

VALOR PREDITIVO DE INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PSÍQUICO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO A PARTIR DA TEORIA PSICANALÍTICA¹ (Inédito)

JERUSALINSKY, A.; KUPFER, M.C.; BERNARDINO, L. F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.; MOLINA, S.; SALES, L.; STELLIN, R.; PESARO, M. E.; LERNER, R.²

INTRODUÇÃO

É curioso constatar como a ciência contemporânea se nega a chancelar como legítima qualquer forma de pensamento que não permita algum tipo de cálculo numérico comparado com um padrão externo. Como se isso pudesse garantir uma maior aproximação à verdade. De fato, as ciências estatísticas, por exemplo, têm progredido e adquirido grande popularidade graças ao prestígio ganho pela matemática probabilística e não, certamente, por ter demonstrado sua capacidade de definir a determinação para cada evento individualmente considerado (ou seja, por que ocorrem também os eventos que têm menor probabilidade de acontecer?). Nesse viés, a meteorologia estatística tem passado a ser uma mera curiosidade informativa ou, no melhor dos casos, um cálculo quase dileitante de como nosso clima está se tornando incômodo. É hoje um lugar comum comentar as imprecisões do barômetro científico da economia. Se seu cálculo não tem se mostrado suficientemente fiel à confiança que o capitalismo moderno lhe depositou, o mesmo cabe dizer do visível e do invisível. Se no início de sua carreira a ciência moderna apostou numa suposta identidade entre o visível e o verdadeiro, hoje a maior parte dos conhecimentos científicos em que estão apoiadas as tecnologias mais avançadas de nosso tempo giram em torno de objetos não visíveis, mas meramente dedutíveis.

Que a psicanálise, então, trabalhe com objetos não visíveis e esteja mais preocupada pela ‘falha de cálculo’ do que pelos acertos, e na medida em que trabalha com a lógica das determinações, não parece justificar que ela seja acusada de ‘não científica’. Se ela é uma prática alicerçada numa lógica, define seu objeto (embora o faça pela negativa), e articula operações de cálculo (não numérico) do grau de indeterminação (lembramos que hoje os

¹ A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde brasileiro, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e sua coordenação foi centralizada no Instituto de Psicologia da USP (IPUSP).

² A pesquisa foi realizada pelo GNP (Grupo Nacional de Pesquisa), grupo de experts reunido pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do IPUSP, quem exerceu a coordenação nacional. Para construir o protocolo de indicadores e para conduzir a pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros o grupo foi constituído pela Profa. Dra. Leda M. Fischer Bernardino, da PUC de Curitiba, Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante, do CPPL de Recife, Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e M. Cecília Casagrande, de São Paulo, Daniele Wanderley, de Salvador, Profa. Lea M. Sales, da Universidade Federal do Pará, Profa. Regina M. R. Stellin, da UNIFOR de Fortaleza, Flávia Dutra, de Brasília, Prof. Dr. Otavio Souza, do Rio de Janeiro, Silvia Molina, de Porto Alegre, com coordenação técnica de M. Eugênia Pesaro e coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky.

matemáticos trabalham no desvendamento da lógica das transformações do aleatório), de fato ela está cumprindo todas as condições fundamentais do que se chama ciência.

Por isso é legítimo que ela, embora se oriente por uma metodologia singular e diferente ao comum das ciências modernas, possa eventualmente se valer dos instrumentos de prova, controle, verificação e cálculo que a ciência contemporânea utiliza.³

A CAUSALIDADE PSÍQUICA

A brecha que Freud tenta incessantemente preencher entre as séries complementares (o constitucional, as experiências infantis, a situação atual) e a ordem da palavra é, finalmente, costurada por Lacan. O constitucional passa a ser moldado pelo originário, vale dizer pelo tecido de significações que antecedem o sujeito e guiam sua constituição⁴. As experiências infantis se estruturam como inscrições, já que elas têm o valor de letras de um texto (o texto do romance familiar). A situação atual se configura como a forma em que o sujeito se representa no discurso social. Precisamente o Outro Social generalizado não é mais um personagem concreto – embora ele se invista em representantes imaginários – mas uma abstração interiorizada em termos de discurso. Eis aqui que transparece a razão pela qual o inconsciente está estruturado como uma linguagem e, então, por que aquele responde de modo tão sensível ao campo da palavra.

Se, até certo ponto da evolução das espécies a memória genética dos comportamentos adaptativos se estendeu na direção de garantir a sobrevivência, a proliferação de comportamentos fixos (geneticamente determinados) acabou sendo contrária a essa mesma sobrevivência a cujo serviço estavam. Com efeito, uma bateria delimitada de comportamentos adaptativos fixos, por mais diversificada que fosse, implicava um limite para a conjugação das espécies com as mudanças ambientais aleatórias. Talvez por isso, nos humanos a memória genética de comportamentos adaptativos herdados encolheu, obrigando-os a criar outro sistema de memória coletiva mais flexível e exterior a cada indivíduo: a linguagem. Ela passou, então, a ser a depositária de um saber que o Outro (portador privilegiado desse saber coletivo) precisa lhe transmitir. Tal transmissão implica uma moldagem dos impulsos primitivos e adquiriu, no processo evolutivo, o poder de configurar *post natuum* todo o sistema de relações com o mundo e suas representações no Sistema Nervoso Central do fihote humano. As matrizes que simbolizam o mundo circundante – precisamente para permitir a configuração prévia e *ad hoc* dos comportamentos adaptativos – funcionam tão integradas aos processos de pensamento do próprio sujeito que este não sabe de onde lhe vem esse saber: é isso que a psicanálise tem batizado com o nome de *inconsciente*.

Na medida em que a descoberta do inconsciente é considerada como a instância do Outro que fala em nós. Já não mais se trata de uma reminiscência instintiva – animal – como mero resíduo hereditário da evolução das espécies, mas de uma marca simbólica sobre o real que, somente após ser marcado pelas bordas do significante, vira resto. Curiosamente é justamente quando o corte produzido pelo significante no corpo da pequena criança diferencia

³ Permitimo-nos aqui assinalar que não há legitimidade alguma em que se faça uma estatística da frequência do aparecimento de espíritos errantes, encontros ufológicos ou do grau de transparência das almas errantes. Que a ciência faça resistência contra as crenças e fábulas das diferentes formas do misticismo, não deveria confundi-la e levá-la a considerar que tudo é fábula no terreno dos processos psíquicos

⁴ As descobertas ocorridas nas últimas décadas relativas a neuroplasticidade e as funções cerebrais deram indiscutível fundamento às teses psicanalíticas sobre o valor estruturante das experiências infantis dos primeiros tempos da vida.

uma borda erógena, no momento em que o objeto se constitui como tal caindo, eis ali que ele nos faz, imaginariamente, falta. É por isso que o significante simboliza a falta de objeto e é também por isso que o significante funciona na exata proporção em que o objeto falta.

Se nas espécies superiores o imaginário advém para orientar o indivíduo na escolha de seus objetos, nos humanos essa função corresponde à linguagem. O nível de esvaziamento do significado dos objetos reais, que a cultura produz, obriga o indivíduo de nossa espécie a se tornar sujeito de um trabalho suplementar: a incessante marcação arbitrária desse real para tentar dar-lhe uma significação que inatamente não tem. Assim, o cerne dessa pesquisa, não gira em torno a objetos supostos como sendo naturalmente adequados ou inadequados, também não uniformiza os objetos oferecidos, nem compara as conquistas motoras ou de emissões fonéticas com um padrão de evolução etária. Ela registra se se cumprem ou não entre a mãe e o filho os intercâmbios de modo que efetivamente venham se operar as transformações necessárias para a construção de um sujeito capaz de desdobrar suas habilidades em relação com o mundo e seus semelhantes.

Esse é o trabalho que os pais de um bebê realizam. Por isso uma pesquisa sobre indicadores de risco no plano psíquico e do desenvolvimento precisa situar esses indicadores principalmente no campo da relação mãe-filho. Campo onde se opera a transmissão das significações dos objetos, as pessoas e o mundo circundante onde o bebê precisará se situar como sujeito.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS PRÉVIAS

Em termos de prevenção é necessário antecipar que qualquer indicador relativo à uma garantia da saúde mental e o desenvolvimento normal da criança, está submetido às vicissitudes da lógica imprevisibilidade dos acontecimentos histórico-sociais e familiares por vir.

É necessário começarmos por esta advertência porque esta é uma variável interveniente de forte incidência numa proposta de pesquisa como a que aqui se desdobra.

A prevenção é sempre uma proposição de realização futura onde o nível de eficácia esta condicionada a uma alta correlação de causa-efeito relativa aos fenômenos que se pretende evitar, anular ou controlar. Assim se pretende que a operação sobre as causas provocará uma segura e direcionada modificação dos efeitos. *Contrário sensu* no assunto que nos ocupa não é de esperar que essas correlações ocorram entre uma causa e um efeito pontualmente correspondentes numa alta correlação bi-unívoca. A natureza e características dos fenômenos que se propõe prevenir, neste caso, marcam as seguintes particularidades fundamentais:

- 1) As relações, nos processos psíquicos, se estabelecem não entre causa e efeito, mas entre acontecimentos e conseqüências. O que implica em primeiro lugar que, se tratando de **acontecimentos** eles carregam uma significação subjetiva que não tem equivalência com a significação extrínseca própria do conceito de **causa**. E, em segundo lugar, a substituição do termo **efeito** pelo termo **conseqüência** implica que não se trata de um resultado que conclui com a modificação do efeito, mas, que se determina nesse ponto a abertura de uma nova **experiência** para o sujeito em questão, que, num momento posterior, pode levá-lo a mudar seus sintomas.

- 2) As correlações, por isso, tendem a uma dispersão e ramificação, em função da variabilidade de significação dos **acontecimentos**, e da variabilidade das **experiências** que surgem no campo das conseqüências. Sendo que tal variabilidade é, justamente, desejável – embora inconveniente para a precisão da pesquisa – a respeito dos objetivos de preservação mental e do desenvolvimento que se pretendem.
- 3) O registro fundamental (embora não excludente), de acordo com estas considerações, precisa ser avaliado não em termos de pura medição, mas em termos de leitura de suas significações.
- 4) Por isso, a finalidade preventiva do protocolo que esta pesquisa construiu não pode ser avaliada nos seus resultados somente por uma medida de **correlação**, senão por uma relação de eficácia *a posteriori* cuja resolução reconhece quatro momentos: a) **registro de um signo indicador e sua leitura (momento que esta pesquisa organiza e formaliza)**, b) intervenção que não necessariamente deve se endereçar à supressão do signo – como acontece nos casos de uma relação pontual causa-efeito – mas que pode dirigir-se à mudança de seu significado, c) **modificação da experiência** do sujeito em questão, d) **mudança de sintoma**.
- 5) É importante levar em conta que, contrariamente às pesquisas e intervenções de prevenção onde prevalecem as correlações causa-efeito bi-unívocas, onde o indicador de risco costuma coincidir com o fator causal ou está fortemente associado com ele, nesta pesquisa os indicadores eles mesmos podem formar parte das conseqüências embora seu aparente funcionamento de causa.⁵ Por isso mesmo pode ser uma conduta clínica ou educativa imprudente intervir diretamente sobre o indicador para suprimi-lo, sem uma leitura prévia de sua significação.

