

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANGELA FLEXA DI PAOLO

**Estudo exploratório dos *Indicadores Clínicos de Risco para o
Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos* para avaliar
qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos**

SÃO PAULO

2010

ANGELA FLEXA DI PAOLO

**Estudo exploratório dos *Indicadores Clínicos de Risco para o
Desenvolvimento Infantil* e da *Avaliação Psicanalítica aos 3 anos* para avaliar
qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientador:
Prof. Dr. Rogério Lerner.

São Paulo

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Di Paolo, Angela Flexa.

Estudo exploratório dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e da avaliação psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos / Angela Flexa Di Paolo; orientador Rogério Lerner -- São Paulo, 2010.

143 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Qualidade de vida 3. Sintomas 4. Patologia
5. Desenvolvimento infantil I. Título.

RC504

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Di Paolo, Angela Flexa

Título: Estudo exploratório dos *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil* e da *Avaliação Psicanalítica aos 3 anos* para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

À minha mãe, Darcy, pela história, sua força
À memória de meu pai, Pasquale Di Paolo, seus exemplos
Aos meus irmãos, Ítalo e Luciano, que fazem parte deste percurso

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Lerner, meu orientador, por apostar e por me permitir investir em uma pesquisa com dedicação, seriedade e rigor metodológico necessários. Pela disponibilidade e leitura criteriosa durante todo o percurso deste trabalho.

À Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, pela leitura cuidadosa, por sua escuta crítica e atenciosa, por convocar ao debate de forma tão instigante e por trazer questionamentos inspiradores.

À Profa. Dra. Ana Maria Escobar, pela atenção e preciosas contribuições no Exame de Qualificação.

À minha mãe, Darcy, por me sustentar com seu afeto. Pela tranqüilidade de entender que o crescimento não tem hora, nem data, nem cronologias... Por permitir que um filho viva seus momentos de ver, compreender e concluir, no seu tempo, sem imposições ou (o)pressões. Por me ensinar que, antes de qualquer coisa, uma pesquisa precisa ser prazerosa.

Aos meus irmãos, Ítalo e Luciano, pelo apoio de sempre, pela torcida que desconhece limites geográficos, por ficarem sempre próximos mesmo depois de tantas partidas.

Às minhas tias, Lina e Dayse, pela acolhida inicial em São Paulo e pelo apoio familiar imprescindível.

Aos amigos, Peter, sempre presente, pela sensibilidade, por compartilhar tantos tropeços, (re)começos, vitórias, afetos. E Bruno, companhia recente-antiga, por fazer eco às minhas histórias, pelas trocas, escutas, esquecimentos, repetições... Por ficar em minha vida de maneira imprescindível e *me obrigar a novas saudades*.

Às amigas, Lúcia, tão extensa que não caberia em uma palavra, por tornar o cotidiano algo *surpreendente e criativo*, pelas infindáveis horas de amizade sincera. E à Carolina, tão querida, pelo apoio imensurável em momentos diversos de nossas vidas, pelos olhares curiosos, inquietantes, que beiram uma doce poesia de Quintana ao me fazer ver que *as crianças não brincam de brincar, brincam de verdade....*

Ao Ricardo, pela presença que se perde em tempos infinitos, em momentos passados, criados, inventados. Que, apesar de, sempre encontra um jeito bem humorado de encarar a vida. Pela preocupação, pelos convites, pelas portas abertas em Belém, Porto Alegre, Florianópolis, Belo Horizonte, São Paulo, Fortaleza... que se estendem, que não se esgotam e que carregam em seu portal um enorme letreiro de “entre, fique à vontade, a casa é sua”. Por possibilitar espaços-lugares-tempos livres, bonitos, inventivos, possíveis. Por compartilhar Clarice, Sade, Pessoa, Chico, Caio, Bia, Ercília. Por ser muitos, e(m) tantos e habitar terras estrangeiras e não ser de lugar nenhum.

