

Atualização: a expansão do Zero a Três (1994) transformado no atual Zero a Cinco (2016)

NORMA U. ESCOSTEGUY*

RESUMO - Este artigo trata da atualização da Classificação Diagnóstica Zero a Três, que recebeu uma importante revisão, editada em 2016, ampliando seu escopo para o atual Zero a Cinco. São apresentadas as principais modificações efetuadas, destacando-se o possível enriquecimento aportado para as implicações clínicas referentes à valorização do desenvolvimento precoce, especialmente em seus complexos elementos interacionais.

PALAVRAS-CHAVE – Classificação diagnóstica 0-3. Classificação diagnóstica 0-5. Relação cuidadores-bebê/criança pequena. Psicopatologia da relação cuidadores-bebê/criança pequena.

Update: the Zero to Three (1994) expansion transformed into the current Zero to Five (2016)

ABSTRACT –This article deals with the Diagnostic Classification Zero to Three that received an important revision, published in 2016, extending its scope to the current Zero to Five. The main modifications are presented, highlighting the possible enrichment provided for the clinical implications related to the valorization of early development, especially in its interactional complexes.

KEYWORDS- Diagnostic classification 0-3. Diagnostic classification 0-5. Caregiver-baby/small child relationship. Caregiver-baby/small child relationship psychopathology.

Introdução

Em 1994, o advento da Classificação Nosológica de Zero a Três Anos, nos EUA, somou-se ao desenvolvimento da “Psiquiatria do Bebê”, com Serge Lebovici e Michel Soulé, na França (WAIPAD - World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines) apontando para possibilidades de discriminação entre as características normais e patológicas apresentadas precocemente pelos bebês, com destaque para os transtornos constitucionais (transtornos regulatórios) e do desenvolvimento.

Desde sua primeira edição, o Zero a Três destacou, através de seus eixos, análogos aos da DSM-IV, a importância da interação. Assim, ao Eixo II do DSM-5, reservado aos Transtornos de Personalidade, o Zero a Três fez corresponder

* Psiquiatra da Infância e da Adolescência (ABP), Professora e Supervisora do CEAPIA

em seu Eixo II, os Transtornos de Relacionamento, permitindo delinear a seguinte compreensão: *a personalidade se forma a partir das interações precoces, e na infância, com os cuidadores/ambiente; aos Transtornos precoces do Relacionamento Pais-Bebês (Eixo II do Zero a Três), corresponderiam, possivelmente, diferentes Transtornos de Personalidade nos adultos (Eixo II do DSM-5).*

Esta compreensão a respeito da importância do desenvolvimento, familiar para os clínicos da infância e da adolescência, se viu formalizada pela visão do Zero a Três, que foi ao encontro do que a clínica do desenvolvimento já demonstrava: é interessante constatar que, desde sua formulação, o Zero a Três veio preencher lacunas na classificação nosológica, abrindo espaço para a importância da interação.

Desta forma, embora tenhamos optado por apresentar o novo (ampliado) Zero a Cinco, em comparação com o Zero a Três original, destacamos que não é necessário o conhecimento desse, para compreender e/ou adotar a sistematização apresentada – que continua a preencher as lacunas na classificação geral (DSM-5), ao enfocar o desenvolvimento precoce.

A primeira edição do Zero a Três foi acompanhada da apresentação e discussão de 17 casos clínicos, incluindo diagnóstico diferencial e indicações terapêuticas. Sua tradução pode ser utilizada, durante vários anos, como instrumento de formação profissional, especialmente pelos grupos que se dedicaram à avaliação e abordagem terapêutica dos bebês e seus cuidadores.

Em 2005, essa classificação diagnóstica (CD-O-3R) foi revisada, mas não foi traduzida – o que limitou a possibilidade de seu aproveitamento clínico, em nosso meio.

Apesar de ainda não dispormos da tradução integral da atual revisão, propusemo-nos a apresentar a nova classificação, transcrevendo alguns trechos do original, além de apresentar quadros comparativos, elaborados por nós, tanto em relação ao Zero a Três, quanto ao DSM-5 e a CID-10, com o intuito de destacar alguns aspectos que podem ser úteis na nossa prática clínica.

Não nos propusemos a nenhum comentário crítico a respeito das modificações efetuadas – tanto porque não foram apresentados os critérios utilizados, quanto porque teria que se tratar de outro trabalho, com enfoque diverso e mais amplo.

Charles Zeanah e Alicia Liberman (2016), líderes da organização do CD:0-5, afirmam:

“A saúde mental infantil possui um âmbito relacional quanto ao seu enfoque – e, portanto, qualquer classificação de diagnóstico de transtornos da infância precoce deve incluir, não só a psicopatologia interna da criança, como a psicopatologia entre a criança e quem a cuida. Neste ensaio, começamos revisando os esforços prévios para introduzir esta abordagem, que data de mais de 30 anos. A seguir, introduzimos as mudanças propostas no DC:0-5. Numa mudança significativa em relação aos esforços prévios, o DC:0-5 inclui no Eixo I o “Transtorno Específico da Relação na Infância Precoce”. Este transtorno tenta captar a conduta desordenada que se limita à relação com um cuidador, em lugar de relação (considerada) intercontextualmente (que permanece no Eixo II). A caracterização axial é mantida, mas duas mudanças significativas são introduzidas (especialmente no Eixo II). Primeiro, o DC:0-5 propõe

simplificar as pontuações de adaptação e mal-adaptação na relação, e expandir o que se avalia, de maneira que, além de caracterizar a relação da criança com quem primariamente a cuida, ocorra também a caracterização do contorno das relações familiares no interior das quais a criança se desenvolve. Isto inclui as relações de criação compartilhada e todo o grupo de relações próximas que interferem no desenvolvimento e adaptação da criança pequena.”

Sumário das modificações

Embora haja muitas outras modificações – a maior parte das quais serão logo descritas – destacamos, em primeiro lugar, apesar da explícita aproximação com a DSM-5, a manutenção da estrutura multiaxial, sem alterar os cinco eixos originais no Zero a Três, encontrados igualmente na DSM-IV, que são agora ampliados em seu conteúdo.