Estas diferenças impostas pela natureza mesma do objeto de nosso estudo e o campo de nossa intervenção conduzem a **metodologia** a um terreno **conjetural** que, do ponto de vista do ideal de uma precisão requerida por antecipação, (precisamente se tratando de uma proposta de prevenção), exige um questionamento. Um questionamento acerca de em que medida pode, tal procedimento, vir a garantir efeitos de melhoria nas condições do desenvolvimento e na saúde mental da infância.

A superação, desta objeção e do nível conjetural, pode se desdobrar, a uma só vez, por dois caminhos: 1) Pelo alto nível de **plausibilidade dos sistemas de leitura e interpretação** propostos. Esta plausibilidade deriva da vasta experiência clínica e da prática desenvolvida pela psicanálise durante os últimos 100 anos, e da ampla literatura que a apóia e refere. 2) Um registro paralelo de **indicadores derivados de outras disciplinas** – não psicanalíticas, como a psiquiatria e a psicologia – que permitem objetivar outras manifestações madurativas, comportamentais e funcionais para comparar com outra escala as modificações que forem se produzindo ao longo dos registros de fim preventivo.

Esses dois procedimentos (referência de antecedentes experimentais, clínicos e bibliográficos; indicadores derivados de outras disciplinas) permitem aumentar significativamente o nível de validação dos resultados na pesquisa psicanalítica.

⁵ Tomemos aqui como exemplo a questão do olhar no autismo. Certamente esse é um indicador forte que permite antecipar o risco de vir a construir ou firmar um quadro autista ainda larvado. Surge então a pergunta: essa criança corre o risco de se autistizar porque não olha o rosto de seus semelhantes, ou bem, ela não olha o rosto de seus semelhantes porque está em perigo, no caminho digamos, de vir a se constituir como autista? A experiência clínica demonstra que forçar a criança a um endereçamento de seu olhar para o outro não reduz em absoluto sua tendência ao isolamento. Porém, a superação de sua tendência ao isolamento provoca modificações substanciais e definitivas no direcionamento certo de seu olhar.

INDICADORES DE ALERTA

Os psicanalistas costumam utilizar informalmente, nas suas avaliações clínicas de crianças, indicadores de alerta capazes de referir que os processos de estruturação desse sujeito não marcham pelo caminho certo. Para nos orientarmos na construção do protocolo de nossos indicadores de risco, fizemos um relevamento empírico dos signos de alerta habitualmente utilizados.

Foi fácil constatar que eles se ordenam em três séries de formações inconscientes que vão constituir o que em psicanálise se denomina **fantasma fundamental** sexualização, identificação, filiação. Essas séries, no seu entrelaçamento, vão constituir uma instancia interior que dirigida a organizar o funcionamento mental de relação dessa criança com o mundo circundante. É quando estes processos fracassam que surgem os sintomas. Classificamos esses traços que provocam marcas que organizam a memória, e, por tanto, o enlace de cada novo acontecimento numa rede de significações, em dois grandes destinos enquanto ao papel que eles virão a cumprir: **Produzir inscrição do sujeito** que encontra, a partir de ali, um modo de se representar no discurso social e um modo de decifrar e outorgar sentido as suas sensações; **organizar e definir o circuito pulsional** (não nos referimos aqui à diferenciação sexual, ou seja, de escolha de objeto, mas, ao nível separação-alienação em que vai se constituindo sua subjetivação).

- 1) Quando os traços que marcam e ordenam a vida do bebê não se inserem numa série prazer/ desprazer. Ou seja, quando a mãe atende meramente as necessidades e não se preocupa em registrar a relação de suas ações com as reações de prazer/desprazer de seu filho.
- 2) Quando os traços não se inserem numa rede de significações. Ou seja, quando a mãe não coloca suas ações como formando parte de um certo argumento vital que vai além dos enunciados meramente descritivos das operações de alimentação, higiene, etc., inserindo elas mesmas num campo de fantasias, num campo ilusório de significações figuradas que é o que permite tornar simbólico este traço.
- 3) Quando os traços não se correlacionam com uma temporalidade que corresponde às manifestações espontâneas, rítmicas, dos tempos corporais do bebê (lembramos aqui àquilo que S. Freud chama de *real-ich*, e a correspondente *função da pulsão*).
- 4) Quando os traços se oferecem num espaço alheio ou fora da extensão possível (de acordo com o momento maturativo) do espaço de projeção do *Eu-real* (corporal) da criança.
- 5) Quando o modo de apresentação dos traços é aleatório e a impessoalidade de seu oferecimento, por parte da mãe, impede que eles possam servir para que a criança se reconheça neles. A mãe, nesse caso, não está oferecendo a possibilidade de seu filho passar do auto-erotismo para o narcisismo secundário, atravessando o estágio do espelho.
- 6) Quando os traços emergentes da relação com o filho - especialmente os produzidos por este - não levam a evocar nenhuma história familiar por parte da mãe, nem tampouco a constituir nenhum “romance” com eles. (ou seja, a ausência de um argumento que enlace os pequenos eventos próprios da vida do filho)

- 7) Quando não há – por parte dos pais – leitura de signos significativos, para eles mesmos, de diferenciação sexual.

ALGUMAS NOTAS SOBRE A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA

O uso de indicadores clínicos nas pesquisas da área da Saúde já está consagrado (Brunelle e Saucier, 1999; Almeida Filho, 1989), mas não é usual na pesquisa de orientação psicanalítica. Que a psicanálise e a ciência moderna tenham ocupado pólos opostos nos territórios da lógica e da razão é em grande parte responsável por essa diferença no campo da metodologia clínica. Porém, as mais recentes pesquisas na neurobiologia, na psicolinguística, e na etologia, têm aberto portas de re ligação dos saberes e tornado o diálogo interdisciplinar praticamente obrigatório.

Assim, há autores como Hanns (2000), Mezan (2002), Pereira (2001), Vieira (2001), Garcia (2002) para os quais é possível considerar a psicanálise como uma ciência que participa do campo das Ciências Humanas, bem como construir instrumentos de medida nela apoiados.

No que se refere aos indicadores clínicos aportados pela psicanálise, é, sobretudo no campo da saúde mental infantil que seu uso pode encontrar uma aplicação significativa. Como já existem evidências suficientes que demonstram haver uma morbidade significativa dos problemas ditos “emocionais, comportamentais, dos atrasos no desenvolvimento, das psicoses, do retardo mental e da epilepsia nessa população” (Nikapota, 1991, p.743), e como a psicanálise reconhecidamente tem contribuído para a compreensão das estruturas e da lógica do funcionamento dessas patologias, oferecendo, ao mesmo tempo, dispositivos técnicos e formas de intervenção que tem melhorado significativamente seu quadro de atendimento e a qualidade de vida dos pacientes, justifica-se amplamente a produção de instrumentos clínicos fundamentados nessa prática e na sua teoria.

A incidência e a prevalência epidemiológicas dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância são desconhecidas na maioria dos países em desenvolvimento. Vários estudos epidemiológicos indicam taxas entre 9%-16% (Bird, 1996). Na Inglaterra, um estudo recente encontrou a taxa de 10% de prevalência de transtornos psiquiátricos na infância, investigando 10.500 famílias (Meltzer et al., 2000).

A Organização Mundial da Saúde – OMS – afirma, em seu relatório de 2001, que os transtornos mentais são comuns durante a infância e a adolescência. Esse relatório afirma ainda que a atenção dada a esta área específica é bastante insuficiente, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto no que se refere ao tratamento.

Quanto à prevalência, os diferentes estudos apontam variações consideráveis, mas igualmente alarmantes: entre 10 e 20% desta população específica parece sofrer de um ou mais problemas mentais, também de acordo com o relatório da OMS (OMS, 2001).

Tanto o relatório da OMS como os estudos aqui apontados revelam que os transtornos mentais na infância não são irrelevantes, mas recebem pouca atenção das políticas públicas, o que deixa um grande número de crianças sem assistência adequada. Temos outro agravante no escasso registro de detecção precoce desses transtornos: embora exista um consenso que é mais eficaz o tratamento quanto mais cedo se produz a abordagem terapêutica, são raros os lugares onde a clínica preventiva destes problemas conta com instrumentos e recursos humanos adequados para uma detecção e uma intervenção terapêutica específica precoce. Enquanto os pediatras carecem de instrumentos facilitadores para a detecção clínica, também não existem serviços de estimulação e orientação precoce a nível hospitalar. É verdade que

existem alguns protocolos de observação para detecção de esses transtornos em crianças pequenas (comentamos mais adiante acerca desses instrumentos já existentes), mas eles, de um modo geral, requerem especialistas em sua aplicação, exigem também um tempo que não cabe dentro das consultas rotineiras de acompanhamento do desenvolvimento a nível pediátrico, e necessitam de materiais especiais que encarece notadamente seu uso. É, então, muito raro que esses instrumentos (criados nos países desenvolvidos) sejam utilizados nos países periféricos.

Por essas razões, a criação de instrumentos com indicadores capazes de detectar, ainda na primeira infância, transtornos mentais não somente precisa ser levada adiante como constitui um ponto de grande responsabilidade para aqueles que trabalham no campo da saúde mental.

DESCRICÃO DA PESQUISA `IRDI`

A pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – doravante chamada de pesquisa IRDI – aqui apresentada, buscou construir e validar dois instrumentos, de modo a contribuir nos primeiros passos nessa direção.

A pesquisa IRDI foi realizada no período 2000-2008 pelo GNP (ver nota 2) que desenvolveu, a partir da teoria psicanalítica de orientação lacaniana⁶ e winnicottiana⁷, e da experiência clínica que colocou em prática esses princípios teóricos, um instrumento (IRDI) composto por 31 indicadores clínicos de risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança.

O desenvolvimento humano está sendo aqui concebido como o produto de uma dupla incidência; de um lado, incidem os processos maturativos de ordem neurológica e genética, e de outro lado, os processos de constituição do sujeito psíquico. As pesquisas atuais tendem a privilegiar a dimensão neurológico-genética. Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

Da perspectiva da referência teórica psicanalítica aqui utilizada, o sujeito é uma noção que não coincide com as noções de Eu ou de personalidade. O sujeito é uma instância psíquica inconsciente que se constrói, desde o início da vida de uma criança, a partir de um campo social pré-existente – a história de um povo, de uma família, do desejo dos pais – mas também a partir dos encontros, intercorrências e acasos que incidem na trajetória singular da criança. Do campo da cultura e da linguagem virão as chaves de significação em torno das quais a criança deverá construir para ela própria um lugar único. Desse processo, surgirá o sujeito psíquico, aqui concebido como um elemento organizador do desenvolvimento da criança em todas as suas vertentes – física, psicomotora, cognitiva e psíquica. (Bernardino, 2007; Jerusalinsky, 1989; Kupfer, 2008).

