	6	7
T47	1	1	2	4	7	7
T63	2	3	2	7	7	7
T 65	3	1	4	8	3	5
T74	3	1	1	5	8	7
T76	0	1	1	2	15	7
T112	2	1	2	5	7	7
P18	1	0	1	2	7	11
P19	0	2	3	5	15	6
P24	2	1	1	4	8	7
P33	2	0	2	4	7	7
P35	2	0	2	4	15	7
P40	1	1	3	5	7	7

Fonte: Autores

que também foi encontrado o valor de kappa de 0,777 entre o sinal 2A e o indicador 13 (“a criança faz gracinhas”), ambos indicadores de um terceiro tempo pulsional, tendo em vista que ilustram a capacidade do bebê “se fazer” objeto de júbilo do outro. Portanto, essa associação estatística comprova a consistência das bases teóricas psicanalíticas em comum dos dois protocolos na análise do desenvolvimento infantil.

Ambas as Tabelas 3 e 4 mostram uma grade combinando os Sinais PREAUT e os IRDI (considerando a versão com 18 indicadores). Com exceção do sinal 2A, os dois roteiros apresentaram um coeficiente de concordância kappa insuficiente ou moderado.

A Tabela 5 ilustra a análise descritiva dos dezessete sujeitos que apresentaram, aos nove meses, a presença de sinais de risco à constituição psíquica pelo roteiro IRDI, considerando ao menos dois IRDI ausentes, e pelos Sinais PREAUT, considerando a pontuação inferior a 15. Entre os 80 bebês envolvidos no estudo,

apenas um apresentou pontuação igual a cinco, indicativo de risco ao autismo. Salienta-se que as pontuações intermediárias do PREAUT demonstram sinais de risco psíquico não-autísticos quando comparados aos IRDI. Pode-se dizer que, por caminhos distintos, ambos os instrumentos chegam a resultados similares em termos de verificar se existe ou não algum impasse no processo de constituição psíquica do bebê.

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa parte do interesse em analisar a complementaridade existente entre os Sinais PREAUT<sup>(28)</sup> e o protocolo IRDI, afim de estudar as possibilidades de cada instrumento avaliar o desenvolvimento infantil, levando em consideração a prematuridade. A questão que norteia relaciona-se com a necessidade do uso complementar de ambos os instrumentos

Tratando-se de dois instrumentos que partem de uma mesma perspectiva psicanalítica para avaliar o desenvolvimento infantil

e, em especial, a constituição psíquica, questionava-se em que medida se fazia necessário utilizá-los simultaneamente se havia interfaces e diferenças, visto que os sinais PREAUT apresentam um direcionamento maior para o risco de evolução para um quadro de autismo<sup>(8,30)</sup> do que o IRDI que, por sua vez, visa à análise do risco psíquico de um modo mais amplo<sup>(11-20)</sup>. Os resultados apresentados nesta análise indicam que a concordância entre ambos, sobretudo na faixa etária de nove meses, demonstra que são capazes de indicar risco psíquico de modo similar. Isso confirma a potência de ambos os instrumentos já identificada em outros estudos<sup>(4,8,11-20)</sup>.

Na faixa etária dos nove meses, todos os bebês que apresentaram somatório final nos Sinais PREAUT inferior a 15 não tinham, na mesma fase, todos os indicadores presentes no roteiro IRDI e apresentaram ao menos dois indicadores ausentes. Essa afirmativa é confirmada quando, a partir dos resultados obtidos com a análise do coeficiente de concordância kappa, em que os protocolos foram comparados entre si, pode-se verificar que existiu um alto índice de correlação entre os dois protocolos, sugerindo que, de fato, ambos são sensíveis para perceber quando um bebê apresenta algum indício de que sua estruturação psíquica pode estar em risco. Entretanto, o mais importante é salientar que, quando cada sinal PREAUT foi comparado a cada indicador do roteiro IRDI avaliado da mesma fase, o coeficiente kappa foi baixo em praticamente todos os casos, com exceção do indicador 13 em relação ao sinal PREAUT 2A.

Cabe ressaltar a idade de nove meses como idade fundamental neste estudo para identificação do risco, pela total coincidência entre ambos os protocolos, o que confirma o resultado sobre ser uma idade em que os sinais PREAUT se tornam tão preditivos quanto o CHAT<sup>(4)</sup>. Também se pode pensar que é uma idade que funcionaria como um limite para um acompanhamento mais efetivo do bebê no caso de o bebê não ter comparecido à puericultura em idade anterior, ou seja, se houvesse a necessidade de escolher uma idade na qual todos os bebês deveriam ser avaliados quanto ao risco psíquico, esta seria uma idade fundamental. Há, no entanto, a possibilidade, pela previsão da linha de cuidado materno infantil no Sistema Único de Saúde brasileiro, de que ambos os instrumentos sejam utilizados nas atividades de puericultura do primeiro ano de vida, pois intervenções podem ser muito mais efetivas quando realizadas até os 6 meses em casos de risco para uma evolução de autismo como atestam alguns trabalhos<sup>(1,5,6)</sup>, bem como os bons resultados obtidos por Marie Christine Laznik em seus relatos clínicos no atendimento de bebês com menos de seis meses<sup>(9,30)</sup>.