Cabe uma breve observação: consta como provável que a estrutura multiaxial (Eixos) tenha sido eliminada do DSM-5, devido à complexidade na sua aplicação.

Entretanto, no Zero a Cinco parece ter predominado a proposta mais complexa - mas talvez mais rica – da formulação diagnóstica composta pelos 5 vértices correspondentes a cada Eixo, que devem se entrelaçar, compondo o quadro diagnóstico completo de cada criança avaliada, definido pela soma dos elementos do Quadro Clínico (Eixo I), do Contexto Relacional (Eixo II), das Condições de Saúde Física (Eixo III), dos Estressores Psicossociais (Eixo IV) e do Nível de Desenvolvimento (Eixo V):

Eixo I: Quadros Clínicos (p.15) – com a descrição de 43 diagnósticos;

Eixo II: Contexto Relacional (p.139) – com a discriminação dos Níveis de Adaptação da Relação da Criança com o Cuidador (A) e com o Ambiente (B)

Eixo III: Condições de Saúde Física e Considerações (p.149)

Eixo IV: Estressores Psicossociais (p.153) + Lista de Estressores Psicossociais e Ambientais para a Criança (com os níveis possíveis de trauma)

Eixo V: Competência Desenvolvimental (p.159) + Apêndice A (Escala de Desenvolvimento Cronológico de 3 a 60 meses)

Eixos e quadros comparativos

Descreveremos a seguir cada Eixo do atual Zero a Cinco, com quadros comparativos, referidos principalmente ao Zero a Três, e ao DSM-5 e CID-10, tal como aparece na edição atual.

EIXO I: Quadros Clínicos

Os 8 diagnósticos principais que compunham o Zero a Três (num total de 15 itens), numerados entre 100 a 700, dão agora lugar a 43 títulos, muito mais aproximados dos quadros apresentados pelo DSM-5.

Observa-se também que a apresentação da maioria de cada item diagnóstico ampliou-se significativamente, obedecendo ao modelo de organização do DSM-5, isto é, incluindo: *Introdução, Algoritmo Diagnóstico, Características Diagnósticas, Características Associadas Suportando o Diagnóstico, Características Desenvolvimentais, Prevalência, Curso, Risco e Aspectos Prognósticos, Questões Diagnósticas Relacionadas à Cultura, Questões Diagnósticas Relacionadas ao Gênero, Diagnóstico Diferencial, Comorbidade e Links com o DSM-5 e CID-10*.

A seguir destacamos as principais modificações no Eixo I:

- Foi renomeado o Transtorno de Estresse Traumático como *Transtorno de Estresse Pós-traumático*, possivelmente para enfatizar o aparecimento de um sintoma, após o fator desencadeante, semelhante à apresentação do DSM-5, sendo adicionados critérios que não existiam anteriormente.

- Os Transtornos Regulatórios, que foram importantes no Zero a Três, deixam de existir, e são renomeados - e circunscritos - como *Transtornos Regulatórios de Processamento Sensorial*, direcionando a avaliação para as dificuldades no processamento sensorial que caracterizam estes transtornos.

- Foram incluídos subtipos específicos de Transtornos de Ansiedade no *Transtorno de Ansiedade do bebê e da criança pequena*.

- Foram agrupadas e ampliadas as categorias de Transtornos do Sono, Transtornos de Comportamento Alimentar e Transtornos de Choro, incluindo subtipos e critérios que pareceram apropriados para considerar o caráter interativo e as múltiplas dificuldades clínicas apresentadas por esses quadros nas crianças pequenas.

- Foram revisados os Transtornos de Relacionamento e de Comunicação, colocando-se diretamente os *Transtornos do Espectro Autista*, além de uma nova categoria: *Transtorno Atípico Precoce do Espectro Autista*.

- Foi eliminada a categoria Transtorno Multissistêmico do Desenvolvimento.

- Já do DC: 0-3R fora retirado o Transtorno de Identidade de Gênero da Infância - decisão que mereceria discussão, mas que consideramos que talvez reflita a dificuldade de definições atuais, assim como o processo de evolução de conhecimentos, em curso, a respeito do desenvolvimento da identidade de gênero, especialmente a partir da infância precoce.

- Foram acrescentados os seguintes diagnósticos (*Apêndice B - p.191*):

Transtorno de Desregulação de Raiva e Agressão da Infância Precoce (correspondente ao novo diagnóstico do DSM-5: Transtorno Disruptivo de Desregulação Humor - TDDH)

Transtorno Depressivo da Infância Precoce

Transtorno de Inibição à Novidade

Transtorno de Supra (Over) -Atividade da Criança Pequena (Toddlerhood)

Transtorno Específico de Relacionamento da Infância Precoce – categoria especialmente importante, do ponto de vista conceitual, como já foi mencionado, podendo ser considerada uma evolução, ao lado da manutenção do Eixo II,

reservado à avaliação dos níveis de qualidade da relação dos cuidadores e do ambiente com a criança – característica peculiar e única desta classificação.

No Quadro abaixo, comparam-se os Diagnósticos atuais do Zero a Cinco com os diagnósticos originais do Zero a Três¹. Destaca-se que é mantida a correspondência com a codificação da DSM-5 e com a CID-10 – uma vez que os diagnósticos do Zero a Cinco *não propõem uma codificação própria*.