A maturação, o crescimento e especialmente o desenvolvimento dependem dos processos de formação da vida psíquica, ou são extremamente sensíveis a eles. Esses processos de formação operam governados pelos outros que rodeiam a criança e são os responsáveis por seus cuidados e por sua evolução.

⁶ Vertente da psicanálise que se baseia na leitura dos textos de S. Freud realizada por J Lacan. Ver Lacan, J. (1965). *Escritos*. Paris: Seuil.

⁷ Vertente da psicanálise que se baseia nas idéias e publicações de D.W. Winnicott. Ver WINNICOTT, D.W. (1994). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Embora único, o lugar de um sujeito depende de ações gerais que todo cuidador deve realizar na primeira infância, e sem as quais esse lugar corre o risco de não se constituir. Parte-se do pressuposto de que tais ações se dão em um campo geral passível de ser definido ou cercado em suas grandes linhas.

Os “problemas de desenvolvimento” são aqui considerados como sendo de dois tipos. No primeiro deles, os problemas de desenvolvimento sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança, mas não questionam a instalação do sujeito psíquico. Exemplos destes quadros clínicos podem ser: hiperatividade, problemas com regras e leis, enurese, encoprese, inibições psicomotrices, fabulações compulsivas, fobias, medos noturnos, etc.. O segundo tipo, chamado também de “problemas na constituição do sujeito” compreende as dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de entraves no processo mesmo de estruturação subjetiva. Indicam sintomas mais estruturais, apontando um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como autismos, psicoses, psicossomática, quadros de delírio, mutismos, agressão compulsiva, autoferimentos, e de um modo geral os atualmente denominados ‘distúrbios globais do desenvolvimento’, cuja definição psiquiátrica encontra-se no DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2005).

O objetivo principal da pesquisa IRDI foi o de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Além disso, a pesquisa objetivou: 1. Definir, selecionar e validar indicadores para capacitar médicos da rede pública para a identificação de risco de problemas de desenvolvimento na primeira infância; 2. Descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atenção à criança em relação aos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento na primeira infância; 3. Verificar a associação dos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento na primeira infância com as características clínicas de crianças atendidas na rede pública; 4. Selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Desenho da pesquisa, área estudada, amostra e procedimentos

O estudo utilizou um desenho de corte transversal seguido por estudo longitudinal. A amostra foi composta por 727 crianças nas faixas etárias de 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 a 18 meses, randomicamente selecionada entre aquelas que procuraram as consultas pediátricas de rotina em 11 serviços de saúde de nove cidades brasileiras ⁸. Os pediatras que aplicaram o protocolo IRDI foram treinados para esse fim.

Durante os exames de rotina, foram anotados os indicadores clínicos (IRDI) presentes, ausentes e não verificados. Nesta pesquisa, é a ausência de indicadores que sugere um risco para o desenvolvimento da criança. Assim, os IRDIS, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento, e quando ausentes, são indicadores de risco para o desenvolvimento.

⁸ Belém do Pará, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo (3 centros).

Ao final dos 18 meses, 287 crianças apresentaram 2 ou mais indicadores ausentes (consideradas casos) e 440 apresentaram 1 ou nenhum indicador ausente (crianças controle). Dentre os casos, foram sorteadas 183 crianças (64%); destas, 158 completaram o estudo (perda de 13,7%). Dentre as crianças controle, 132 (30%) foram sorteadas; destas, 122 (perda 7,5%) completaram o estudo.

Ao completar três anos de idade, as crianças dessa sub-amostra foram submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico, por meio de dois protocolos criados para esse fim: o roteiro para a Avaliação Psicanalítica – AP3 – e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica. No presente artigo, serão abordados apenas os resultados obtidos por meio da avaliação psicanalítica, estando os da avaliação psiquiátrica destinados a um artigo futuro.

A partir dos resultados da avaliação psicanalítica foi montada uma tabela de sintomas clínicos. Definiu-se em seguida o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito. Por se tratar de instrumentos novos, expõem-se a seguir os fundamentos teóricos que justificam a escolha dos indicadores, dos eixos e dos instrumentos de avaliação dos desfechos clínicos utilizados na pesquisa IRDI.

A construção do Instrumento IRDI (Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil)

A pesquisa tem como objetivo central a validação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento em crianças desde seu nascimento até os 18 meses de idade cronológica. Nesse período da infância o psiquismo e as funções mentais se encontram nos primórdios de sua formação. Dependem, para isso, de que o meio (especialmente seus pais e cuidadores) desdobre e efetue as operações necessárias para que se configurem e inscrevam as matrizes que permitam organizar seu pensamento e, em decorrência dele (consciente ou inconsciente), seus comportamentos. Trata-se de operações dirigidas a transformar o espontâneo funcionamento neurobiológico – caracterizado por automatismos e repetições determinados por mecanismos neurofisiológicos básicos – para colocá-lo ao serviço da estrutura de significações que caracterizam a inserção do indivíduo humano na civilização e, por tanto, sua constituição como sujeito. Na medida em que tais mecanismos neurobiológicos naturalmente tendem a Constância⁹ – o que implica uma predisposição para repetições idênticas – e necessário um trabalho do Outro, que atua em torno da criança e com ela, para transformar essa atividade basal na singularidade polimorfa e polissêmica que caracteriza a articulação do sujeito individual no âmbito do coletivo. É claro que o andamento e resultado dessas operações, além da posição inconsciente que comanda nos pais o lugar que outorgam a seu filho, depende, também, da permeabilidade das condições constitucionais da criança para acolher essa atividade formadora de seus pais e cuidadores.

Afortunadamente temos descoberto, nos últimos tempos, que o Sistema Nervoso Central – salvo exceções patológicas – guarda um prolongado período de neuroplasticidade em que se oferece para ser moldado, no seu funcionamento, de acordo com a matriz própria da cultura em que a criatura humana vier a nascer. Assim, o idioma particular do conjunto social, as regras gramaticais, os usos familiares e grupais da língua, os costumes e valores, tem –

⁹ S.Freud já tinha conceitualizado essa tendência como o princípio da *konstantkraft*, ou seja como a força constante da pulsão.

desde o ponto de vista da permeabilidade orgânica ao significante – a chance de ser transmitidos de geração em geração.

Por todos esses motivos os indicadores foram escolhidos e organizados de acordo as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere a atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras.¹⁰

Escolhemos quatro operações formadoras em função de elas haverem demonstrado ser fundamentais, na historia de cem anos de experiência clinica psicanalítica, e por elas constituírem uma síntese de diversas propostas teóricas nesse campo. Chamamos esses conceitos operatórios, que cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, eixos teóricos, sendo eles quatro: Suposição de um Sujeito, Alternância Presença/Ausência, Estabelecimento da Demanda, Função Paterna.¹¹

Estas operações são formadoras de uma matriz que recebe o nome de fantasma fundamental (Em termos freudianos, o que constitui o cerne do aparelho psíquico, as identificações primárias.¹² Em termos kleinianos, as relações de objeto que constituem as posições primordiais do sujeito, e o Complexo de Édipo Primitivo.¹³ Em termos Winnicotianos seriam as formas iniciais de um espaço transicional entre a mãe a a criança.¹⁴ Em termos de Françoise Dolto essas operações se cumpririam a traves das castrações sucessivas¹⁵). Essa matriz se compõe principalmente de três estruturas inconscientes: *Sexuacao, Filiação, Identificações*, que regulam, organizam e determinam as relações do sujeito com os outros, com os objetos, e com seu próprio pensamento. Estas estruturas fundamentais - que recebem, em psicanálise, a denominação de fantasma fundamental - tem tal nível de incidência precisamente porque são as que comandam a disposição dos desejos. Na medida em que os desejos tendem para a realização de ideais, o fantasma fundamental coloca para o sujeito enigmas e problemas que invariavelmente estão além de sua capacidade de resolução. Por isso o sujeito constrói soluções de compromisso que, Freud assinalara já, caracterizam o sintoma psíquico.

Recolhendo de um modo empírico indicadores que psicanalistas de crianças habitualmente usam de modo não sistemático na sua prática clínica, se verificou que, além das três séries de formações inconscientes destinadas a configurar o fantasma fundamental, eles se distribuía em quatro categorias teóricas que, sem mencionar esses indicadores, já tinham expressão em algumas obras bibliográficas. Essas quatro categorias – que passamos a chamar ‘eixos teóricos na avaliação de crianças pequenas’ – são: suposição de um sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença / ausência, função paterna.¹⁶ Estas operações que se organizam em torno de cada um desses quatro eixos dependem

¹⁰ Vale a pena fazermos notar que tais *operações formadoras* implicam uma reciprocidade entre os pais e a pequena criança.

¹¹ Remetemos para suas definições ao apontado já nos Fundamentos Teóricos desta pesquisa.

¹² Veja-se em Freud, S. “Introdução ao Narcisismo” e “O Id e o Eu”, in O. C., Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969. (Respectivamente vol. XIV, p.89, e vol. XIX, p. 23.)

¹³ Veja-se Klein, M., “El Psicoanálisis de Niños” in O.C., Ed. Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1981. (vol. I, p.288

¹⁴ Winnicott, D.W. – “Realidad y Juego”, Gedisa Editores, Buenos Aires, 1971.

¹⁵ Dolto, F. – “O caso Dominique”, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1981. (ver especialmente o

Apêndice:”Esclarecimento sobre a teoria freudiana das instancias da psique durante a evolução da sexualidade, em relação ao complexo de Édipo. Neurose e Psicose.” (p. 205 e ss.)

¹⁶ A delimitação desses eixos baseou-se num escrito inédito de Alfredo Jerusalinsky titulado “*As cinco condições para a constituição do sujeito*”, e numa revisão bibliográfica realizada conjuntamente por esse autor com o Dr. Domingos Infante de onde resultaram referências em *Três ensaios para uma teoria sexual, Freud,(1905) 1973*, e nos seminários IV e V de Jacques Lacan (1995 e 1999)

fundamentalmente da atividade da mãe engatada nas respostas que o filho consegue lhe dar. Por isso os indicadores – que inicialmente eram 51 e ficaram reduzidos a 31 porque nas experiências piloto 20 mostraram ser não consistentes nem sensíveis para definir qualquer magnitude do que se pretendia medir – se formulam de forma fenomênica em duas grandes linhas: o que a mãe faz para o filho, o que o filho faz para a mãe.

