
Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica

Maria Cristina Machado Kupfer
Alfredo Nestor Jerusalinsky
Leda Mariza Fischer Bernardino
Daniele Wanderley
Paulina Schmidtbauer Barbosa Rocha
Silvia Eugenia Molina
Léa Martins Sales
Regina Stellin
M. Eugênia Pesaro
Rogerio Lerner

No presente artigo, apresentam-se os resultados finais da Pesquisa IRDI. A partir da psicanálise, 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) foram construídos e aplicados em 726 crianças entre 0 e 18 meses. Uma sub-amostra foi avaliada com a idade de 3 anos. Os resultados apontaram a capacidade dos IRDI para predizer problemas de desenvolvimento e destacaram ainda 15 indicadores do IRDI com capacidade para predizer risco psíquico para a constituição subjetiva.

Palavras-chave: Indicadores de risco, desenvolvimento infantil, psicanálise, problemas de desenvolvimento

Introdução

Os números em torno da incidência e da prevalência epidemiológicas dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância são imprecisos na maioria dos países em desenvolvimento (Fleitlich e Goodman, 2000). Diferentes estudos apontam variações consideráveis, mas igualmente alarmantes: entre 10 e 20% desta população específica parece sofrer de um ou mais problemas mentais, de acordo com o relatório da OMS (OMS, 2001).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) afirma, ainda, que os transtornos mentais são comuns durante a infância e a adolescência, mas a atenção dada a esta população é bastante insuficiente, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto no que se refere ao tratamento.

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).

Segundo Williams et al (2004), em torno de 15% das crianças atendidas em consultas pediátricas apresentam distúrbios de comportamento, sendo os mais comuns os déficits de atenção/hiperatividade e, não raro, ansiedade e depressão.

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).

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.

Por essas razões, a criação de instrumentos com indicadores capazes de detectar, ainda na primeira infância, transtornos mentais, precisa ser levada adiante.

O uso de indicadores clínicos de risco pode encontrar uma aplicação significativa no campo da saúde mental, especialmente como um auxiliar precioso na detecção de problemas de desenvolvimento em crianças.

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 constituir os primeiros passos nessa direção.

A pesquisa IRDI foi realizada no período 2000-2008 pelo GNP (ver nota 2) que desenvolveu, a partir de S. Freud e das vertentes psicanalíticas de W. Winnicott e de J. Lacan, um instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança: o IRDI.

Tendo em vista a multiplicidade de perspectivas teóricas a respeito de desenvolvimento infantil e de sua psicopatologia, expõem-se a seguir as noções de desenvolvimento e de seus problemas adotadas na presente pesquisa.

O desenvolvimento humano é 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 sobre desenvolvimento tendem a privilegiar a dimensão neurológico-genética (Dargassies, 1974; Kandel et al, 1995; Rutter, 2006). Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, sem desconsiderar o âmbito da maturação, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

O sujeito é uma noção que não coincide com as noções de Eu ou de personalidade, mas uma instância psíquica inconsciente. Constrói-se, 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. (Jerusalinsky, 1989; Bernardino, 2007; Kupfer, 2008).

A maturação, o crescimento e especialmente o desenvolvimento dependem dos processos de formação da vida psíquica e 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.

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.

Em relação aos “problemas de desenvolvimento”, a pesquisa IRDI considerou que podem ser reunidos em 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. O segundo tipo, chamado também de “problemas na constituição subjetiva” compreende as dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva. Indicam problemas mais estruturais, apontando um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento, cuja definição psiquiátrica encontra-se no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association – APA, 2002).

Os objetivos principais da pesquisa IRDI foram os de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância, e 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 (Belém do Pará, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo com 3 centros). Os pediatras que aplicaram o protocolo IRDI foram treinados para esse fim.

Durante os exames, 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*.

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 desfechos clínicos utilizados na pesquisa IRDI.