EIXO I - Quadro comparativo entre a CD Zero a Cinco e a CD Zero a Três:

ZERO A CINCO	ZERO A TRÊS	DSM-5/CID-10
TRANSTORNOS DE NEURODESENVOLVIMENTO		DSM-5: Idem CID 10:
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	700 - <i>Transtorno Multissistêmico do Desenvolvimento – proposto até dois anos na revisão, e eliminado agora</i>	DSM-5: Idem (TEA) CID 10: Autismo Infantil (F84.0)
TEA Precoce Atípico		DSM-5: Outros Transtornos Neurodesenvolvimentais CID 10: T.Pervasivo do Desenvolvimento não Especificado (F.84.9)
Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	- X -	DSM-5: Idem (TDAH) CID 10: “ (F90.1)
Transtorno de Sobre -atividade da Infância Precoce (Toddlerhood)	400 - <i>Transtornos Regulatórios – modificados na revisão e eliminados agora</i>	DSM-5: TDAH, com predomínio de hiperatividade e impulsividade CID10: F90.1
Atraso Global do Desenvolvimento	- X -	DSM-5: Idem CID 10: Idem (F88)
Transtorno de Linguagem Desenvolvidamental	400 - <i>Transtornos Regulatórios</i>	DSM-5: Idem CID 10: F80.9
Transtorno de Coordenação Desenvolvidamental		DSM-5: Idem CID 10: F82
Outros Transtornos Neurodesenvolvimentais da Infância Precoce	700 - <i>Transtorno Multissistêmico do Desenvolvimento</i>	DSM-5: T. Neurodesenvolvimental Inespecífico CID 10: T. inespecífico do Desenvolvimento Psicológico (F89)
TRANSTORNOS DE PROCESSAMENTO SENSORIAL	400 - <i>Transtornos Regulatórios</i>	
Transtorno de Sobre (Over) -Responsividade Sensorial	“	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10: Outros T.do Desenvolvimento Psicológico (F88)
Transtorno de Sub -Responsividade Sensorial	“	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10: Outros T.do Desenvolvimento Psicológico (F88)
Outros Transtornos de Processamento Sensorial	“	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10: Outros T. do Desenvolvimento Psicológico (F88)

¹ Tanto a tradução quanto as correspondências propostas entre o Zero a Cinco e o Zero a Três são de responsabilidade da autora.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE		
Transtorno de Ansiedade de Separação		DSM-5: T. de Ansiedade de Separação CID 10: T. de Ansiedade de Separação na Infância (F93.0)
Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)		DSM-5: T. de Ansiedade Social (Fobia Social) CID 10: T. de Ansiedade Social da Infância (F93.2)
Transtorno de Ansiedade Generalizada		DSM-5: T. de Ansiedade Generalizada CID 10: T. de Ansiedade Generalizada (F41.1)
Mutismo Seletivo		DSM-5: Mutismo Seletivo CID 10: Idem (F94.0)
Transtorno de Inibição à Novidade	200 - Transtornos do Afeto	DSM-5: Outros T. de Ansiedade Especificados CID 10: Outros T. de Ansiedade Especificados (F41.8)
Outros Transtornos de Ansiedade da Infância Precoce		DSM-5: Outros T. de Ansiedade Especificados CID 10: idem (F41.8)
TRANSTORNOS DE HUMOR		
Transtornos Depressivos da Infância Precoce		DSM-5: T. Depressão Maior CID 10: Episódio Depressivo (F32)
Transtorno de Desregulação de Raiva e Agressão na Infância Precoce		DSM-5: T. Disruptivo de Desregulação do Humor (TDDH) CID 10: Outros T. Persistentes de Humor (F34.8)
Outros Transtornos de Humor na Infância Precoce		DSM-5: T. Depressivo Inespecífico CID 10: idem (F39)
TRANSTORNOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS E RELACIONADOS		
Transtorno Obsessivo-Compulsivo		DSM-5: T. Obsessivo Compulsivo CID 10: Idem (F42.1)
Transtorno de Tourette		DSM-5: T. de Tourette CID 10: T. de Tic Motor Múltiplo combinado com Vocal (Tourette) (F95.2)
Transtorno de Tique Motor ou Vocal		DSM-5: T. Persistente (Crônico) de Tique Motor ou Vocal CID 10: T. Crônico de Tique Motor ou Vocal (F95.1)
Tricotilomania		DSM-5: Tricotilomania CID 10: Idem (F63.3)
Transtorno de Escoriação na Infância Precoce		DSM-5: T. de Escoriação CID 10: Dermatite Factícia, Escoriação Neurótica (L98.1)
Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados		DSM-5: T. Obsessivo-Compulsivos Inespecíficos e T. Relacionados CID 10: T. Obsessivo Compulsivo Inespecífico (F42.9)
TRANSTORNOS DE SONO, ALIMENTAÇÃO E CHORO		

Transtornos de Sono		DSM-5: CID 10:
Transtorno de Início de Sono		DSM-5: T.de Insônia CID 10: Insônia Não-orgânica (F51.0)
Transtorno de Caminhar à Noite (Sonambulismo?)	500 - <i>Transtorno do Comportamento do Sono</i>	DSM-5: T.de Insônia CID 10: Insônia Não-orgânica (F51.0)
Transtorno do Despertar Parcial		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Pesadelos na Infância Precoce		DSM-5: T. de Pesadelos CID 10: Pesadelos (F51.5)
Transtornos de Alimentação na Infância Precoce		DSM-5: CID 10:
Transtorno de Excesso de alimentação	600 - <i>Transtorno do Comportamento Alimentar</i>	DSM-5: T. de Alimentação Inespecífico CID 10: T. de Excesso de Alimentação Associado com Outros Distúrbios Psicológicos (F50.4)
Transtorno de Subalimentação		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Alimentação Atípico		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Choro na Infância Precoce		
Transtorno de Choro Excessivo		DSM-5: T.N. Especificados CID 10: Sintomas não específicos peculiares à Infância (R68.11)
Outros Transtornos de Sono, Alimentação e Choro Excessivo na Infância Precoce		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10: Outros Transtornos de Alimentação (F50.8)
TRANSTORNOS POR TRAUMA, ESTRESSE E DEPRIVAÇÃO		
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	100 - <i>Transtorno de Estresse Traumático</i>	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Ajustamento	300 - <i>Transtorno (Reação) de Ajustamento</i>	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Luto Complicado na Infância Precoce		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno Reativo de Apego	206 - <i>Transtorno Reativo de Privação de Apego/ Maus Tratos</i>	DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtorno de Engajamento Social Desinibido		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Outros Transtornos por Trauma, Estresse ou Deprivação na Infância Precoce		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
TRANSTORNOS DE RELACIONAMENTO		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:
Transtornos Específicos de Relacionamento na Infância Precoce (introduzidos no 0-5)		DSM-5: Outros T.N. Especificados CID 10:

EIXO II: Contexto Relacional

O Eixo II tornou-se, a nosso ver, mais complexo, sendo usado para caracterizar, não só o contexto das relações dos cuidadores e do ambiente mais amplo na infância precoce, como propondo a avaliação de características constitucionais do bebê/criança pequena, como aportes próprios à relação. A importância central destas relações de cuidado para o desenvolvimento e saúde na infância precoce, põe em relevo a importância de incluir sempre, em qualquer avaliação de bebês/crianças pequenas, a dimensão do contexto dessas relações, com toda a sua complexidade.