À Beth, por me receber em sua casa, por estar como família. Pelo apoio e atenção inigualáveis, por compartilhar momentos diversos e ficar depois das tempestades. E às queridas Sayuri e Satie, por me receberem com tanto carinho, por me convocarem a *brincar mais, Angela! Vamos, mais uma vez!*

À Carla, que, em seu lugar de *suposto*, me permitiu *um pouquinho de saúde, um descanso na loucura* de São Paulo. Por me ajudar a tecer uma história, com todos os seus êxitos, fracassos, frustrações, escolhas, renúncias, hesitações... infindáveis, repetidas, novas e outras mais.

À Ana Vicentini de Azevedo, pelos ensinamentos preciosos de uma psicanálise laica, por constituir um lugar de ensino e transmissão da psicanálise e sustentá-lo para além dos muros acadêmicos, mostrando o quanto *la donna è mobile*.

Às caras Rute e Marilda, pelas trocas valiosas e incentivos tão afetuosos.

À Profa. Dra. Edwiges Silves, coordenadora do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e de sua orientanda, Marina Monzani, pela simpática gentileza ao permitirem o acesso ao *Assessment Data Manager* (ADM), em que foi possível realizar a análise dos resultados obtidos com a aplicação do CBCL neste estudo.

Ao Luiz Silva e ao Francisco Marcelo Rocha, da Assessoria Acadêmica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela paciência e pela generosa contribuição nas análises estatísticas desta pesquisa.

À Maria Eugênia Pesaro, pela disponibilidade e por me permitir acessar boa parte do banco de dados da Pesquisa IRDI.

Aos coordenadores e profissionais dos centros de saúde que viabilizaram a pesquisa de campo deste estudo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Centro de Saúde Escola Samuel Bannley Pessoa e Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis.

A todos os participantes da pesquisa, pela atenção e colaboração para que o estudo acontecesse.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de estudos concedida inicialmente.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

RESUMO

DI PAOLO, A. F. **Estudo exploratório dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos.** 2010, 143 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

A pedido do Ministério da Saúde foi desenvolvido e validado um protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI's) com poder de detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em bebês de 0 a 18 meses. Tal pesquisa configurou-se como um Projeto Temático da FAPESP no período 2004-2008. Com a finalidade de realizar o desfecho clínico, um novo instrumento de avaliação foi criado, a Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3). A fim de dar continuidade à pesquisa, o presente trabalho teve como objetivo fazer um estudo exploratório que sirva de base para futuro estudo de associação entre resultados obtidos em IRDI e AP3 com os obtidos para qualidade de vida e condição sintomática em idades posteriores. Buscou-se verificar em que medida resultados referentes a condições psíquicas e de desenvolvimento obtidos com a aplicação do IRDI e da AP3 associam-se com resultados referentes à qualidade de vida e à condição sintomática da criança aos seis anos, obtidos com Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé – AUQUEI, Child Health Questionnaire – CHQ e Child Behavioral Checklist – CBCL; para responder a tal pergunta de pesquisa, utilizou-se um método estatístico. Além disso, buscou-se verificar em que medida aspectos singulares de quatro casos avaliados apresentaram manifestações de tendência; para responder a tal pergunta de pesquisa, utilizou-se um método de discussão de caso. A amostra foi composta por 46 crianças distribuídas em três centros de saúde de São Paulo. Os resultados indicaram que tanto o IRDI como a AP3 não se associaram à avaliação de qualidade de vida obtida com o uso do AUQUEI, sendo consistentes com outros estudos realizados com tal instrumento. No entanto, a associação estatisticamente significativa encontrada entre resultados obtidos no IRDI e no CHQ mostrou maior capacidade do IRDI para prever qualidade de vida relacionada ao índice psicossocial do que ao índice físico do mesmo instrumento. A associação entre AP3 e CHQ apontou resultados significativos para os índices físico e psicossocial. Em relação à associação realizada entre IRDI e CBCL, os resultados apontaram que não há evidências de que seja significativa. Quanto à relação entre AP3 e CBCL, foi observado que há uma associação considerável entre ambos, embora não estatisticamente significativa. Os resultados apontaram para associações consideráveis entre variáveis que justificam futuros estudos com maiores unidades amostrais. Foi possível questionar o uso da noção de qualidade de vida, bem como a metodologia utilizada para investigá-la. Para efeitos de conclusão, tem-se uma pesquisa que, a partir da psicanálise, buscou um diálogo com outras áreas do saber – em especial, a medicina e a saúde pública – a fim de apontar indícios de quando há tendências de problemas no desenvolvimento psíquico infantil com impacto para a qualidade de vida.