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

O conjunto de 31 indicadores do IRDI foi construído a partir dos seguintes eixos teóricos e é deles considerado uma expressão fenomênica: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. A delimitação desses eixos baseou-se nos *Três ensaios para uma teoria sexual* (Freud, 1905), *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920) e *A dissolução do complexo de Édipo* (Freud, 1924) e nos seminários 4 e 5 de J. Lacan (Lacan, 1995, 1999).

Supõe-se neste estudo que o trabalho materno se tece gradualmente em torno desses quatro eixos, e tem como resultado a instalação de um sujeito psíquico, a partir do qual o desenvolvimento de uma criança se organiza.

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, constituída. Tal constituição depende justamente de que esse

sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). Essa antecipação causa grande prazer ao bebê, já que ela vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe – são palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa, chamadas de mamanhês (Ferreira, 1997; Laznik, 2000), o que fará o bebê “buscar” corresponder ao que foi antecipado sobre ele. Ao realizar essa tentativa, trará de volta o efeito de prazer vivido por ele quando ocorreu a antecipação materna – o esgar traduzido pela mãe como um sorriso passará a ser de fato um sorriso. Desse modo, a subjetividade ainda não instalada pode efetivamente construir-se.

No eixo “estabelecimento da demanda” (ED), estão reunidas as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, e que serão reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda – para a psicanálise, sempre uma demanda de amor – desse sujeito a todos com quem vier a relacionar-se. Essa demanda estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros.

O eixo “alternância presença/ausência” (PA) caracteriza as ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, digno de nota, obrigando a criança a desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. A presença materna não será apenas física, mas será, sobretudo, simbólica. 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.

Finalmente, no eixo “função paterna” (FP), busca-se acompanhar os efeitos na criança dessa função, que baliza as ações maternas. 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” voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a singularização do filho 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 desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos

Idade em meses:	Indicadores:	Eixos
0 a 4 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>SS/ED</p> <p>SS ED PA SS/PA</p>
4 a 8 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. 	<p>ED/PA</p> <p>ED</p> <p>ED/PA SS/PA</p> <p>ED ED/PA</p> <p>SS/ED/PA ED/FP</p>
8 a 12 meses incompletos:	<ol style="list-style-type: none"> 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos. 20. A criança faz gracinhas. 21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto. 22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. 	<p>ED/SS</p> <p>ED ED SS/PA FP ED ED ED</p>
De 12 a 18 meses	<ol style="list-style-type: none"> 23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno. 26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe. 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. 29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. 30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios 	<p>ED/FP</p> <p>ED/FP</p> <p>ED/FP</p> <p>FP SS/FP</p> <p>FP</p> <p>FP</p> <p>FP FP</p>

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

A Avaliação Psicanalítica aos três anos – AP3 – foi também construída pelo mesmo grupo de pesquisadores responsável pela construção do IRDI. Trata-se de um roteiro, a ser utilizado por psicanalistas, do qual constam quarenta e três perguntas que devem servir como orientadoras da entrevista. Essa entrevista é realizada com os pais e com a criança durante aproximadamente 1 hora e trinta minutos. Depois de realizada a entrevista, o psicanalista deve escrever um parecer qualitativo e deve também assinalar a eventual presença de sintomas clínicos.

A AP3 foi construída a partir dos quatro eixos utilizados para construir o IRDI (SS, ED, PA e FP), mas baseou-se também em quatro novas categorias, para abarcar o que se espera encontrar no funcionamento psíquico de uma criança de três anos. Interessava à pesquisa estabelecer a relação entre os indicadores já aplicados, naquilo que eles evidenciaram a respeito das primeiras operações formadoras da subjetividade, e os efeitos manifestos a que essas operações deram lugar. Nas categorias escolhidas estão incluídos justamente esses efeitos, por meio de sua manifestação em 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 (2008) para orientar as avaliações, a partir de J. Lacan (1966; 1969; 2003), F. Dolto (1992) e de D. Winnicott (1975), predominantemente.

1. *O Brincar e a fantasia*: 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.