O eixo “suposição do sujeito” (SS) caracteriza uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, realmente constituída. Tal constituição depende justamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). Essa antecipação causa grande prazer no bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe sob a forma de palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa chamada de mamanhês (Laznik, 2000), o que fará o bebê tentar corresponder ao que foi suposto nele. Ao realizar essa tentativa, reeditará o efeito de prazer vivido por ele quando ocorreu a antecipação materna – o esgar traduzido pela mãe como um sorriso passará a ser mesmo um sorriso quando for inconsciente ou voluntariamente utilizado para agradar o outro ou manifestar para esse outro seu próprio agrado. É precisamente desse modo que a subjetividade – que não é inata - pode efetivamente construir-se.

O eixo “estabelecimento da demanda” (ED) compreende as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, a agitação motora, a sucção da própria língua, que precisam ser interpretadas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela. Pode-se dizer que, por exemplo, quando a mãe interpreta que ao chupar a própria língua seu bebê está lhe pedindo para lhe dar de mamar, em verdade é a mãe mesma quem quer lhe dar o peito a seu filho; é ela quem demanda de seu filho que ele a deseje e inverte sua própria demanda transformando-a em demanda do filho. Esse processo, totalmente inconsciente, conduz a mãe a reconhecer em cada gesto insignificante de seu filhote um signo de demanda endereçada a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda – sempre inserida numa trama de amor – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se. O modo em que essa matriz venha se instalar (ou não se instalar) durante os primeiros tempos da vida estará na base de toda a atividade posterior de inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros.

O eixo “alternância presença/ausência” (PA) se refere às ações mínimas nas quais a presença materna vai se tornando símbolo da satisfação substituindo a presença do objeto real. Assim, a mãe presente evoca o objeto ausente, como o objeto presente evoca a mãe ausente. A descontinuidade da satisfação tanto quanto a descontinuidade da presença materna são fundamentais para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito na linguagem. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, especialmente significativo, obrigando a criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras. Por acréscimo a descontinuidade, marcada por essa presença/ausência, é o fundamento estrutural da linguagem na medida em que para que exista a palavra tem que se romper o enlace entre o ‘objeto causa’ e a satisfação, a palavra tem que adquirir o poder de evocar a satisfação em ausência do objeto. Na linguagem propriamente dita é necessária uma separação entre a palavra e a coisa.

No eixo “função paterna” (FP), trata-se do registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe embora essa ordem possa ser transmitida por ela. Esse lugar terceiro é facilmente atribuível ao pai já que ele se faz presente

como um “intruso” na paixão mãe-filho. Essa “ordem terceira” toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem a negativa. É reconhecido já de longa data o papel estruturador do “NÃO” na vida e no pensamento das pequenas crianças¹⁷ Entende-se que a função paterna ocupa, para a dupla mãe-bebê, o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social. Uma mãe que está submetida à função paterna leva em conta, em sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros. O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um “objeto” destinado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a separação do filho como sujeito singular e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas.

Na Tabela 1, apresentam-se os indicadores com as anotações SS, ED, PA e FP, que indicam os eixos aos quais se referem.

Tabela 1: Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 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 (manhês).	SS
	3. A criança reage ao manhês.	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
4 a 8 incompletos:	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ED/PA
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	ED/FP.
8 a 12 meses incompletos:	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
	19. A criança possui objetos prediletos.	ED
	20. A criança faz gracinhas.	ED
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED

¹⁷ Veja-se Spitz, R., *Sim e Não*, Buenos Aires: Ed. Aguilar, 1968. Também S. Freud tinha percebido a importância da negação na lógica da linguagem e da estruturação psíquica, como pode se ler no seu pequeno ensaio titulado precisamente “A Negativa” (Veja-se O.C. op.cit).

	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED	
de 12 a 18 meses	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses	ED/FP	2.
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP	
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP	
	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP	
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP	
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP	
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP	
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP	
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	FP	

O Instrumento de validação: a Avaliação psicanalítica aos três anos (AP3)

A Avaliação Psicanalítica aos três anos – AP3 – é um roteiro a ser utilizado por psicanalistas do qual constam quarenta e três perguntas que devem servir como orientadores da entrevista. Essa entrevista é realizada com os pais e com a criança – após ela fazer três anos e antes de completar os quatro anos - com duração de aproximadamente 1h e trinta minutos. Depois de realizada a entrevista, o psicanalista deve escrever um parecer qualitativo e também assinalar a eventual presença de sintomas clínicos.

Embora a AP3 foi construída levando em conta os quatro eixos utilizados para construir o IRDI (SS, ED, PA e FP) baseou-se fundamentalmente em quatro novas categorias, para abarcar o que se espera encontrar no funcionamento psíquico de uma criança de três anos e não numa criança de 0 a 18 meses (idades da aplicação do IRDI). Nas novas categorias escolhidas estão incluídos justamente esses efeitos, por meio de sua manifestação nas produções da criança e em eventuais sintomas clínicos.

As novas balizas dessa construção estão expressas nas seguintes categorias: O brincar e a fantasia (BF); O corpo e sua imagem (CI); Manifestação diante das normas e posição frente à lei (NL); A fala e a posição na Linguagem (FL). Segue-se um resumo do que foi proposto por A. Jerusalinsky para orientar as avaliações, a partir das teorizações de autores como J. Lacan (1965;1969;2003), F. Dolto (1992) e por D. Winnicott (1975), predominantemente (Jerusalinsky, 2008).

Os sintomas com que a criança pode responder as exigências de seu fantasma fundamental podem ser de duas ordens: ou bem *sintomas de estrutura* (o que Lacan denomina *sinthome*, e Freud seguramente denominaria *neuroses normais*) por meio dos quais (de modo transitório ou permanente), se constituem modos de elaboração do problema, ou bem *sintomas clínicos* (o que Lacan chama *symptôme*, e Freud seguramente denominaria *neuroses patológicas*), que expressam a especial dificuldade ou a impossibilidade de elaboração dos

problemas colocados para o sujeito pelo seu *fantasma fundamental* (que, precisamos lembrar, é resultante daquelas operações formadoras primordiais)¹⁸

Esses sintomas (os de ambos tipos) se manifestam infância nas suas formações inconscientes. Quando se trata de sintomas de estrutura eles comparecem sob formas típicas de comportamento e elaboração do sujeito infantil (desenhar, brincar, temores noturnos transitórios, enurese circunstancial, mentira e fabulação ocasional, transgressões exploratórias ligadas a sua curiosidade, trapaceadas defensivas, a serie dos três jogos típicos de elaboração da alienação e separação: objeto transicional, jogo do *Fort-Da*, jogo de bordas etc.) caracterizado pela dilatação do registro imaginário.¹⁹ Enquanto que, quando se trata de sintomas clínicos (indicadores de riscos patológicos ou posições patológicas), eles comparecem para evidenciar a dificuldade ou impossibilidade de elaboração do pequeno sujeito diante seu fantasma. Dito de outro modo, nesse ultimo caso, se trata de um confronto desigual com uma fantasia desmesurada, de um real invasor, de um imperativo do Outro impossível de re-encaminhar ou de suportar, de uma carência imaginaria de recursos, de valor, ou da desmesura do sujeito mesmo quem se dilata ate o ponto de tentar ocupar todos os lugares mediante sua agitação, ou imagina uma suficiência ou vantagem fálica da que, naturalmente, carece. É comum no viés do que acabamos de denominar sintoma de estrutura nos encontrarmos com a implementação da língua aderida à formas ficcionais: “*Agora eu era...*” (situação da cena num tempo ficcional, o do futuro anterior), “*Estou indo*” (resposta dilatária enquanto a criança de fato fica no seu lugar), “*Eu queria esse brinquedo*” (onde a prosódia e a conjugação verbal do passado imperfeito atendem ao irrealizável do desejo), “*Sobre a ponte d’Avignon, todos dançam, todos bailam. Sobre a ponte d’Avignon, todos dançam e eu também*”, onde o semantema fica à serviço da montagem de uma cena que permite a oposição da inclusão e ao mesmo tempo a exclusão do *todos* e do *eu*. Já que o *todos* sintaticamente inclui o *eu*, mas semioticamente, nessa frase, o exclui. Onde, também podemos observar, por sinal d’Avignon não é lugar concreto nenhum (embora a ponte exista), senão somente o significante que permite a articulação da oposição necessária ao *eu infantil*.

Entre as mais diversas formações inconscientes que podem aparecer numa criança, escolhemos alguns tipos delas que costumam oferecer uma rica informação sobre a posição do sujeito do inconsciente particular de cada criança. Essa escolha nos permite perceber e respeitar a singularidade das características psíquicas de cada criança e, ao mesmo tempo, compará-las no que diz respeito ao tipo de sintoma que manifestam. Assim, numa mesma categoria de análise as crianças podem apresentar sintomas clínicos ou sintomas de estrutura.

A serie causal que acabamos de fundamentar, e da qual oferecemos um esquema mais abaixo nos permite formular a hipótese indutiva de que haverá correlação significativa entre apresentação de sintomas clínicos nas formações do inconsciente avaliadas e ausência de

¹⁸ E por isso que J.Lacan chama essa instância, geralmente representada na mãe ou, mais extensamente, nos pais e cuidadores iniciais, de Outro Primordial. Numa certa equivalência com a idéia winnicotiana da mãe imaginada como onipotente.

¹⁹ Na medida em que a infância se caracteriza por ter que suportar um excesso de real (a insuficiência subjetiva da criança em relação ao ideal que e chamada a preencher, e, por isso, também, insuficiência relativa a posição sexual – e o ato correspondente – que e chamada a sustentar) vê-se na necessidade (lógica de sua estrutura) de produzir uma dilatação do ficcional. Sinthome, então, uma quarta formação inconsciente fundamental, de passagem, para manter a articulação do real, o simbólico e o imaginário. Criação de um mundo imaginário mais vasto e consistente que o do adulto. Uma espécie de delírio de elaboração, completamente necessário para suportar sua “miséria” infantil frente a magnificência do ideal que lhe e demandado. Por tanto trata-se de um sintoma de estrutura, ou seja, de uma sintoma que, contrariamente aos sintomas clínicos que o atolam, lhe permitem continuar seu transito para a condição adulta.

indicadores nas operações formadoras do fantasma fundamental – ou seja, aquelas que foram organizadas nos quatro eixos teóricos que ordenaram nossos indicadores de risco já anteriormente aplicados.

As formações do inconsciente propostas como objeto da avaliação, ou seja, as manifestações das crianças e seus pais a serem levadas em conta para a análise do desfecho clínico são:

O Brincar
Imagem Inconsciente do Corpo
O estatuto da fantasia
As formações da lei
A posição do sujeito na linguagem

As estruturas do fantasma fundamental somente são dedutíveis como hipóteses *a posteriori*, derivadas da leitura e interpretação da produção de cada criança nesses cinco tipos de formações desdobradas ao longo de uma relação propriamente analítica. Aquelas, então, não formarão parte central de nossa avaliação por dois motivos: 1) para interpretar de modo consistente as estruturas do *fantasma fundamental* se requer o retorno repetido de seus efeitos, o que precisa da implicação do sujeito na relação com o analista, ou seja, o desdobramento de uma transferência não geral mas especificamente analítica. A entrevista de avaliação não tem como objetivo tal desdobramento, nem a sua extensão o permitiria. 2) Interessa para a pesquisa estabelecer a relação entre os indicadores já aplicados, no seu caráter de operações formadoras, e os efeitos manifestos das formações a que elas deram lugar: as formações inconscientes da vida quotidiana da criança.