Palavras-chave: Psicanálise; Qualidade de vida; Sintomas; Patologia; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

DI PAOLO, A. F. **Exploratory study of the *Clinical Risk Indicators for Child Development and Psychoanalytical Evaluation at the age of 3* to assess quality of life and symptomatic condition at six years.** 2010, 143 p. Dissertation (Master Degree) – Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2010.

At the request of the Ministry of Health was developed and validated a protocol of Clinical Risk Indicators for Child Development (CRICD) – *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI's)* with power to detect risk for developmental problems in babies from 0 to 18 months. This research was configured as FAPESP Thematic Project along 2004-2008. In order to accomplish the clinical outcome, a new evaluation instrument was created, the Psychoanalytical Evaluation at the age of 3 (PE3) – *Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3)*. To continue the research, this work aimed to make an exploratory study serving as a basis for future study of association between the results obtained in IRDI and AP3 with those obtained for quality of life and symptomatic condition at later ages. We attempted to ascertain to what extent the results for psychic conditions and development achieved through applied IRDI and AP3 are associated with the results for quality of life and symptomatic condition of children to six years. It later was obtained with Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Image - AUQUEI, Child Health Questionnaire - CHQ and Child Behavioral Checklist – CBCL. To answer this subject matter, we used a statistical method. In addition, we attempted to ascertain to what extent the unique aspects of four cases evaluated showed manifestations of the trend. To answer this second subject matter, we used a method of case discussion. The sample consisted of 46 children divided into three health centers of Sao Paulo. The results indicated that both IRDI and AP3 were not associated with assessing quality of life obtained with the use of AUQUEI. It was consistent with other studies accomplished with this instrument. However, the significant association found between results obtained in IRDI and CHQ showed greater capacity of IRDI to predict quality of life in terms psychosocial score. The same association showed less capacity of IRDI to predict quality of life physical score. The association between AP3 and CHQ showed significant results for physical and psychosocial scores. Association made between IRDI and CBCL indicated that there was no evidence of significance. Regarding the relationship between AP3 and CBCL, there was a considerable association between them, although not statistically significant. Results showed a significant association between the variables that justify future studies with larger sampling units. It was possible to question the use of the quality of life concept as well as the methodology used to investigate it. In conclusion, from psychoanalysis we sought a dialogue with other disciplines - especially medicine and public health. We sought also to point out problems trends for children's psychic development with an impact on quality of life.

Keywords: Psychoanalysis; Quality of life; Symptoms; Pathology; Child Development.

SUMÁRIO

I Introdução	10
1.1 As crianças: “...esses seres estranhos dos quais nada se sabe...”	18
1.2 O encontro entre dois campos discursivos: Psicanálise e Medicina	21
1.3 Em que a Psicanálise pode contribuir?	25
1.4 Pesquisa “Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise”	27
1.5 Qualidade de vida: definição e considerações	32
1.6 Condição sintomática: definição e considerações	41
II Método	49
2.1 Procedimento	50
2.2 Sujeitos	51
2.3 Instrumentos de avaliação	51
2.4 Análise estatística dos dados	52
2.5 Notas sobre a articulação de resultados oriundos de métodos quantitativo e qualitativo	55
III Resultados	58
3.1 IRDI e AUQUEI	61
3.2 IRDI e CHQ	62
3.3 IRDI e CBCL	65
3.4 AP3 e AUQUEI	67
3.5 AP3 e CHQ	68
3.6 AP3 e CBCL	70
3.7 AUQUEI e CHQ	74
3.8 AUQUEI e CBCL	75
3.9 CHQ e CBCL	78
IV Discussão	83
4.1 Discussão dos resultados obtidos a partir da análise estatística	84
4.2 Discussão de casos	93
4.2.1 Eduardo: “quero que ele cresça”	94
4.2.2 Pedro: “as disciplinas que ele gosta”	102
4.2.3 Miguel: “muito agitado”	107
4.2.4 Marcos: “uma criança que parece não ter regras”	112
V Por concluir	117
Referências	122
Anexos	128