2. *O corpo e sua imagem*: a imagem corporal é uma construção que aparece como resultado das ações maternas sobre o corpo da criança, transformando-o em um sistema de significações. Esse sistema permite que a criança se aprenda em uma imagem psíquica, unificada, a partir da qual ela poderá se re-

conhecer. A imagem do corpo contém também os traços da diferenciação sexual. A discrepância na atividade, no movimento, na diferenciação estético-sexual, nas expressões de auto-reconhecimento, e a manifestação de inibições, são demonstrativas da presença de sintomas clínicos.

3. *Manifestação diante das normas e posição frente à lei (NL)*: A observância de limites, a restrição dos próprios impulsos em concordância com a situação, a permeabilidade do sujeito à marcação de tempos e atividades, respondem de um modo geral à interiorização da interdição paterna, que as diversas formas da lei podem 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.

4. *A fala e a posição na linguagem*: A fala de uma criança indica que ela entrou em um campo que excede o da fala: o campo da linguagem. Esse campo abarca outras manifestações expressivas, mas não se restringe a elas. A entrada da criança no campo da linguagem não se

mede somente pelo vocabulário, pelo domínio da sintaxe e da gramática, ou pelo domínio de outras manifestações de linguagem, como a gestualidade, por exemplo. Essa entrada se mede principalmente pelo lugar do qual o sujeito se representa no sistema da língua, revelando sua possibilidade de se situar em relação às significações do mundo, sua possibilidade de sustentar as relações com os outros, de reconhecer na linguagem a demanda e o desejo dos outros, e de produzir, por sua vez, significações novas.

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 280 avaliações realizadas, obteve-se uma tabela em que figuram os 55 sintomas clínicos detectados nas avaliações¹.

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.

1. A tabela dos sintomas clínicos pode ser consultada em Lerner, R. e Kupfer, M. C. M., (Org.) *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.

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 Infante,² que se baseou na literatura atual sobre a psicopatologia infantil (DSM- IV-TR, Marcelli & Cohen, 2009). A partir desse estudo, foram localizados, 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.

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 estatística

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.

2. Estudo inédito.

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.

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 significante.

A tabela 4 apresenta os quatro indicadores que tiveram capacidade de predição de risco psíquico estatisticamente significativa e dois indicadores que mostraram capacidade de predição 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 significativo 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 significativo 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 significativo 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 significativo 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: 1, 2, 3, 4, 5; 6, 7, 8, 9; 16, 22; 23, 24, 26 e 30.

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. 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.

Da perspectiva da noção de desenvolvimento utilizada na presente pesquisa, 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 entaves no processo de constituição do sujeito, sendo, portanto, indicativos de risco psíquico. Assim, esse conjunto de 15 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).

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 Classificação Diagnóstica 0 – 3 (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, segundo os autores da escala, a detecção precoce permite intervir antes que os primeiros desvios se consolidem em padrões de funcionamento pouco adaptativos.

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).

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 pa-

terna. 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.

Na pesquisa IRDI, é a *ausência* dos indicadores 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 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 (Winnicott, 1966/1997).

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 psicopatologia e do tratamento, e não mais no terreno da pediatria.

A tentativa de articular método estatístico e método clínico é rara na literatura científica. No entanto, esse panorama está se modificando: autores como Hanns (2000), Pereira (2001), Mezan (2002), consideram ser possível fazer a psicanálise dialogar com a Ciência Moderna, tendo o cuidado de não eliminar as diferenças.

Um dos principais objetivos da presente pesquisa foi o de incluir indicadores psíquicos na Ficha de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do Ministério da Saúde, e eles agora se encontram disponíveis para esse fim. Com

isso, a psicanálise, mais do que dialogar com a Ciência Moderna, abriu uma porta para a sua participação nas ações de Saúde Pública no Brasil.