O Eixo II aparece composto por duas partes: a *parte A*, que avalia as relações entre os cuidadores e o bebê/crianças, e a *parte B*, que avalia as relações/condições com o ambiente mais amplo de cuidado.

A *parte A* inclui duas tabelas (1 e 2): a *Tabela 1* que dimensiona os cuidados, enfocando as características básicas do cuidado nas relações primárias com os cuidadores e a *Tabela 2*, que apresenta as contribuições constitucionais do bebê/criança para a relação primária de cuidado; na *parte B*, encontramos a *Tabela 3*, que lista as várias dimensões do ambiente de cuidado (as três tabelas serão apresentadas integralmente).

EIXO II - Quadro comparativo entre a CD Zero a Cinco e a CD Zero a Três

ZERO A CINCO	ZERO A TRÊS	DSM-5/CID-10
Contexto Relacional <u>Parte A (cuidadores e bebê)</u> Tabela 1 (cuidadores) Tabela 2 (bebê) e <u>Parte B (ambiente)</u> Tabela 3 NÍVEIS (1 a 4)	Transtornos de Relacionamento 901 - Excessivamente Envolvido 902 - Pouco Envolvido 903 - Ansioso/Tenso 904 - Irritado/Hostil 905 - Misto 906 - Abusivo 906a - Verbalmente Abusivo 906b - Fisicamente Abusivo 906c - Sexualmente Abusivo	

As três tabelas apresentam 3 possibilidades de categorização: “forte”, “não preocupante” ou “preocupante” – cujos resultados irão se somar, e se traduzir nos quatro níveis de adaptação dos cuidados encontrados, apontando a eventualidade de indicações de tratamento.

Os 4 Níveis de Adaptação da Relação são os seguintes: o *Nível 1*, correspondente a uma relação bem adaptada (até excelente) ou suficientemente boa; o *Nível 2*, que identifica tensões e enuncia relações preocupantes; o *Nível 3*, em que há franco comprometimento e patologia das relações, e o *Nível 4* que assinala perigo, exigindo intervenção urgente.

Assim, é esperado que o *Nível 1* expresse todas as relações de cuidado e ambiente de cuidado que não necessitem de atenção clínica, o que presumida-

mente engloba a maior parte das relações e ambientes cuidadores na maioria das populações.

O *Nível 2* é um indicador potencial de risco, que pode ou não demandar intervenção, exigindo, entretanto, monitorização.

E os *Níveis 3 e 4* são ambos indicativos de níveis clínicos de distúrbios.

Cabe lembrar que a *Desordem Específica de Relacionamento da Infância Precoce*, introduzida no Eixo I, corresponde, necessariamente, a uma classificação de *Nível 3* ou *Nível 4*, no Eixo II. Entretanto, o reverso não se verifica: uma classificação no Eixo II de *Nível 3* ou de *Nível 4* não implica obrigatoriamente uma *Desordem Específica de Relacionamento*, no Eixo I (que fica reservada para uma patologia existente na relação com um determinado cuidador).

Parte A. Adaptação da Relação Cuidador – Bebê/Criança

Tabela 1

Esta tabela dimensiona a qualidade adaptativa da relação entre o cuidador primário e o bebê/criança. Mais de uma relação primária de cuidado pode ser o foco da avaliação clínica e tabelas com resultados separados devem ser obtidos para cada relação primária de cuidado que for avaliada.

Esta avaliação dos cuidadores deve, quando possível, incluir observações diretas das interações destes, assim como anotações sobre as atitudes e atribuições dos mesmos em relação ao bebê/criança. Presume-se que os distúrbios nas relações entre os cuidadores e o bebê/criança e seu apego a essas figuras advenha do cuidador, do próprio bebê/criança, ou da maneira única como um se ajusta ao outro. Apesar de ambos contribuírem individualmente para a qualidade emocional de seu relacionamento, a capacidade do cuidador de prover um cuidado sensível e apropriado para a idade do bebê/criança é uma influência importante na habilidade do bebê/criança para confiar e esperar que o cuidador vá corresponder às suas necessidades tanto físicas quanto psicológicas.

Tabela 2

A Tabela 2 denota as contribuições constitucionais do bebê/criança para as relações primárias de cuidado, incluindo aspectos de temperamento, perfil sensorial, aparência e saúde física, estado desenvolvimental, saúde mental (Eixo I) e estilo de aprendizagem.

Tabela 3 (Ambiente de Cuidado e Adaptação do Bebê/Criança)

A Tabela 3 lista as várias dimensões do ambiente de cuidado esperando-se obter um quadro o mais claro e completo possível do contexto das relações de cuidado, assim como as áreas que precisam ser apontadas para o tratamento: capacidade de resolução de problemas e conflitos, definição do papel dos cuidadores, comunicação operacional e emocional entre os cuidadores, investimento emocional, regulação e coordenação de conduta e harmonia fraternal.

Níveis da Função Adaptativa – Ambiente e Dimensão do Cuidado

Os níveis a seguir indicam o espectro dentro do qual o clínico determinou que é o melhor para descrever a relação e o ambiente de cuidado em questão, com base na aplicação das 3 Tabelas apresentadas, que resumem o entendimento da avaliação clínica realizada.