E verdade que ainda estas simples formações requerem de uma interpretação, mas convenhamos em que é muito diferente interpretar um chiste que interpretar a estrutura do fantasma fundamental que levou o contador a contar-lo. Devemos acrescentar que, nessa fase da pesquisa, o que precisamos para verificar a capacidade dos indicadores de virem a estabelecer a condição de risco psíquico e de desenvolvimento nas crianças do primeiro ano e meio de vida, não é estabelecer uma condição psicopatológica já estruturada (o que, de acordo com o considerado acima, seria improvável na infância), mas basta somente detectar a presença ou ausência de sintomas patogênicos – o que quer dizer, sintomas indicativos de que algo da ordem do psicopatológico está em curso. Consideramos, então, que é suficiente detectar, nas formações do inconsciente que se manifestam, o que temos denominado ‘sintomas clínicos’.

Porém, poderemos nos encontrar eventualmente com manifestações que evidenciem uma posição psicopatológica estrutural do pequeno sujeito em questão. Isto de fato acontece na clínica quando nos encontramos na infância com a impossibilidade do sujeito produzir o que se denomina ‘*sinthome*’ – ou seja um recurso para responder ao fantasma – em cujo caso nos encontramos correntemente com manifestações literais do fantasma mesmo. Isto se manifesta pela extrema debilidade do recalque ou até mesmo sua ausência absoluta (as crianças assim afetadas vivem numa constante passagem ao ato), a inexistência das formações da lei, a colagem da linguagem ao real do objeto e as situações, a repetição ecológica de uma fala sem sujeito, ou mesmo a ausência de relação da criança com a linguagem.

A experiência clínica nos leva a tomar como suposto que encontraremos raros casos nessas situações, e também nos leva a considerar que os indicadores não tem sido elaborados com a finalidade de uma detecção tão específica que venha a ficar delimitada somente aos casos mais graves. Por outro lado, do ponto de vista psicanalítico não existem signos que

possam ser conceitualizados como patognomônicos de uma determinada afecção psíquica, já que é característico dos signos psicopatológicos eles puderem comparecer em muito diferentes quadros. Isso torna teoricamente não plausível adjudicar a determinado signo uma correspondência absoluta, termo a termo, com uma determinada doença ou sofrimento psíquico.

Assim temos:

OPERAÇÕES FORMADORAS	FANTASMA FUNDAMENTAL	FORMAÇÕES DO INCONSCIENTE
MANIFESTO	RECALCADO	MANIFESTO
<i>INDICADORES APLICADOS</i>	<i>INTERPRETAÇÃO</i>	<i>OBSERVAÇÃO E REGISTRO*</i>
AUSENCIA/PRESENCA.	IMPRESSÃO. DEDUÇÃO	SINTOMA CLINICO PRESENTE OU AUSENTE.
SUPOSICAO DE SUJEITO.	<i>SEXUACAO (R).</i>	Brincar.
ALTERNACIA PRES./AUSENC.	Filiação (S).	Imagem corporal.
ESTABELEC. DA DEMANDA.	<i>IDENTIFICAC. (I).</i>	Fantasia.
FUNCAO PATERNA.	<i>SINTHOME.</i>	Formações da lei.
		Posição do sujeito na linguagem.

** Cabe a interpretação do estatuto à qual responde determinada formação do Inc. Ou seja do mesmo modo que se interpreta um chiste desde o ponto de vista de sua composição verbal, ou que se interpreta uma obra de arte aplicando conceitos psicanalíticos.*

Embora as formações do inconsciente que vamos considerar na nossa avaliação psicanalítica (a terceira coluna) sejam resultantes do fantasma fundamental (a coluna do meio), elas não serão lidas para desvelar retroativamente a instancia que as determina, na medida em que a finalidade do registro delas não é a de orientar uma intervenção interpretativa mas a de diferenciar se a criança em questão apresenta ou não sintomas patógenos que impliquem risco psíquico e/ou de desenvolvimento. Para tal cometido e ao mesmo tempo necessário e suficiente determinar se essas formações do inconsciente (a

terceira coluna) manifestam sintoma clínico (symptôme) ou meramente sintoma de estrutura (sinthome)²⁰.

Levando em conta que a ausência dos indicadores, aplicados na primeira fase de nossa pesquisa, constituía hipoteticamente indicação de risco, a determinação da existência ou não de correlação significativa entre a ausência de indicadores (os dos Eixos Teóricos, que situamos aqui sob o conceito de Operações Formadoras) e presença de sintomas clínicos, que são ora registrados por meio de essa avaliação psicanalítica, virá a estabelecer a validade ou invalidade dos indicadores para detectar o risco psíquico e/ou de desenvolvimento na população testada.

Para definir, então, os modos de aplicação deste modelo de avaliação, passamos a definir cada um dos itens incluídos na categoria de análise chamada Formações do Inconsciente.

O BRINCAR E O ESTATUTO DA FANTASIA

A experiência clínica vem demonstrando insistentemente que qualquer nosografia aplicada à infância precisa levar em conta o caráter transitório, provisório e indecído das estruturações psíquicas na maior parte dos sujeitos situados nessa época da vida.

Paradoxalmente, é nessa fase que se estabelece a matriz simbólica (ou não) que vai determinar o funcionamento psíquico do adulto. Ocorre que somente na infância podemos supor uma chance de modificação de estrutura, pelo simples fato de ainda a ordem do ato (especialmente sexual e os relativos à representação do sujeito na particular cultura a qual pertence) não ter comparecido para provocar a costura entre o simbólico das significações que até ali o conduziram, e o real do já efetuado e, por tanto, imodificável. É uma diferença fundamental entre o adulto e a criança que faz com que nesta o imaginário ocupe uma posição privilegiada: a de constituir o lugar de ensaio (no sentido do drama teatral) e antecipação do que ainda está por vir.

Com efeito, a fantasia toma conta do psiquismo infantil numa expansão que torna tênue o limite com o real,²¹ enquanto que no psiquismo do neurótico normal adulto encontramos a fantasia subjetivada sob a forma de ficção, onde a ordem simbólica corta de modo muito mais nítido o limite entre o imaginário e o real.

²⁰ Em termos freudianos, se elas formam parte do momento pulsional e edípico próprio dessa época da vida da criança, ou se trata da prevalência do princípio do prazer, ou da repetição compulsiva, acima do princípio de realidade. Em termos winicottianos se elas formam parte do espaço transicional e criativo próprio desse momento da criança, ou –patologicamente – de uma extensão da posição de indiferenciação de sua mãe, ou, ainda, da prolongação da onipotência alucinatória do objeto de sua satisfação prescindindo do princípio de realidade. Em termos kleinianos se há um ataque ao objeto – ou uma posição fragmentada ou autodestrutiva -por prevalência da inveja por cima da gratidão (já que, de acordo aos critérios kleinianos, deveria se esperar o contrário nessa idade, para permitir a resolução do Édipo). Em termos doltosioanos, se se trata ou não de uma regressão a formas anteriores na série das castrações sucessivas, e/ou de uma impossibilidade de simbolização.

²¹ Lembremos o assinalamento de S.Freud acerca da maior transparência do inconsciente nos sonhos e nas associações infantis, assim como a semelhança, apontada por Melanie Klein (veja-se op.cit acima), entre o sonho e o brincar. Bruno Bettelheim, pela sua parte, nos faz notar o quanto a recorrência da demanda infantil, endereçada à fantasia da literatura dos contos de fadas, é um meio de procurar um sentido para sua própria existência.

temos a questão central de à serviço de que – ou de quem – esta fantasia. Dito de outro modo, tal forma de funcionamento da fantasia pode ser uma produção própria da criança, ou uma resposta de concordância com a instrumentação que algum adulto faz de ela (uma resposta a uma demanda perversa do Outro Primordial).

4 – A criança diferencia o simbólico, o imaginário e o real nos seus atos, produções e brincadeiras. Seus desenhos e jogos tomam os traços e os brinquedos como significantes ao serviço de uma estória, de uma narrativa ou de uma informação, no cujo transcurso aparecem os limites, os interditos e o caráter figurado dos personagens. Porém, é precisamente nessa produção assim ordenada que, por contraste, podem aparecer as inibições, as manifestações de angústia, e os sintomas clínicos. É habitual que o que todo sujeito fala, faz e produz, constitua uma forma de simbolização de suas dificuldades, conflitos, falhas e preocupações. Na infância isto é particularmente transparente. As temáticas das narrativas, o brincar, os desenhos, manifestam – além de seu sentido – na estrutura mesma da fantasia o sintoma clínico: eis ali onde a língua falha para manter o personagem na sua posição de ficção ou na continuidade de sua história, ou bem onde abruptamente a angústia eclode por obra da emergência de um sentido intolerável produzido – veja-se o paradoxo – pela criança mesma, eis nesses pontos onde o rasto do sintoma clínico se repete – como sempre ocorre, sob outras vestes.

Resumindo: o brincar é uma forma de expressar, de modo livremente associativo, a fantasia inconsciente da criança. No caso de ausência completa de uma produção imaginária, o jogo da criança aparece colado à mecânica dos objetos, e não desdobra, em suas construções, uma narrativa. O brincar pode ainda aparecer sem referência ao faz-de-conta, aos limites e aos interditos. As significações podem ser aleatórias, fragmentares, mas a criança mostra uma intensa relação com o outro, contrariamente ao que ocorre nos casos de ausência de produções imaginárias. Finalmente, os desenhos e jogos de uma criança podem ser tomados como significações a serviço de uma estória, de uma narrativa ou de uma informação, e então aparecem os limites, os interditos e o caráter figurado dos personagens. Nesse caso, o brincar poderá ser uma forma de simbolização de suas dificuldades, conflitos, falhas e preocupações.