Agradecimentos

À Dra. Josenilda Caldeira Brant (*in memoriam*), idealizadora desta pesquisa.
Ao Prof. Dr. Sergio Baxter Andreoli, do Departamento de Psicologia e Psiquiatria Médica da Universidade Federal de São Paulo, analista estatístico da pesquisa.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. 4. ed.rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BERNARDINO, L. *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.
- _____. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 7, n. 22, p. 48-67, 2007.
- CLASSIFICAÇÃO Diagnóstica: 0 – 3 – *Classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena*. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- DARGASSIES, S. A. Confrontation Neurologique de deux concepts: Maturation et développement chez Le jeune enfant. *Rev. Neuropsych. Inf.*, Paris, n. 22, 1974.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FERREIRA, S. A interação mãe-bebê: primeiros passos. In: Wanderley, D.B. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997.
- FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. *Rev. Bras. Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, p. 2-6, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 3 março de 2009.
- FREUD, S. (1905). Três ensaios para uma teoria sexual. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 29-66.
- _____. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII, p. 11-76.

- _____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 189-199.
- HANNS, L. A. psicoterapias sob suspeita. In: ALBINO, R. (Org.). *Psicanálise, representação e ciência*. São Paulo: Educação, 2000.
- JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- _____. *Enquanto o futuro não vem*. Salvador: Ágalma, 2002.
- _____. *Saber falar*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- KANDEL, E.R.; SHUARTZ, J.H.; JESSEL, T.M. *Essentials of Neural Science and Behavior*. Londres: Prentice Hall International, 1995.
- KUPFER, M.C.M. O sujeito na psicanálise e na educação. Bases para a Educação Terapêutica. *Educação e Realidade*, 2009. (no prelo).
- LACAN, J. *Écrits*, Paris: Éditions du Seuil, 1966.
- _____. *O seminário. Livro 4. A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- _____. *O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. *O seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969.
- _____. (1973). *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- LAZNIK, M-C. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 5, n. 8, 2000.
- _____. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2004.
- LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.
- MARCELLI, D.; COHEN, D. *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MAZET, P.; HOUZEL, D. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine, 1996.
- MELTZER, H. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, Londres, n. 177, p. 534-539, 2000.
- MESAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- NIKAPOTA, A.D. Child psychiatry in developing countries. *The British Journal of Psychiatry*, Londres, n.158, p.743-751, 1991.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental, nova concepção nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2002.

PEREIRA, M. E. C. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria – controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 55-68.

RUTTHER, M.; MOFFITT, T. E.; CASPI, A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [S.l.], v. 47, n. 3/4, p. 226-261, 2006.

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

WILLIAMS, J. et al. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*. [S.l.], v. 114, n. 3, p. 601-606, 2004.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Org.). *D. W. Winnicott: pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 179-192.

A tabela dos sintomas clínicos pode ser consultada em Lerner, R. e Kupfer, M.C.M, (Orgs). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FA-PESP/Escuta, 2008.

Resumos

El presente artículo presenta los resultados finales de la pesquisa IRDI. Desde el psicoanálisis, 31 signos de riesgo para el desarrollo infantil (IRDI) se han construido y aplicado a 726 niños entre 0 y 18 meses. Se evaluó una sub muestra a los 3 años de edad. Los resultados muestran que los IRDI poseen una capacidad de predecir problemas de desarrollo. 15 signos muestran una capacidad de predicción de riesgo psíquico para la constitución subjetiva.

Palabras clave: Signos de riesgo, desarrollo infantil, psicoanálisis, problemas de desarrollo

Cet article présente les résultats de la recherche IRDI. A partir de la psychanalyse, 31 signes cliniques de risque pour le développement de l'enfant (IRDI) ont été développés et appliqués à 726 enfants à l'âge entre 0 et 18 mois. Un sous-échantillon a été évalué à l'âge de trois ans. Les résultats ont montré que les IRDI ont la capacité de prédire des problèmes de développement. Un groupe de 15 signes prévoit le risque psychique pour la constitution subjective.