Nível 1: Ambiente Cuidador Bem-adaptado ou Suficientemente Bom - registra relações adequadas. Os cuidadores têm um repertório sólido de estratégias para resolver problemas, em geral bem-sucedidos, e a criança tipicamente demonstra conforto e facilidade na interação com os diferentes cuidadores, aproximando-se de um ou outro de acordo com as demandas da situação. Na maioria do tempo, há uma troca mutuamente satisfatória de papéis dos cuidadores e flexibilidade no suporte mútuo do cuidado com a criança. A coparentalidade é colaborativa, e atende às necessidades de boa regulação das emoções da criança, tanto para conforto e aconchego, quanto para incentivo e exploração. Os conflitos não são característicos da relação entre os cuidadores.

Nível 2: Relação e/ou Ambiente Desgastados a Preocupantes apontam que um monitoramento atento (no mínimo) é definitivamente indicado, e que intervenções podem ser necessárias. As relações demonstram padrões preocupantes de interação e experiência subjetiva. Existem sinais de conflito e falta de coordenação, com comunicação insuficiente, ou inapropriadamente equilibrada (i.e, reversão de papéis). Algumas qualidades adaptativas estão presentes, mas existem evidências de um conflito interno ou preocupação com o desalinhamento de expectativas dos cuidadores. Existe desarmonia na disponibilidade afetiva, expressão e resposta às necessidades de conforto e proteção, assim como na socialização apropriada para a idade e disponibilidade para se engajar em brincadeiras e explorações que sejam apropriadas para a idade. Existem limites na fruição mútua de atividades ou expressões de afeto e problemas na regulação emocional. Interações sociais, incluindo a brincadeira conjunta (brincar conjunto), podem não ser consistentemente coordenadas, recíprocas ou responsivas. Podem haver sinais de que os pais ou o bebê/criança não estejam suficientemente sintonizados nas interações. Algumas interações podem ser caracterizadas por tentativas não saudáveis de controle do parceiro. Essas dificuldades ou preocupações se estendem mais do que é esperado nas relações entre pais e bebês/crianças. Além da monitoração, suporte parental pode ser indicado.

Nível 3: Relação e Ambiente Comprometidos a Perturbados, registrando que os distúrbios de relacionamento e o ambiente estão claramente dentro da gama clínica. As relações e o ambiente são suficientemente afetados para ser considerados caso clínico, e a intervenção é indicada para tratar o transtorno que apresenta risco para a segurança atual do bebê/criança, e de problemas subsequentes, desconforto constante, ou sério comprometimento funcional corrente. Os cuidadores são incapazes de prover coparentalidade coordenada ou de se engajar na resolução de problemas adaptativos, envolvendo o bebê/criança. A colaboração e coordenação do cuidado podem ser ocasionalmente evidentes,

contudo são muito inconsistentes, ou estão em grande parte ausentes. Existem problemas definidos com a comunicação emocional da díade e com a reciprocidade social que comprometem a capacidade de regulação emocional do bebê/criança. A expressão e resposta de necessidade de apego e proteção, socialização apropriada para a idade, assim como suporte e disposição para participar de brincadeiras e exploração saudáveis estão impedidas. A relação está repleta de níveis de risco inapropriados à saúde, conflitos significativos, ligação insuficiente ou irregular, ou desequilíbrio significativo. Em suma, este nível de distúrbio indica que a trajetória social e emocional do bebê/criança está em risco ou então já se tornou comprometida.

Nível 4: Relação e Ambiente Patológicos e Perigosos, nos quais a intervenção não só é necessária, mas é uma necessidade urgente devido à severidade dos comprometimentos relacionais ou do ambiente, em razão do efeito severo que tem no desenvolvimento do bebê/criança.

Relações que transmitem a urgência inquestionável de necessidade de intervenção para que possam ser abordados atributos graves e potencialmente perigosos da relação. Não só estão faltando os componentes adaptativos, mas a patologia da relação é severa e enraizada, com impedimentos na capacidade da díade de se engajar na proteção necessária, disponibilidade emocional e regulação das emoções; expressão e resposta de carinho e cuidado; assim como suporte e disposição de se engajar na exploração e aprendizado apropriado para a idade. A maior parte do tempo, as relações familiares estão impregnadas com um significativo conflito aparente, sem envolvimento suficiente ou significativa inversão de papéis. As atribuições parentais com respeito ao bebê/criança são negativas, demonstram expectativas inapropriadas de desenvolvimento e não estão abertos a reflexão e a desafios. Esses distúrbios estão comprometendo seriamente o desenvolvimento do bebê/criança ou podem ameaçar a segurança física ou psicológica do bebê/criança.

No conjunto, observa-se que as associações entre um transtorno do bebê/criança, do cuidador ou da relação entre eles são complexas. Um bebê/criança pode ter um transtorno com sintomas clínicos e algum nível de adaptação da relação, ainda que maior comprometimento na relação seja esperado quando existe um diagnóstico grave de Eixo I ou uma psicopatologia parental severa. O bebê/criança pode ter um Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou até um Transtorno do Espectro Autista que esteja associado com uma relação bem adaptada com um cuidador primário. Contudo, diferentes níveis de desadaptação têm mais probabilidade quando as dificuldades emocionais do bebê/criança tornam o cuidado mais estressante. Condutas desafiadoras do bebê/criança podem contribuir para e/ou refletir transtornos na relação. Em razão de bebês/crianças serem especialmente sensíveis ao seu ambiente cuidador, desadaptações na relação tem mais chances de acontecer quando a psicopatologia parental afeta a qualidade do cuidado.