A IMAGEM CORPORAL

A imagem inconsciente do corpo não somente contém os traços da diferenciação sexual (gestualidade, postura e movimento acorde com a posição do sujeito na sexualidade) mas também os esquemas motores e os traços do auto-reconhecimento. Trata-se, então, de uma imagem que, nas suas várias faces, requer um retorno narcisista da pulsão; circuito que parte do sujeito e retorna ao sujeito passando pelo outro; ou seja, ela contém uma demanda, a demanda de reconhecimento. A articulação entre o desejo, a demanda, e os esquemas motores, habilita a criança a coordenação e direcionamento de sua atividade corporal em concordância com a sua finalidade. A discrepância na atividade, no movimento, na diferenciação estético-sexual, nas expressões de auto-reconhecimento, e no caráter massivo da demanda de reconhecimento por meio da captura incessante do olhar do outro, a manifestação de inibições, são demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

AS FORMACOES DA LEI

A observância de limites, a restrição dos próprios impulsos em concordância com a situação, o reconhecimento da diferença de trato a desdobrar com pessoas estranhas ou familiares, a diferenciação de espaços e objetos de acordo com a sua pertença, a permeabilidade do sujeito a marcação de tempos e atividades, respondem de um modo geral a interiorização, por parte do pequeno sujeito, de uma instancia de interdição que sustenta nele as diversas formas que a lei pode adotar. Por isso, também de modo geral podemos assinalar que a falta ou intermitência de tais atitudes costuma ser demonstrativa da presença de sintomas clínicos.

A POSICAO DO SUJEITO NA LINGUAGEM

A entrada do sujeito no campo da linguagem não se mede somente pelo vocabulário, pelo domínio da sintaxe e da gramática, mas principalmente pelo lugar desde o qual o sujeito se enuncia e representa no sistema da língua. Trata-se então de um registro de sua possibilidade de se situar em relação as significações que são colocadas em jogo, de sustentar as relações com o outro e os objetos que os enunciados proferidos em determinada situação colocam, de fazer circular pela linguagem a demanda e o desejo, de reconhecer na linguagem a demanda e o desejo dos outros, de perceber o enigma que lhe coloca o enunciado de novas significações, e de produzir, pela sua vez, ele próprio, significações novas destinadas a recobrir manifestações reais que excedem os enunciados prévios. As restrições gramaticais, sintáticas, e de vocabulário, costumam – salvo nos casos de transtornos específicos de linguagem, ou seja de causa neurológica - ser emergentes de falhas da posição do sujeito na linguagem. Sem ser necessário que todos os itens assinalados venham a se mostrarem em déficit, a manifestação de dificuldades em sustentar a circulação variável das significações – e suas possíveis resultantes de restrição ou falhas nas funções gramatical, lexical e sintática – são expressão de sintomas clínicos.

A avaliação psicanalítica proposta não se constituiu em uma investigação exaustiva nem limitativa. Visou apenas garantir certa homogeneidade nas entrevistas, bem como recolher material suficiente para estabelecer uma hipótese a respeito do processo de constituição psíquica das crianças avaliadas. Buscou-se, em última análise, registrar se essa constituição psíquica está em andamento ou em risco.

A construção do instrumento seguiu a metodologia de construção *post-hoc*, o que permitiu uma adaptação gradual dos achados às tabelas de avaliação. Assim, ao final das 267 avaliações realizadas, obteve-se a Tabela 2, na qual figuram os sintomas clínicos detectados nas avaliações.

Tabela 2: Sintomas clínicos obtidos na AP3Legenda: **SIRP** = Sintoma Indicador de Risco Psíquico

<i>Eixo de avaliação</i>	<i>Sintomas</i>
I. O brincar e a fantasia	<ol style="list-style-type: none">1. Violência no brincar2. Ausência de enredo3. Inibição4. Inconstância5. Emergência de angústia ou medos durante o brincar6 Falta de iniciativa, passividade e falta de curiosidade7. Manipulação mecânica dos brinquedos (SIRP)8. Pobreza simbólica9. Atividade ou movimentos repetitivos (SIRP)10. Recusa no Brincar11. Ausência de faz-de-conta
II.O corpo e sua imagem	<ol style="list-style-type: none">1. Dificuldades no controle esfinteriano2. Agitação motora3. Atuações agressivas4. Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina5. Colagem no corpo da mãe6. Dificuldades alimentares:<ol style="list-style-type: none">a. Alimentação seletivab. Recusa de alimentação sólida (SIRP)c. Dificuldade alimentar não especificadad. Obesidadee. Recusa do alimento7. Dificuldades motoras8. Dificuldade de separação9. Doenças de repetição (amidalite, otite, bronquite)10. Doenças Psicossomáticas (alergias, asma, dores inespecíficas)11. Exposição a perigos12. Demanda insistente do olhar do outro13. Passividade14. Falhas no reconhecimento de si no espelho15. Impossibilidade de suportar o olhar do outro (SIRP)16. Preocupação excessiva com a sujeira17. Alterações do sono18. Auto-agressão (SIRP)19. Interrupção no crescimento20. Inibição diante do olhar do outro
III. Manifestação diante das normas e posição frente à Lei	<ol style="list-style-type: none">1. Birras prolongadas2. Criança tem que ser castigada para obedecer3. Confusão e angústia frente à lei4. Desobediência desafiadora5. Conhece os limites mas não os respeita6. Recusa da presença do terceiro (SIRP)7. Recusa do não (SIRP)8. Submissão excessiva à lei (SIRP)11. Criação de medos substitutivos da lei (SIRP)12. Negativismo
IV. Fala e posição na Linguagem	<ol style="list-style-type: none">1. Ausência de pronomes pessoais (SIRP)2. Repetição ecológica (SIRP)3. Troca de letras ou sílabas na fala

-
4. Fala infantilizada
 5. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução
 6. Linguagem incompreensível sem busca de interlocução (SIRP)
 7. Pobreza expressiva
 8. Pobreza de vocabulário
 9. Uso da terceira pessoa para referir-se a si mesmo (SIRP)
 10. Fala traduzida pelo cuidador
 11. Inibição
 12. Não forma frases (pobreza simbólica) H
-

A partir dos resultados da avaliação psicanalítica, definiram-se os dois tipos de desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento propriamente dito para a criança, ou b) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento com risco psíquico para a constituição do sujeito.

Os dois desfechos clínicos receberam denominações abreviadas: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento, e b) presença ou ausência de risco psíquico.

O primeiro tipo de desfecho clínico – presença de *problemas de desenvolvimento* para a criança – aponta, de um modo geral, para a existência de dificuldades e vicissitudes de ordem psíquica que estão interferindo no desenvolvimento da criança, sem significar, porém, que a estruturação psíquica esteja comprometida. Uma criança com enurese, por exemplo, demonstra, por meio da desorganização da função excretória, que alguma coisa não está bem na sua relação com o mundo ou consigo mesma, embora não haja nada de errado com sua fisiologia.

Para o estabelecimento do segundo tipo de desfecho clínico - presença ou ausência de *risco para a constituição do sujeito* – foi realizado um estudo prévio, conduzido por Jerusalinsky e Infante²², para localizar, dentre os sintomas clínicos encontrados, aqueles com poder de indicar a presença de risco psíquico para a constituição do sujeito. Tais sintomas foram chamados de sintomas ou indicadores de risco psíquico. Foi utilizada, na presente pesquisa, uma definição operacional para risco psíquico: risco psíquico é aquele medido pelos indicadores de risco psíquico, definidos, a partir da referência psicanalítica aqui adotada, por sua capacidade de indicar dificuldades de ordem psíquica sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva.

Os sintomas clínicos ou indicadores de risco psíquico indicam detenções ou ausência de processos que deveriam estar em curso. A ausência de faz-de-conta, por exemplo, mostra

uma interrupção ou falta do dispositivo da fantasia como instrumento de elaboração das dificuldades que toda criança enfrenta ao crescer, e aponta para uma detenção significativa da constituição do sujeito.

Para ser colocada no grupo das que apresentaram risco psíquico, para a constituição subjetiva – doravante chamado apenas de risco psíquico – a criança deveria apresentar ao menos um desses sintomas ou indicadores de risco psíquico.

ANÁLISE ESTATÍSTICA²³

Com base nos resultados obtidos na AP3, procedeu-se à análise de validação do IRDI para predição de risco psíquico e de problemas de desenvolvimento, estabelecendo os respectivos riscos relativos com cálculo dos intervalos de confiança a 95%. Esta análise de validação foi feita de duas formas: considerando o instrumento como um todo e tomando cada um dos 31 indicadores isoladamente.

Foram extraídos conjuntos de indicadores (Fatores) em cada período por meio de uma Análise de Componentes Principais (ACP) e posteriormente estudados segundo a sua capacidade preditiva de risco psíquico e problemas de desenvolvimento. Para ser considerada caso a criança teria que ter pelo menos um indicador ausente entre aqueles que compunham o fator.

A análise de componentes principais (ACP) estudou a interdependência entre as variáveis investigadas.

As matrizes de correlação contendo as respostas às questões de cada período de avaliação foram utilizadas para a ACP. Para a determinação do número de fatores na ACP, foi utilizado o critério de manter os fatores correspondentes aos "eigenvalues" da matriz maiores do que a unidade. Depois de encontrada a matriz de cargas fatoriais, foi utilizado o método de rotação varimax. A matriz de cargas fatoriais rodadas foi utilizada para a interpretação dos fatores e foram consideradas apenas as que tiveram valores acima de 0,40.

RESULTADOS

A análise estatística apontou que o IRDI como um todo possui uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico.

²³ Análise realizada por Sergio Baxter Accioli, da Escola Paulista de Medicina...

Além disso, apontou alguns indicadores isoladamente ou em grupos, com capacidade de predição de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Análise preditiva de os casos identificados no IRDI (2 ou mais indicadores ausentes até 18 meses) apresentarem risco psíquico ou problemas de desenvolvimento aos 3 anos de idade.

Avaliação clínica psicanalítica	Proporção de positivos IRDI corte 1/2 indicadores atuais		Total
	Casos	Controles	
Risco Psíquico	19,6%	11,5%	16,1%
Problemas de desenvolvimento*	70,3%	57,4%	64,6%
Total	158	122	280

Obs: * resultado estatisticamente significativo.

A tabela 4 apresenta os quatro indicadores que tiveram capacidade de predição de risco psíquico estatisticamente significativa. Apresenta ainda dois indicadores que mostraram capacidade de predição de risco e também de problemas de desenvolvimento.

Tabela 4: indicadores isolados que tiveram capacidade de predição de risco psíquico e de problemas de desenvolvimento.

Indicador	Risco relativo	Intervalo de confiança 95%
Risco psíquico		
7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	3,46	1,19 – 10,07
18- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	2,93	1,49 – 5,73
22- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	3,75	1,37 – 10,28
30- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	4,19	1,74 – 10,06
Problemas de desenvolvimento		
24- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	2,83	1,26 – 6,35

26- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede	3,01	1,11 – 8,14
--	------	-------------

Os seguintes conjuntos de indicadores, após análise estatística fatorial, tiveram correlação significativa para predizer risco psíquico:

- na faixa de 0 a 4 meses: todos os cinco indicadores formam um fator só que é significativa para predizer risco psíquico (RR=3,51; IC95% 1,10-11,17).
- na faixa de 4 a 8 meses: há um fator formado pelos indicadores 6,7,8,9 que é significativa para predizer risco psíquico (RR=2,50; IC95% 1,01-6,59).
- na faixa de 8 a 12 meses: há um fator formado pelos indicadores 16 e 22 que é significativa para predizer risco psíquico (RR=5,01; IC95% 1,97-13,15).
- na faixa de 12 a 18 meses: há um fator formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30 que é significativa para predizer risco psíquico (RR=1,99; IC95% 1,03-3,85) e também para predizer problemas de desenvolvimento (RR=2,82; IC95% 1,45-5,45).