A partir dos resultados desta pesquisa, é possível ainda ressaltar que, tal como a literatura consultada a respeito da prematuridade<sup>(21-23)</sup>, este segue sendo um fator biológico que repercute diretamente no psiquismo, podendo trazer consequências para o desenvolvimento infantil. Além disso, ressaltam-se ainda dois outros pontos fundamentais. O primeiro é que, apesar de ambos os instrumentos serem sensíveis para perceber quando algo pode não está indo bem na estruturação psíquica e desenvolvimento de um bebê, apoiam-se em sinais fenomênicos distintos para tal constatação, o que sugere que haja especificidades em ambos os instrumentos. O segundo é que o IRDI 13, referente ao fato de a criança ser capaz de “fazer

gracinhas”, elucida claramente o terceiro tempo pulsional, tal como o sinal PREAUT 2A, isto é, se a criança é capaz de “se fazer” olhar por aquele que exerce a função materna sem qualquer estimulação por parte deste.

Prevê-se, a partir da orientação psicanalítica comum aos dois instrumentos, que a possibilidade de eles indicarem que algo não vai bem no desenvolvimento infantil, não lhes atribui valor diagnóstico, havendo, portanto, a necessidade de uma avaliação em transferência para que hipóteses mais precisas do sofrimento de cada criança e seus familiares sejam formuladas na escolha da direção da intervenção<sup>(19,20)</sup>. Também é possível supor que IRDI e Sinais PREAUT são complementares no olhar sobre o risco em função de sua natureza fenomênica distinta e que podem ser utilizados como roteiros de intervenção a depender da gravidade do sofrimento psíquico já no trabalho em puericultura, sobretudo para o estabelecimento da demanda<sup>(8,19,26)</sup>.

As operações que marcam a constituição psíquica se tornam evidentes a partir dos seus efeitos indiretos observados no laço entre o cuidador primordial e o bebê. Por esse motivo, os Sinais PREAUT e o IRDI se apoiam nas interações iniciais entre eles para evidenciar se há algum impasse na constituição de um sujeito vir a ser. Eles fornecem sinais ao nível indiciário que precisam de uma interpretação singular na clínica. Por isso, a importância de inseri-los nas equipes de saúde mediante formação cuidadosa dos profissionais acerca da constituição psíquica de modo que compreendam a diferença entre risco e diagnóstico, como ocorreu no relato da pesquisa PREAUT na França<sup>(8)</sup>.

Por isso, defende-se que não basta a inserção dos instrumentos no sistema de saúde, é preciso criar equipes de detecção e intervenção precoce que sustentem as equipes da atenção primária, realizando, quando necessário, um trabalho em tempo como atestam estudos importantes de sucesso com intervenções precoces<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSÃO

Considerando o objetivo inicial de analisar a frequência de risco psíquico em uma amostra de bebês nascidos pré-termo e a termo, observou-se que ambos os grupos apresentam percentuais importantes de risco aos nove meses. Desse modo, ficou evidente que a faixa etária dos nove meses foi fundamental para análise do risco psíquico, tendo em vista que 17 de um total de 80 bebês demonstraram não superar o risco até esta faixa etária, o que foi evidenciado tanto pelos Sinais PREAUT quanto pelo IRDI. Nesta faixa etária, a concordância entre IRDI e Sinais PREAUT foi importante, embora por meio de sinais fenomênicos distintos.

Diante de tais conclusões, salienta-se que o presente estudo apresentou certas limitações, principalmente devido à dificuldade de adesão dos pais, tendo em vista que não compreendiam que tal avaliação poderia ser acompanhada de intervenção precoce se necessária. A equipe buscou acompanhar semestralmente cada bebê até os dois anos, tanto os bebês nascidos a termo como os bebês prematuros, e, nos casos em que apresentaram sinais de risco desde os nove meses, foi proposta aos pais uma das duas possibilidades de intervenção: intervenção individual ou em grupo, a partir de grupos de musicalização.