Introdução

Autismo, psicose infantil, TDAH, TGD, TOC... São inúmeras as nomenclaturas utilizadas para diagnosticar problemas que ocorrem na infância. No que concerne ao desenvolvimento humano, aspectos orgânicos e/ou afetivos são levados em consideração nos critérios de diagnóstico, por vezes tendendo a enfatizar um em detrimento do outro. Sem adentrar a discussão sobre a validade do diagnóstico na infância, este trabalho adota como ponto de partida a noção de criança como sujeito em constituição, e isto implica a impossibilidade de classificar/ diagnosticar o infante em uma categoria de forma definitiva.

Num momento em que fervilham teorias *sobre* a infância, tem-se a criança constituída como objeto do discurso científico. Legnani e Almeida (2004), em análise feita acerca dos fundamentos epistemológicos que ajudaram a edificar a noção de infância, ressaltam que o escopo das produções da psicologia do desenvolvimento esteve, desde sempre, comprometido com o projeto da modernidade. Projeto este que de alguma maneira legitimou e autorizou um discurso sobre a infância “cientificamente comprovado”, na medida em que guardava em seu cerne um ideário de progresso e um caráter universalizante das etapas do desenvolvimento. A aliança formada entre o discurso científico, predominante nos séculos XVIII e XIX, e a psicologia do desenvolvimento culminou na visão proposta e divulgada nos manuais sobre a infância, em que se tem “a infância como uma etapa de vida perpassada pela imaturidade, que se transformaria ao longo do desenvolvimento, até atingir a plenitude da razão representativa da idade adulta” (LEGNANI; ALMEIDA, 2004, p. 103-4). De tal modo, o processo de desenvolvimento passou a ser sistematizado como uma seqüência ordenada cronologicamente em direção a um progressivo aperfeiçoamento. Portanto, estava legitimado o campo para o qual a noção de infância estaria a serviço dos propósitos do discurso científico na modernidade ao longo do século XX.

Os termos usados para definir o que é criança ajudam a saber que versões circulam sobre ela. Nos manuais de psicologia infantil, geralmente se fala de criança como um ser separado do mundo dos adultos, como um ser que precisa de atenção e de cuidados especiais. São termos e palavras que produzem efeitos, produzem posições (de crianças e de profissionais) numa trama que envolve a construção de saberes e o exercício de poderes.

Uma vez que se instituem saberes sobre a criança, inúmeros profissionais são chamados para intervir *sobre* ela, sem, contudo, interrogar-se acerca do sujeito que está a sua frente. Mas entre esses profissionais, há aqueles que se aproximam de uma

perspectiva que não considera a infância apenas como um estágio natural da vida e nem a criança como um ser objetivável à espera de atenção e de cuidados especiais. Ao contemplarem tal perspectiva, esses profissionais se aproximam do pensamento psicanalítico, na medida em que este destituiu um saber que já foi instituído como norma para voltar-se aos aspectos singulares de cada história.

Como mais um discurso que se propõe a interrogar o sujeito, a psicanálise visa menos constituir uma noção de criança para dominá-la e investigá-la do que atentar para o que ela tem de novo, de singular, de inusitado e daquilo que não se enquadra nas previsões do discurso científico.

Iniciamos este trabalho com a noção de psicopatologias *na* infância inspirada na perspectiva adotada por Voltolini (2007): a de que não existe uma psicanálise *da* criança, mas do *sujeito*.

Se a psicanálise surgiu num momento em que o discurso médico imperava, não foi a ele que ela se filiou ao longo dos anos. Como médico, S. Freud (1856-1939) se debruçava sobre os sintomas e sobre as patologias de sua época, mas levou suas descobertas a um novo escopo: não à cura, mas à escuta do mal-estar e do sofrimento humano. Uma escuta comprometida, implicada com um sujeito que deseja, que fantasia, que produz sintomas; mas jamais atrelada à remissão de seus sintomas – tal tarefa cabe ao campo da medicina, cuja finalidade é a da cura e cuja promessa é a de que as coisas funcionem melhor.