A partir desses resultados, um novo IRDI foi construído, no qual figuram os 15 indicadores de poder preditivo para risco psíquico. A pesquisa IRDI tinha também os objetivos de descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atenção à criança em relação aos IRDI, e verificar a sua associação com as características clínicas de crianças atendidas na rede pública. Os resultados desses estudos encontram-se descritos em Escobar (2003) e Grisi (2008).

Idade em meses:	Indicadores:
0 a 4 meses incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.
8 a 12 meses incompletos:	9. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 10. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 11. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
De 12 a 18 meses	12. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 13. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 14. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 15. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

DISCUSSÃO

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil validou o IRDI como instrumento com capacidade preditiva de problemas de desenvolvimento em crianças aos três anos. Pode, então, ser utilizado por pediatras em sua prática clínica, e essa é, sem dúvida, sua principal qualidade encontrada até o momento. O pediatra já sensível à dimensão da subjetividade terá um instrumento que o ajudará a cercá-la melhor. O pediatra que ainda não entrou em contato com os estudos em torno da dimensão da subjetividade poderá fazê-lo por meio do IRDI.

O instrumento como um todo tem valor preditivo de problemas de desenvolvimento, mas não de risco psíquico. Ou seja, o instrumento pode indicar que uma criança está apresentando problemas de desenvolvimento, mas não aponta uma tendência, aos três anos, em direção a transtornos graves.

Já foi dito, no início deste trabalho, que a definição de “problemas de desenvolvimento” utilizada na presente pesquisa refere-se a aqueles quadros clínicos que atingem a criança na organização de suas funções ou de suas habilidades instrumentais; sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem em seu desenvolvimento, sem, entretanto, questionar a instalação de uma subjetividade enquanto tal. Dessa perspectiva, o valor do instrumento IRDI está em permitir a localização *a tempo* de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais rico e criativo, com muito menos sofrimento.

A pesquisa encontrou também alguns indicadores, sinalizados individualmente ou em matrizes fatoriais, que demonstraram ter uma capacidade de predição de risco psíquico de um modo genérico e sem especificação de patologia. A especificação da patologia não era, de fato, a intenção desse estudo, ao menos nessa primeira fase. Sabe-se que para encontrar as patologias mais graves, como o autismo infantil, de incidência pequena na população infantil em geral (considerando-se o quadro típico) teria sido necessário dispor de uma amostra bem maior, mas essa amostra não foi construída uma vez que esse não era o alvo. Por essa razão, novas pesquisas deverão ser propostas, nas quais o seguimento dos casos será feito até os cinco anos, de modo a confirmar a tendência de risco apontada pela presente pesquisa. Uma amostra mais ampla também deverá ser colhida, para a localização de casos de autismo.

Quatro indicadores, isoladamente, e três grupos de indicadores, mostraram possuir essa sensibilidade de indicar uma tendência em direção ao risco de entraves no processo de constituição do sujeito, sendo, portanto, indicativos de risco psíquico. Assim, esse conjunto de 16 indicadores poderá também permitir a localização precoce de riscos de patologias mais graves, o que coloca a pesquisa a serviço de uma atualíssima tendência da pesquisa internacional, a de buscar instrumentos para a detecção e a pronta intervenção em um momento do desenvolvimento no qual pode ainda ser possível alguma reversão desses quadros. Mazet e Houzel (1996) chamam a atenção para a dificuldade da reversibilidade dos distúrbios uma vez instalados, quando se trata de psicoses infantis, estados deficitários ou psicopatias. Para eles, é essencial evitar ao máximo a instalação destes quadros: “a experiência mostrou que freqüentemente a reversibilidade dos distúrbios era função da precocidade da identificação e do tratamento” (p. 547).

Michel Soulé, em seu artigo sobre a Prevenção Precoce (2004), cita uma interessante pesquisa que foi desenvolvida seguindo esta mesma tendência. Françoise Davidson e Marie Croquet realizaram um estudo em Paris, através da aplicação de questionários sobre as dificuldades de bebês e crianças pequenas quanto à alimentação, sono e outros indicadores e chegaram a três grupos em seu desfecho clínico: 70% sem risco; 10% com risco grave e 20%

com riscos médios. Eles então realizaram um estudo de *follow up* com 450 destas crianças até os 7 anos e chegaram à conclusão de que se podiam prever os 10% de risco grave, porque aos 7 anos estas crianças se encontravam não mais em grande risco, mas apresentavam grandes dificuldades de desenvolvimento. A partir deste resultado, sustentaram que era preferível se ocupar destas crianças em prioridade. Esta pesquisa, portanto, “incentivava identificar, em sinais de funcionamento, as crianças bem pequenas de grande risco, e tentar evitar evoluções no sentido de uma piora” (Soulé, p. 40).

Segundo Soulé (2004), estudos deste tipo podem apontar a “emergência de uma demanda mascarada” (p., 40), quando o indicador alerta para a existência de uma necessidade que a família não consegue expressar e que “caberia então ao profissional ajudá-la a formulá-la ou fazê-la emergir de um outro modo” (p. 40).

A escolha do início do quarto ano de vida como o momento de avaliação das crianças da pesquisa também se deveu à lógica da prevenção, que perpassa todo o trabalho do grupo. Trata-se de propor estratégias de detecção que permitam uma intervenção *a tempo*, ou seja, em um momento em que as áreas mais nobres do aparelho psíquico ainda estão em construção, antes que os processos psicopatológicos propriamente ditos se instalem. Como afirma Laznik (2004), “a prática clínica nos ensina como as instaurações do aparelho psíquico se fazem precocemente, o que nos faz lamentar não tê-las [as crianças] encontrado mais cedo, quando o jogo ainda não estava decidido” (p. 22). Para esta autora, é importante considerar o “período sensível” para as diferentes aquisições da infância. Ela afirma: “mesmo que a plasticidade do aparelho psíquico permita que suplências possam se fazer, a idade na qual intervimos é um dado central” (2004, p. 31).

Esta mesma lógica permeia também a concepção da Escala Zero a Três (1997), que ressalta “a importância da prevenção e tratamento precoce na criação e restauração de condições favoráveis para o desenvolvimento e saúde mental da criança pequena” (p.9), na medida em que a detecção precoce permite intervir antes que os primeiros desvios se consolidem em padrões de funcionamento pouco adaptativos.

Deve-se ainda apontar a importância dos resultados obtidos para a validação dos eixos teóricos em torno dos quais os indicadores foram construídos. A validação dos indicadores confirma também o valor de suas bases – os eixos – como um fundamento teórico consistente, que orienta a leitura da constituição da subjetividade. Estes eixos já estão sendo usados em trabalhos sobre o desenvolvimento infantil (J. Jerusalinsky, 2002; Teperman, 2005; Bernardino, 2006), pois vieram preencher uma lacuna, existente na maioria dos livros sobre este tema, que de hábito abordam detalhadamente os aspectos evolutivos – referentes às funções corporais e às habilidades instrumentais da criança – sem dispor de um embasamento teórico consistente para os aspectos estruturais da primeira infância, aspectos estes que são os organizadores das funções tanto corporais quanto instrumentais. Os eixos “suposição de sujeito”, “estabelecimento da demanda”, “alternância entre presença e ausência” e “função paterna” permitem esmiuçar – no plano das interações entre criança e pais – as duas funções fundamentais para o advento da subjetividade: a função materna e a função paterna (Lacan, 1995; 1999). Como desenvolvem Mazet e Houzel (1996), “em uma perspectiva dinâmica do desenvolvimento psíquico da criança, o domínio das funções instrumentais – isto é, os modos de domínio do meio, dos recursos utilizados pelo sujeito para se conhecer, conhecer o mundo externo, agir sobre ele – não pode ser dissociado da vida afetiva” (p. 147). Para estes autores, “o conjunto da personalidade da criança está engajado no desenvolvimento das grandes funções, bem como de sua utilização” (p. 148).

Ao mesmo tempo, esses resultados mostram que os indicadores com maior poder preditivo são aqueles que se referem à última faixa do desenvolvimento pesquisada (12 a 18

meses), cujo eixo teórico predominante é o da função paterna. Este achado comprova a hipótese psicanalítica de que a instância paterna se introduz nos primeiros tempos da subjetividade de forma velada, fazendo notar seus efeitos a partir do segundo ano de vida (Lacan, 1966).

Nessa mesma direção, a de sublinhar uma função como necessária e presente desde os tempos primordiais da infância, pode-se considerar que a presença do conjunto dos 15 indicadores tem valor de resiliência. Assim, o IRDI poderá ser utilizado como um conjunto de indicadores válidos para a configuração da saúde psíquica da criança.

A construção positiva dos indicadores

A reiterada verificação clínica e os desdobramentos teóricos especialmente ocorridos durante os últimos cem anos demonstram que, no ser humano, o equipamento constitucional biológico não é suficiente para garantir um adequado desenvolvimento e uma estruturação psíquica normal. Requer-se para isso uma intervenção ativa dos pais ou cuidadores das crianças, direcionada à determinar posições, significações, preencher lugares originariamente vazios de condutas adaptativas, configurar normas, em suma construir uma matriz de funcionamento e diferenciação de objetos e pessoas, de um interior e um exterior, de uma objetividade e uma subjetividade, imprescindíveis para a organização da vida de cada indivíduo. Essa estrutura, que a psicanálise tem denominado de modo preciso como ‘sujeito’, não vem previamente estabelecida, mas é o produto de uma laboriosa construção psicológica. A psicanálise tem descoberto grande parte dos fundamentos lógicos dessas operações de transmissão. Por isso ela tem se transformado numa ferramenta sensível para detectar se essas operações estão levando-se a cabo ou não, e se elas estão se configurando da maneira necessária para a estruturação desse sujeito.

Quando essas operações não são sustentadas de modo ativo e persistente, e configuradas sob a lógica que lhes permite produzir marcas orientadoras no psiquismo da pequena criança, não cabe esperar que o desenvolvimento e a estruturação psíquica se cumpram por mera evolução espontânea do organismo.

Na medida em que a medicina é uma prática que atende fundamentalmente o organismo, é lógico que ela, como disciplina, preste mais atenção aos mecanismos automáticos da maturação biológica do que aos processos psíquicos que a condicionam. Do ponto de vista médico há uma forte inclinação a considerar o desenvolvimento como um produto natural e automático da maturação neurológica cujos tempos e ritmos estão previamente marcados na dotação genética. Por isso nada haveria a registrar no campo do risco se não houver algum signo indicativo de um uma barreira ou um impedimento que se oponham à marcha natural dos processos orgânicos. Essa é a razão pela qual as escalas de detecção de risco do desenvolvimento produzidas pela medicina enunciam os indicadores sob a forma negativa de signos de falta de saúde.