Nas relações de risco, quando a segurança do bebê/criança é ameaçada, o

clínico deve considerar intervenções ativas como medidas de proteção, tais como denúncia aos serviços de Proteção à Criança, quando disponíveis, ou quando são obrigatórios pelas leis locais. É digno de nota que relações de Nível 4 não implicam automaticamente que uma denúncia deva ser feita; contudo, relações desse nível tem indicação de ampliação imediata no suporte aos cuidados necessários para proteger o bebê/criança. Por outro lado, relações que tenham sido caracterizadas como maltrato no passado, não deverão necessariamente receber um grau de Nível 4, somente com base nessa história, se qualidades mais adaptativas se mostram evidentes durante a avaliação.

Abaixo, apresentamos as 3 Tabelas acima referidas, além de uma proposta do Resumo dos resultados encontrados, expressos nos Níveis de Adaptação de Cuidados (somando cuidadores e ambiente), em relação com o desenvolvimento do bebê/criança (um resultado único que engloba a parte A e B, assim como as 3 Tabelas correspondentes).

Tabela 1 – Dimensões de Cuidado (p.142)

Dimensão de Cuidado	Contribuição à Qualidade da Relação		
	Forte	Não Preocupante	Preocupante
Garantia de segurança física			
Necessidades básicas providas (alimentação, higiene, vestuário, moradia, cuidados de saúde)			
Demonstração de comprometimento psicológico e investimento emocional na criança			
Estabelecimento de estrutura e rotinas			
Reconhecimento e resposta aos sinais e necessidades emocionais da criança			
Provisão de conforto para a angústia			
Estimulação social e de aprendizagem			
Socialização			
Disciplinamento			
Engajamento em atividades agradáveis de brincar			
Demonstração de interesse nas experiências individuais e perspectivas da criança			
Evidência de capacidade reflexiva com relação à trajetória desenvolvimental da criança			
Incorporação do ponto de vista da criança de forma desenvolvimentalmente apropriada			
Tolerância a sentimentos ambivalentes na relação criança/cuidador			

Tabela 2 – Contribuições do Bebê/Criança Pequena à Relação

Dimensão de Cuidado	Contribuição à Qualidade da Relação		
	<i>Forte</i>	<i>Não Preocupante</i>	<i>Preocupante</i>
Disposições temperamentais			
Perfil sensorial			
Aparência física			
Saúde física (do Eixo I)			
Estado desenvolvimental (dos Eixos I e V)			
Saúde mental (do Eixo I)			
Estilo de aprendizagem			

Tabela 3 – Dimensões de Cuidado do Ambiente

Dimensão de Cuidado	Contribuição à Qualidade da Relação		
	<i>Forte</i>	<i>Não Preocupante</i>	<i>Preocupante</i>
Solução de problemas			
Resolução de conflitos			
Definição de papéis dos cuidadores			
Comunicação dos cuidadores: Operacional (Instrumental)			
Comunicação dos cuidadores: Emocional			
Investimento emocional			
Coordenação e regulação do comportamento			
Harmonia fraterna			

Resumo do Eixo II – Níveis de Adaptação de Cuidados

Nível 1 Bem Adaptado a Relações Suficientemente Boas	<i>Ausência de significação clínica</i>
Nível 2 Tensões a Relações Preocupantes	<i>Cuidadoso monitoramento (ao menos) e possibilidade de intervenção</i>
Nível 3 Comprometimento a Relações Patológicas	<i>Nível clínico claro e indicação de intervenção</i>
Nível 4 Perturbação desordenada a Relações Perigosas	<i>Intervenção não somente requerida, mas urgentemente necessária devido à severidade do comprometimento relacional</i>

EIXO III – Transtornos médicos e de desenvolvimento

O Zero a Cinco conserva o Eixo III como o local para registrar transtornos médicos e do desenvolvimento, e outras condições que podem ser classificadas utilizando outros sistemas, referentes à saúde física do bebê/criança pequena avaliada, além de considerações médicas que intervenham na elaboração diagnóstica final, e que não tenham sido contempladas no Eixo I.

EIXO III - Quadro comparativo entre a CD Zero a Cinco e a CD Zero a Três

ZERO A CINCO	ZERO A TRÊS	DSM-5/CID-10
Condições de saúde física e Considerações	<i>Idem</i>	

A função clínica das condições do Eixo III é considerada parte de uma formulação diagnóstica compreensiva. O entendimento das complexas interações entre fatores biológicos, fatores ambientais e profundos processos psicológicos é o conhecimento que acompanha o valor do Eixo III.

São incluídas no Eixo III: condições pré-natais, condições médicas crônicas ou agudas, o histórico de procedimentos médicos, dores crônicas ou recorrentes, efeitos medicamentosos, injúrias físicas ou riscos refletindo o cuidado do ambiente, marcadores de saúde (vacinas, atendimento dentário e outros).

Observação: Transtorno de Choro Excessivo (cólica) pode ser codificado no Eixo I. Mas condições simultâneas, como o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, podem ser incluídas no Eixo III. É a combinação dos Eixos que resultará, p. ex., num diagnóstico de características mais interativas, ou na existência, concomitante ou não, de um transtorno orgânico.

EIXO IV – Estressores Psicossociais

EIXO IV: Quadro comparativo entre a CD Zero a Cinco e a CD Zero a Três:

ZERO A CINCO	ZERO A TRÊS	DSM-5/CID-10
Estressores Psicossociais	<i>Estressores Psicossociais</i>	

A modificação ocorrida no Eixo IV do Zero a Cinco foi a inclusão de uma extensa lista de 77 estressores psicossociais e ambientais, traduzidos abaixo (p.154 a 158) que “fornecem um roteiro para (1) identificar as múltiplas fontes de estresse experimentadas por um bebê/criança pequena e sua família e (2) para anotar sua duração e severidade. Para capturar a severidade cumulativa de estressores, o clínico deve identificar todas as fontes de estresse nas circunstâncias de um bebê/criança pequena. Por exemplo, uma bebê/criança pequena que entra num abrigo pode estar experienciando o impacto de abuso, doença parental psiquiátrica, separação e pobreza. Quanto maior o número de estressores envolvidos, com uma visão cumulativa, maior o impacto adverso presumível sobre o bebê/criança pequena.” (p.154)

Lista de Estressores Psicossociais e Ambientais (p.154)