Nascida num período em que predominava o discurso positivista de ciência, foi a ele que a psicanálise se opôs. E, crescendo à sua revelia, constituiu-se como um modo de pensar próprio. Um modo de pensar que se assentou na investigação clínica de Freud, iniciada com suas pacientes histéricas. Como lembra Garcia-Roza (2000), a psicanálise teria operado uma ruptura com o saber existente, demarcando seu próprio lugar. Ligada arqueologicamente a um conjunto de saberes construídos sobre o ser humano, ela se erigiu de modo muito peculiar ao lançar mão de conceitos originalmente articulados por seu criador: o de inconsciente – e, conseqüentemente, propondo a clivagem da subjetividade –; o de psicopatologia da vida cotidiana e o de sexualidade como etiologia das neuroses.

Ao propor o sujeito descentrado, não-todo unitário, não mais identificado com a

consciência e retirá-lo do domínio da razão, Freud (1917)¹ aponta a psicanálise como a terceira grande ferida narcísica sofrida pelo saber ocidental ao produzir um descentramento da razão e da consciência – as outras duas foram as produzidas por Copérnico e por Darwin, respectivamente.

Diante do saber dos séculos XVII e XVIII, a psicanálise se apresenta como uma teoria e uma prática que pretendem falar do homem enquanto ser singular, mesmo que afirme a clivagem inevitável a que esse indivíduo é submetido. Antes do advento da psicanálise, o único lugar institucional onde o discurso individual tinha acolhida eram os confessionários religiosos. A psicanálise vem ocupar, no século XX, este lugar de escuta (GARCIA-ROZA, 2000, p. 22).

Mezan (2000) considera que a psicanálise não é um ramo da literatura, mas possui objeto e método próprios – a interpretação do discurso dos pacientes em situação analítica. O autor considera, ainda, que mais importante do que indagar se a psicanálise é ou não uma ciência, importante é atentar para a subversão que ela provoca no modo de fazer ciência até então predominante.

Para Voltolini (2007), a psicanálise reclama uma especificidade em relação ao campo da medicina, uma vez que ela não é um campo geral que se divide em especialidades. “Repartir para melhor compreender”, eis uma proposição de ordem médica. A subversão da psicanálise está em operar *no* inconsciente do analisando, em vez de tomá-lo como um objeto positivável sobre o qual se poderia incidir de maneira objetiva. Desta forma, ela tem mecanismos de resistência à lógica médica, e tal mecanismo reside justamente na intervenção que acontece *no* sujeito, via inconsciente.

Ao se debruçar sobre o paciente, a psicanálise veio mostrar que não basta construir teorias sobre o sujeito, mas é preciso também ouvi-lo. E, como um discurso que se erigiu na tentativa de dar conta do mal-estar humano, está longe de constituir um saber objetivo sobre a infância. Portanto, longe de constituir um sujeito para dominá-lo, a teoria psicanalítica permite dar voz ao sujeito em questão e, em vez de silenciá-lo (tornando-o objetivável), escutá-lo (com todas as suas fantasias-histórias-sonhos-sintomas).

¹ Foi no ensaio intitulado *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* em que Freud (1917) afirmou que o narcisismo universal dos homens, o seu amor-próprio, sofreu até o presente três severos golpes por parte das pesquisas científicas: 1) o golpe cosmológico dado por Copérnico; 2) o golpe biológico dado por C. Darwin e 3) o golpe psicológico dado pela psicanálise. Ao situar esta terceira ferida narcísica, Freud ressalta, contudo, que não foi o primeiro a dar este passo, alguns filósofos podem ser citados como precursores da concepção de que há uma vida inconsciente e de que a sexualidade tem grande importância psíquica, entre eles Schopenhauer.

É na medida em que a psicanálise escapa a especializações e a teorias que pode voltar-se para a constituição do sujeito, no que ele guarda de potencial de surpresa, de inusitado.