Pela nossa parte, inclinados a tomar a experiência psicanalítica como orientadora de nossa pesquisa, optamos por enunciar os indicadores de forma positiva, ou seja como registro de que as operações de construção de um sujeito vêm sendo cumpridas e que é sua ausência o que introduz o risco para a criança. O que implica reconhecer antecipadamente que, embora o plano orgânico constitua condição de possibilidade ele não conduz às formações necessárias para uma vida independente, organizada e adaptada ao mundo circundante no caso dos seres humanos. De fato, as recentes descobertas sobre a neuroplasticidade confirmam plenamente

esse ponto de vista sustentado pela psicanálise desde 1895.²⁴ Em suma, é necessário ler os indicadores de nosso protocolo de registro de risco, a ser utilizado durante a consulta de acompanhamento habitual do lactente, do seguinte modo: se o indicador está presente não há risco porque isso indica que o desenvolvimento e a estruturação psíquica estão caminhando na direção certa; se o indicador está ausente isso indica risco porque significa que alguma das operações necessárias para a estruturação psíquica e para a instalação do que denominamos “funções imaginárias do eu” não estão sendo realizadas.

Contrariamente ao que se faz no campo da medicina, os indicadores, como foi dito acima, foram enunciados de um modo positivo, ou seja, sua presença indica que o processo de constituição subjetiva está ocorrendo de forma adequada. Construiu-se um conjunto de índices cuja ausência aponta para a existência, até o momento, de perturbações no desenrolar do diálogo pais-bebê.

É então a sua *ausência* que indica perturbações no desenrolar do diálogo mãe-bebê e portanto um risco para o desenvolvimento da criança. Assim, os IRDIS, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento, e quando ausentes, são indicadores de risco para o desenvolvimento.

Essa torção foi introduzida, na presente pesquisa, de forma proposital. Uma vez incluídos em um protocolo de consultas regulares, os indicadores, concebidos de forma positiva, poderão operar na direção de instituir um olhar pediátrico que vê saúde e não doença psíquica na criança. Ausentes, farão o pediatra suspeitar que algo não vai bem, sem contudo levá-lo a fechar um diagnóstico definitivo. No campo da subjetividade, um diagnóstico fechado na primeira infância pode ser desastroso e iatrogênico, na medida em que sela um destino ainda passível de modificações decorrentes da plasticidade e das intercorrências que concorrem, como já se disse, para a construção singular de um lugar de sujeito.

Na primeira etapa da pesquisa, o diálogo se fez com o campo da pediatria, no âmbito geral da saúde e da prevenção. Mas na segunda etapa da pesquisa, o diálogo se fez com o campo da psicopatologia, no âmbito dos distúrbios da infância. Neste sentido, ocorreu uma mudança de paradigma, já que o alvo passou a ser a detecção de problemas de desenvolvimento. Assim, os sintomas clínicos buscados pela Avaliação Psicanalítica são indicadores cuja *presença* indica problemas de desenvolvimento ou mesmo risco psíquico. A lógica que presidiu à construção dos indicadores inverte-se novamente, uma vez que estamos agora no terreno da psicanálise e do tratamento, e não mais no terreno da pediatria.

Desdobramentos do IRDI

Um dos principais objetivos da presente pesquisa foi o de selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde. Este objetivo também foi alcançado: alguns indicadores serviram de base para a construção dos itens “Desenvolvendo-se com afeto” da Caderneta da Criança reformulada em 2006 e adotada naquele ano pela Área de Saúde da Criança (responsável pelo financiamento da pesquisa mencionada, em associação com a FAPESP) do Ministério da Saúde (Caderneta de Saúde, 2006).

²⁴ Veja-se em Freud, S. O.C. Madrid: Ed. Ballesteros, *Carta 52 à Fliess e Projeto de uma psicologia para neurologistas*.

Também na tese de doutorado de Mariotto (2007), os IRDI foram adaptados para uso em duas creches de Curitiba, para verificar a possibilidade do uso desse instrumento para detectar riscos psíquicos no ambiente da Educação Infantil. Embora tenha sido um estudo preliminar, ele já apontou a extensão que o IRDI pode alcançar, ao ser levado também para o campo da Educação.

Neste mesmo contexto da Educação Infantil, Bernardino, Vaz, Vaz e Quadros (2008) utilizaram o IRDI em dois berçários de uma creche em Curitiba para analisar a relação entre educadoras e bebês, em uma discussão sobre a formação destes profissionais.

Em publicação recente, organizada por Bernardino (2006) algumas situações de aplicação do IRDI foram descritas e discutidas, configurando-se uma disseminação do instrumento que indica a sua aplicabilidade e importância.

Kupfer e Bernardino (2008) realizaram uma análise dos resultados das avaliações psicanalíticas aos três anos, de modo a demonstrar uma relação entre imagem do corpo, dificuldade de separação, agitação motora e vínculos corporais estreitos com as mães. Esses resultados foram discutidos criticamente à luz da noção atual de hiperatividade.

Kupfer e Bernardino (2008a) discutiram ainda os resultados das avaliações psicanalíticas aos três anos no que concerne à relação da criança com as leis, os limites e as dificuldades contemporâneas do exercício da função paterna.

Além dessas pesquisas, Carvalho, AL; Silva, LF; Grisi, SJFE; Escobar, AMU (2008) basearam-se no banco de dados da pesquisa para fazer uma análise da influência dos fatores culturais regionais sobre o desenvolvimento psíquico das crianças de 0 a 18 meses no Brasil. Bento, GP; Silva, FF; Grisi, SJFE (2008) também analisaram o impacto da escolaridade e idade materna no desenvolvimento psíquico da criança a partir do banco de dados da pesquisa.

Em algumas pesquisas e artigos (Costa-Rosa, 1997; Simon, 1983; Giannotti e de Astis, 1983), a metodologia do uso de indicadores tem sido empregada para ler a instalação da subjetividade. No entanto, a tentativa de articular método estatístico e método clínico não se encontra com regularidade na literatura científica. Assim a presente pesquisa se inscreve em um campo novo, que demanda ainda exploração e está sendo por ela desbravado. Escalas como a Zero a Três (Zero to Three, 1994) buscaram realizar essa articulação entre subjetividade e objetividade, mas a pesquisa IRDI amplia o alcance desta articulação, na medida em que focaliza a dimensão psíquica ou de constituição do sujeito em moldes propriamente psicanalíticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. (1989). *Epidemiologia sem números: Uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro, RJ: Campus.

BERNARDINO (2006) O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição. São Paulo: Escuta.

BERNARDINO, Vaz, Vaz e Quadros (2008). Análise da relação de educadoras com bebês em um centro de educação infantil a partir do protocolo IRDI. In: LERNER, R. & KUPFER, M.C.M. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.

BRUNELLE, Y. & SAUCIER, A. (1999). *Les indicateurs et le système de soins*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, AL; Silva, LF; Grisi, SJFE; Escobar, AMU (2008)

COSTA-ROSA, A. (1997) A escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO): uma proposta de quantificação. *Mudanças*. Vol. 5, n.7, p.11-30.

DOLTO, F. (1992). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.

FREUD, S. Três ensaios para uma teoria sexual. O.C. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. 1948.

GARCIA, C. (2002). Saber e ciência: Psicanálise, saúde pública e saúde mental. *Cadernos IPUB*, Vol. VIII/21, ago./set. de 2002, pp. 61-78.

GIANNOTTI, A.; de ASTIS, G.(1983). Nascimento e autismo: considerações sobre a relação psicótica precoce mãe-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 17:201, p. 201-220.

HANNS, L. (2000). Psicoterapias sob suspeita: A psicanálise no século XXI. In Pacheco Filho, R. A.; Coelho Júnior, N. & Debieux Rosa, M. (org.) *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. (pp. 175-204). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

JERUSALINSKY, A. (1989). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas. E quarta edição corrigida e ampliada, Porto Alegre: Editora Artes e Ofícios, 2007.

JERUSALINSKY, A. (2008). Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos (AP3). In: LERNER, R. & KUPFER, M.C. *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.

JERUSALINSKY, A. (1984). *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre : Artes Médicas,

JERUSALINSKY, A. (2008). *Saber Falar : Como se adquire a língua*. Porto Alegre : Editora Vozes.

LACAN, J. (1966) *La signification du phallus. Écrits.*, Paris: Éditions du Seuil.

JERUSALINSKY, J. (2002) *Enquanto o futuro não vem*. Salvador: Ágalma.

KUPFER e BERNARDINO (2008) “As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, no prelo.

KUPFER e BERNARDINO (2008a) “A criança como mestre do gozo da família atual – desdobramentos da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos para o Desenvolvimento Infantil”. In: *Revista Mal-estar e Subjetividade* Vol. VIII, Núm. 3, no prelo.

KUPFER, M. C. M.; PESARO, Maria Eugênia; DEGENSZAJN, R. D. . O desenvolvimento psíquico da criança: a abordagem da psicanálise. In: Ana Maria de Ulhoa Escobar, Sandra J F E Grisi e Maria Helena Valente. (Org.). *A promoção da saúde na infância*. São Paulo: Editora Manole, 2007, v. 1, p. 10-20.

LACAN, J. (1969, 2003). Nota sobre a Criança. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

----- (1995). *O Seminário: livro 4. A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

----- (1999). *O seminário: livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LAZNIK, Marie-Christine (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador (BA): Ágalma.

MARIOTTO, R.M.M. (2007), *Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche no desenvolvimento e na subjetivação de bebês*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP.

MAZET, P., HOUZEL, D. (1996) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.

MEZAN, R. (2002). *Interfaces da psicanálise*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

NIKAPOTA, A.D. (1991). Child psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 158, 743-751.

PEREIRA, M. E. C. (2001). O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: Encontros e desencontros. Em Quinet, A. (org.). *Psicanálise e psiquiatria – Controvérsias e convergências* (pp. 55-68). Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.

SIMON, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo, Vetor.

SOULÉ, M. (2004). Une ardente obligation: la prévention précoce. Em DUGNAT, M. (org.). *Prévention Précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Sait-Agne: Érès.

VÁRIOS, (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. 6, nº 2, pp. 7-25.

TEPERMAN, D. (2005) *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VIEIRA, M. A. (2001). Dando nome aos bois: Sobre o diagnóstico na psicanálise. In Figueiredo, A. C. (org.). *Psicanálise – Pesquisa e clínica* (pp. 171-9). Rio de Janeiro, RJ: Edições IPUB-CUCA.

WINNICOTT, D.W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

ZERO TO THREE. (1994). *Diagnostic Classification: 0-3*. Washington: National Center for Infants, Toddlers and Families.