Estressores	Idade de início (em meses)	Comentários, incluindo du- ração e severi- dade
Desafios para a família ou grupo de suporte primário do bebê/criança pequena		
Aculturação ou conflitos de língua estranha		
Nascimento de um irmão		
Mudança no cuidador primário		
Atividade criminosa em casa		
Morte de progenitor ou importante cuidador		
Morte de outra pessoa importante		
Morte de outro membro da família		
Violência doméstica		
Abuso emocional		
Isolamento social familiar		
Ausência de pai ou mãe		
Inadequado suporte social da família		
Encarceramento de membro da família		
O bebê/criança pequena foi adotado		
Negligência de bebê/criança pequena		
Abuso físico de bebê/criança pequena		
Bebê/criança pequena colocado em lar		
Bebê/criança pequena colocado em abrigo		
Reunificação de bebê/criança pequena com progenitor após prolongada separação		
Abuso sexual de bebê/criança pequena		
Doença médica de progenitor ou cuidador (especifique se aguda ou crônica)		
Doença médica de irmão ou outro morador da casa (especifique se aguda ou crônica)		
Problemas de saúde mental num morador da casa		
Novo adulto morando na casa (ex: par romântico)		
Novo bebê/criança pequena (não por nascimento) na casa (ex: adoção, irmão emprestado, criança abrigada)		
Outro trauma em pessoa significativa na vida do bebê/criança pequena		
Discórdia ou conflito entre os pais ou cuidadores (não físico)		
Divórcio ou separação entre os pais ou cuidadores		
Problemas de saúde mental de pais ou cuidadores		
Re-casamento de pais ou cuidadores		
Separação de pais ou cuidadores da criança (ex: emprego em outra cidade, hospitalização)		
Abuso de substância em pais ou cuidadores		
Remoção de criança não cadastrada de casa		
Severa discórdia ou violência com irmão		

Abuso de substância por morador na casa		
Progenitor adolescente		
Ambiente imprevisível em casa		
Constelação familiar instável		
Desafios no ambiente social		
Discriminação ou racismo experienciados pela família		
Status de imigrante		
Acesso inadequado a cuidados de saúde		
A criança experimenta bullying		
A criança é testemunha de violência na comunidade		
Estado de refugiado		
Vizinhança perigosa		
Desafios educacionais ou nos cuidados com a criança		
Múltiplas mudanças no provedor de cuidados		
Pais ou cuidadores com baixa escolaridade		
Pouca qualidade no ambiente de aprendizagem precoce ou cuidados fora de casa (ex: preocupações com saúde e segurança, grupos grandes de crianças, com equipe pequena ou inadequadamente treinada, falta de atenção ao desenvolvimento social e emocional)		
Despejo de moradia		
Moradia de rua (sem teto)		
Moradia inadequada, insalubre ou superpovoadas		
Múltiplas mudanças		
Desafios econômicos e de emprego		
Condições de trabalho parental perigosas ou estressantes		
Insegurança de alimentação		
Pesado endividamento		
Implantação ou reintegração militar		
Desemprego parental ou instabilidade de trabalho		
Pobreza ou quase pobreza		
Saúde da criança		
Acidente ou ferimento da criança (ex: mordida de animal, acidente de trânsito)		
Hospitalização da criança		
Doença médica da criança (aguda ou crônica)		
Procedimento médico doloroso ou assustador		
Estressores relacionados com a gestação		
Problemas legais ou justiça criminal		
Envolvimento com serviços de proteção à criança		
Disputa de custódia		
Criança é vítima de crime		
Progenitor é vítima de crime		
Prisão parental		
Deportação parental		

Encarceramento parental ou retorno de encarceramento		
Estado de imigração sem documentos		
Outro		
Retirada (especificar se por membro da família ou não)		
Desastre (ex: incêndio, furacão, enchente)		
Doença epidêmica		
Outro (especificar)		
Terrorismo		
Guerra		

Devemos acrescentar que a lista faz lembrar a importância de diversas circunstâncias, que podem apresentar – ou não – o caráter de estressor. Ex.: *Adoção*. Para que a avaliação seja correta, deve ser utilizado o espaço da tabela reservado para “*Comentários, incluindo duração e severidade*”.

EIXO V - Competência Desenvolvimental (p.159) + Apêndice A (Escala de Níveis de Competência e Marcos Desenvolvimentais Cronológico de 3 a 60 meses)

No Zero a Cinco, o Eixo V usa um modelo integrativo para a compreensão das competências desenvolvimentais nos domínios de desenvolvimento emocional, sócio relacional, comunicação social e linguagem, cognitivo, além de movimento e desenvolvimento físico. Embora mantenha a mesma perspectiva inicial, parece abandonar qualquer simplificação, incentivando, ao mesmo tempo, sua ampla utilização. As informações obtidas nos diferentes domínios reunidos somam-se ao contexto dos demais eixos para informar o processo diagnóstico.

O Eixo V é incluído porque a saúde mental de uma criança pequena só pode ser compreendida no contexto de competências desenvolvimentais, que emergem de uma forma integrada nas interações com os cuidadores mais importantes.