Mots clés: Signes cliniques de risque, développement de l'enfant, psychanalyse, problèmes de développement

In the present article, we present the final results of the IRDI research. From a psychoanalytical point of view, 31 risk signals for the child development were constructed and applied to 726 children at ages from 0 to 18 months. One sample was evaluated at the age of three. The results showed a predictive capacity of the IRDIs on pointing developmental problems and 15 signals that predict psychic risk for the subjective constitution.

Key words: Risk signals, child development, psychoanalysis, developmental problems

Citação/Citation: . Kupfer, M.C.M, Jerusalinsky, A., Bernardino, L.F., Wanderley, D., Rocha, P., Molina, S., Sales, L., Stellin, R., Pesaro, M.E. e Lerner, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro e Profa. Dra. Junia de Vilhena

Recebido/Received: 01.4.2009/4.01.2009 **Aceito/Accepted:** 15.4.2009/4.15.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento: Esta pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp/This research has been funded by the Ministry of Health, Brazil, and by Foundation for Research Support of the State of Sao Paulo.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declares that they have no conflict of interest.

MARIA CRISTINA MACHADO KUPFER

Professora titular do Instituto de Psicologia da USP, psicanalista. Presidente do Conselho de Administração da Associação Lugar de Vida.

R. Heitor de Andrade, 40

05441-020 São Paulo, SP, Brasil

Fone: (11) 3816 5403

e-mail mckupfer@usp.br

ALFREDO NESTOR JERUSALINSKY

Doutor pelo Instituto de Psicologia da USP, psicanalista. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

Rua Genaro Petersen Junior, 636

90540-140 Porto Alegre, RS, Brasil

Fone: (51) 3343-8275

e-mail: jerusalf@uol.com.br

LEDA MARIZA FISCHER BERNARDINO

Professora titular da PUCPR, psicanalista, analista membro da Associação Psicanalítica de Curitiba.

Av. do Batel, 1920 – sala 210

80420-090 Curitiba, PR, Brasil

Fone/fax (41) 3242-2993

e-mail ledber@terra.com.br

DANIELE WANDERLEY

Especialista em Psiquiatria da criança (Paris V) e Psicopatologia do bebê (Paris XIII).

R. Desembargador Balduino de Andrade, 211/401- Chame-Chame

40157-180 Salvador, Bahia, Brasil

Fone: (71) 32631286 / 92118246

e-mail : danielebw@hotmail.com

PAULINA SCHMIDTBAUER BARBOSA ROCHA

Linguísta, Psicanalista, Membro do Círculo Psicanalítico de Pernambuco e do Centro de Pesquisas em Psicanálise e Linguagem (CPPL).

Rua João Ramos, 231, apto. 401

52011-080 Recife, Pernambuco, Brasil

Fone : (81) 3221-8921

e-mail: paulinarocha@uol.com.br

SILVIA EUGENIA MOLINA

Psicanalista, Centro Lydia Coriat.

Av. Independência 944

90035-072 Porto Alegre, RS, Brasil

Fone: (51) 3311-0091

e-mail : silviaem@terra.com.br

LÉA MARTINS SALES

Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Pará, psicanalista, analista membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

Travessa 9 de janeiro, 2196, casa A

66063-260 Belém, Pará, Brasil

Fone (91) 3249-4842

e-mail: sales.lea@gmail.com

REGINA STELLIN

Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
Avenida Professor Joaquim Silva, 325, apto 104.
18085-000 Sorocaba, SP, Brasil
Fone: (15) 3327-7055
e-mail : regina@ecpc-ce.com.br

M. EUGÊNIA PESARO

Doutoranda do IPUSP. Psicanalista. Membro da Associação Lugar de Vida.
Rua Domingos Fernandes, 700, apto. 131
04509-011 São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 3848-0898
e-mail : Maria.pesaro@icr.usp.br

ROGERIO LERNER

Professor Doutor do Instituto de Psicologia da USP, psicanalista. Membro da Associação Lugar de Vida.
Rua Prof. Mello Moraes, 1721
05508-030 São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 3085-4761
e-mail: rogerlerner@usp.br