## REFERÊNCIAS

1. Cohen D, Cassel RS, Saint-Georges C, Mahdhaoui A, Laznik M-C, Apicella F, et al. Do parentheses prosody and father's involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? *PLoS One*. 2013;8(5):1-10. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0061402>.
2. Laznik MC. Diversos olhares sobre o autismo. In: Jerusalinsky A, editor. *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage; 2015. p. 56-61.
3. Lowe JR, Erickson SJ, Maclean P, Schrader R, Fuller J. Association of maternal scaffolding to maternal education and cognition in toddlers born preterm and full term. *Acta Paediatr*. 2013;102(1):72-7. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12037>. PMID:23009657.
4. Ouss L, Saint-Georges C, Robel L, Bodeau N, Laznik MC, Crespin GC, et al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(3):143-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0430-x>. PMID:23728914.
5. Saint-Georges C, Chetouani M, Cassel R, Apicella F, Mahdhaoui A, Muratori F, et al. Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? A systematic review. *PLoS One*. 2013;8(10):e78103. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0078103>. PMID:24205112.
6. Saint-Georges C, Mahdhaoui A, Chetouani M, Cassel RS, Laznik MC, Apicella F, et al. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PLoS One*. 2011;6(7):e22393. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0022393>. PMID:21818320.
7. Pannese A, Grandjean D, Frühholz S. Subcortical processing in auditory communication. *Hear Res*. 2015;328:67-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2015.07.003>. PMID:26163900.
8. Crespin G, Parlato-Oliveira E. Projeto PREAUT. In: Jerusalinsky A, editor. *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage; 2015. p. 436-55.
9. Laznik MC. A hora e a vez do bebê. São Paulo: Instituto Langage; 2013.
10. Trevarthen C, Delafield-Butt J. Autism as a development disorder in intentional movement and affective engagement. *Front Integr Neurosci*. 2013;7:49. <http://dx.doi.org/10.3389/fnint.2013.00049>. PMID:23882192.
11. Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat Am Journal of Fund Psychopath*. 2009;6(1):48-68 [citado em 2017 Maio 26]. Disponível em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin\\_american/v6\\_n1/valor\\_preditivo\\_de\\_indicadores\\_clinicos\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf)
12. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Rev CEFAC*. 2013;15(2):348-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000046>.
13. Beltrami L, Moraes A, Souza APR. Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. *Rev CEFAC*. 2014;16(6):1828-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201421712>.
14. Vendruscolo JF, Bolzan GM, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, a transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comun*. 2012;24(1):41-52 [citado em 2017 Maio 26]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9704/7208>
15. Crestani AH, Moraes AB, Souza APR. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. *Rev CEFAC*. 2015;17(1):169-76. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620153514>.
16. Oliveira LD, Souza APR. A percepção materna do sintoma de linguagem em três casos de risco ao desenvolvimento e a busca por intervenção precoce. *Distúrb Comun*. 2014;26(4):656-67 [citado em 2017 Maio 26]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9704/7208>
17. Flores MR, Souza APR. Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento. *Rev CEFAC*. 2014;16(3):840-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201411412>.
18. Vendruscolo J, Souza APR. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos em risco psíquico. *Rev CEFAC*. 2015;17(3):707-19. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201514814>.
19. Kupfer MC, Bernardino LMF. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2009;12(1):45-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100004>.
20. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Souza APR. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):847-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400013>.
21. Mancini M, Megale L, Brandão M, Melo A, Sampaio R. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004;4(1):25-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100003>.
22. Zornig S, Morsch D, Braga N. Os tempos da prematuridade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2004;7(4):135-43. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-471420040040009>.
23. Formiga CK, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):472-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200030>. PMID:19655692.
24. Gressler L. Introdução à pesquisa: projetos e relatórios. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004.
25. Dall'Oglio AM, Rossiello B, Coletti MF, Bultrini M, De Marchis C, Ravà L, et al. Do healthy preterm children need neurophysiological follow up? Preschool outcomes compared with term peers. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52(10):955-61. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03730.x>. PMID:20722666.
26. Kupfer MCM, Bernardino LMF, Jerusalinsky AN, Rocha PS, Lerner R, Pesaro ME. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: Lenner R, Kupfer MC, editors. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta; 2008. p. 221-30.
27. Olliac B, Crespin G, Laznik MC, Ganouni OCIE, Sarradet JL, Bauby C, et al. Résultats de l'étude "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". Paris: La Recherche Preaut; 2017 [citado em 2017 Maio 26]. Disponível em: <https://www.preaut.fr/dispositifs-experimentaux/la-recherche-preaut/recherche-preaut-princeps/>
28. Olliac B, Crespin G, Laznik M-C, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*. 2017;12(12):e0188831. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>. PMID:29216234.
29. Landis JR, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. <http://dx.doi.org/10.2307/2529310>. PMID:843571.
30. Kupfer MC. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicol USP*. 2000;11(1):85-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100006>.

## Contribuição dos autores

Neste artigo, todos os três autores realizaram contribuições substanciais. AMRJH foi responsável pela coleta de dados, análise estatística e escrita do artigo. APRS foi responsável pela orientação e coordenação da pesquisa e escrita do artigo. ABM foi responsável pela orientação, análise estatística dos dados e escrita do artigo.