Os níveis de competência podem ser informados pela observação da criança com seus cuidadores ou com os brinquedos, relato dos pais, resultado de instrumentos de avaliação, ou as escalas de Níveis de Competência e Marcos Desenvolvimentais apresentados no Apêndice A (que são guias, mas não substituem as demais avaliações). Esses Níveis de Competência e Marcos Desenvolvimentais são apresentados em 10 tabelas detalhadas, organizadas de forma trimestral, para os primeiros 2 anos, e de forma anual dos 2 aos 5 anos: 3 meses; 6 meses; 9 meses; 12 meses; 15 meses; 18 meses; 24 meses; 36 meses; 48 meses e 60 meses (p.161 a 185). Estas tabelas, além de constarem do original, encontram-se disponíveis no site: www.zerotothree.org/dc0.5resources

Cada nível individual de conduta atingido é registrado como se segue:

1 = Completamente presente; 2 = Inconsistentemente presente ou emergindo; 3 = Ausente

O quadro abaixo resume e compara as alterações verificadas:

EIXO V - Quadro comparativo entre a CD Zero a Cinco e a CD Zero a Três

ZERO A CINCO	ZERO A TRÊS	DSM-5/CID-10
Competência Desenvolvi-mental ADRO-RESUMO DE COM-PETÊNCIAS NOS DOMÍ-NIOS Emocional Relação Social Linguagem Social e Comu-nicação Cognitivo Movimento e Físico	Nível de Desenvolvimento Emocional Funcional <i>* Atenção mútua (todas as idades)</i> <i>* Envolvimento mútuo (3 - 6 meses)</i> <i>* Intencionalidade interativa e reciprocidade (6 - 18 meses)</i> <i>* Comunicação representativa/afetiva (linguagem e brinquedo: acima de 18 meses)</i> <i>* Elaboração representativa (idéias no brinquedo de faz de conta: acima de 30 meses)</i> <i>* Diferenciação representativa I e II (fantasia e realidade, conceitos de causalidade, tem-po e espaço: entre 36 e 42 meses)</i>	

A seguir, a tradução de uma proposta de Quadro-Resumo, para registro dos níveis de competência encontrados para cada criança:

QUADRO-RESUMO DE COMPETÊNCIAS NOS DOMÍNIOS (0 -5)

Nível de competência no domínio	Emocional	Relação Social	Linguagem Social Comunicação	Cognitivo	Movimento e Físico
Excede expectativas de-senvolvimentais					
Funções em nível apropria-do à idade					
Competências inconsis-tentemente presentes ou emergindo					
Não encontradas expec-tativas desenvolvimentais (atraso ou desvio)					

Discussão e Conclusão

Num pequeno texto intitulado “*Building a solid platform for the diagnos-tic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early Childhood (dc: 0–5)*”, Robert Emde, que participou das duas Forças-Tare-fa anteriores, aponta algumas dificuldades que ainda deverão ser exercitadas, na nova classificação: uma delas é o desafio, para os clínicos, de identificarem as vastas variações dos relacionamentos e suas comorbidades, não deixando de utilizar todas as dimensões sugeridas. Ele enfatiza a necessidade de incluir cuidadosa avaliação do desenvolvimento em todos os seus domínios, além

da observação da criança, e do exame físico, colher a história de mais de um informante, e a avaliação dos fatores de contexto. Tudo apontando para uma intervenção clínica focada fortemente num plano terapêutico, além do cuidado com abordagem farmacológica eventual, considerada inadequada para essa idade precoce.

Emde ainda destaca/aponta a importância da comorbidade em relação aos transtornos alimentares, com necessidade de pesquisa longitudinal para uma variedade de síndromes descritas como “transtornos atípicos de alimentação”.

Em resumo, Emde considera que “muito bom trabalho foi feito pelos autores como eles próprios indicam, mas muito trabalho ainda dependerá da aplicação e avaliação de sua utilidade no nosso campo de saúde mental. ”

Ainda que não se trate de uma classificação que seja isenta de discussões, acreditamos que seu uso possa contribuir para nossa prática clínica – e para novas e sucessivas revisões.

Resta a verificar como serão acopladas a permanência da organização multiaxial com a DSM-5 e a CID-10. Mas esta já era uma questão anterior, cujo exercício também nos parece interessante.

Destaque para a extensão da idade cronológica referindo-se às manifestações psicopatológicas precoces: este parece ser o indubitável ganho desta classificação, ampliando o período da 1ª. infância, até alcançar a classificação geral (DSM-5)

Do ponto de vista das teorias psicanalíticas do desenvolvimento, é importante registrar que a classificação se pretende como um instrumento de descrição e avaliação do desenvolvimento precoce, apresentado pela criança pequena, a partir da ótica de seus vários eixos. Não obstante, parece-nos que deixa, para ser preenchido, o espaço necessário para a compreensão dinâmica e psicanalítica, à qual não se opõe – especialmente se considerarmos a definida importância atribuída à avaliação da relação da criança (com suas características individuais) com os cuidadores primários e com o ambiente (cuidadores e estressores) a que estiver exposta – configurando assim todo o espaço que pode corresponder ao conceito do campo de *intersubjetividade*. Podemos lembrar também o espaço de *transgeracionalidade*, que, sem ser enunciado, pode ser introduzido a partir da visão oferecida pelos diferentes eixos.

Certamente os instrumentos de avaliação do bebê/criança pequena são utilizados diretamente em cada etapa de desenvolvimento. Entretanto, quando avaliamos clinicamente crianças maiores e adolescentes, podem se tornar elementos preciosos se forem utilizados como roteiro para hipóteses retrospectivas de avaliação e compreensão (e/ou reconstrução) das possíveis consequências (positivas ou negativas) oriundas das etapas precoces do desenvolvimento. Questões como *resiliência* (fatores positivos) ou *déficits* (fatores negativos) podem ser levantadas com essa visão.

E foi justamente essa possibilidade de integração teórico-clínica do processo de desenvolvimento que nos animou a elaborar a presente apresentação.

Ao finalizar, agradecimentos à colaboração e interesse dos colegas Marília Santos Krüger, Ina Müller, Bruno Torri de Pinto e Ieda Portella, cuja interlocução foi estimulante - da mesma forma como esperamos que possam ser estimulados os colegas e leitores desta apresentação.

Referências

- Classificação Nosológica 0-3 de zero a três anos (1997). Artes Médicas: Porto Alegre.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993) - Artes Médicas: Porto Alegre.
- DC: 0 – 3 R. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Revised Edition.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (2002). Artmed: Porto Alegre.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V (2015). Artmed: Porto Alegre.
- Zeanah, C. H. & Lieberman, A. (2016). Defining relational pathology in early childhood: the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc: 0–5 approach – *Infant Mental Health Journal*, Vol. 37(5), 509–520.
- ZERO TO THREE (2016). *DC: 0-5™: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Washington DC.