Não se trataria, portanto, somente de proteger a Psicanálise de um esfacelamento na ordem médica, mas também de *proteger* o sujeito, denunciando aquilo que a ordem médica faz com ele. Se a Psicanálise é *não-toda-ela* inscrita no campo médico, é porque ela se pretende algo mais que uma terapêutica. Ela é também, apenas para ficarmos em um exemplo, um *lembrete crônico*, no campo do conhecimento humano, daquilo que esse conhecimento recalca para erigir-se como tal (VOLTOLINI, 2007, p. 203).

Logo, a impossibilidade de se diagnosticar uma criança, um ser que está em constituição, cuja estruturação psíquica está por vir. Impossibilidade esta que acontece quando o diagnóstico se pretende decisivo, mas que, no entanto, também abre para discussões se o diagnóstico vier como uma espécie de guia, aberto a modificações no meio do caminho.

“Como toda classificação, útil; como toda classificação, falsa”, já dissera Fernando Pessoa². Se por um lado, a hipótese diagnóstica é necessária num primeiro momento, por outro, é insuficiente e não esgota a direção do tratamento de modo definitivo. Uma vez lançado como hipótese, que o diagnóstico se sustente como tal, considerando as peculiaridades da criança como um ser em constituição.

É desta característica em particular que surge a possibilidade de realizar um trabalho interventivo. E foi apostando nessa possibilidade que alguns profissionais da Psicanálise buscaram o diálogo com outros profissionais da Medicina, da Educação, da Fonoaudiologia, da Pediatria, da Psiquiatria.

Laznik (2004) já desenvolvera com os médicos do serviço público francês uma forma possível de detecção precoce.

Em uma de suas apresentações em congresso, a autora ouviu de seus interlocutores médicos:

É muito novo o que você está dizendo. Há vinte anos, ensinaram-nos que o autismo era somente psicogênico e que era necessário procurar suas causas nos desejos mortíferos dos pais. Ora, conhecemos muitos desses pais, nós os vimos funcionar em completa adequação com os filhos mais velhos. Não podíamos considerá-los culpados. Então, calamo-nos. Dez anos depois, ensinaram-nos que o autismo era uma doença orgânica e que nada havia a se fazer senão

² Trecho retirado de PETRI, Renata. **Leitura psicanalítica do desenvolvimento e suas implicações para o tratamento de crianças**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

reeducar posteriormente estas crianças. Pensamos, então, que o melhor era deixar um momento ainda de esperança para os pais e continuamos a nos calar. Você nos diz que existe uma terceira via possível, a de uma dinâmica de prevenção, e isto nos interessa (LAZNIK, 2004, p. 157).

O que a autora nos traz é a importância de se atentar para alguns sinais que podem vir a indicar a ocorrência ulterior de autismo. Considerando que as relações primordiais que o bebê estabelece são fundamentais para o seu desenvolvimento, pode-se falar que o autismo é uma patologia que surge em decorrência de problemas no laço que se estabelece com o outro – qualquer que seja o modelo que se adote, seja ele psicanalítico, cognitivo ou biológico, é inegável admitir tal posição.

Na tentativa de buscar subsídios que permitam antecipar a ocorrência de problemas de desenvolvimento infantil antes que eles se agravem, Laznik (2004) propõe que é possível provocar alterações em uma patologia que está em curso. Alterações estas que constituem extravios em direção ao laço com o Outro³, à ligação erótica, à tentativa de trazer de volta – ou de inscrever/ convocar – o eros que se desarticulou do auto-erotismo. Lembrando que ao retirar o termo *eros* de auto-erotismo, temos, então, o termo autismo. Logo, autismo se refere a uma falha num momento fundamental da constituição psíquica: a alienação, necessária ao infante que, posteriormente, irá se separar do laço com o Outro para tornar-se, ele próprio, um sujeito. Vale lembrar que Freud, em 1915, já situava o auto-erotismo como condição necessária na constituição do indivíduo. Mas não se trata apenas de identificar uma possível ocorrência de autismo, há outras patologias, como a psicose infantil, apontada por alguns autores como um excesso de investimento afetivo, o que acarretaria uma dificuldade em sair do momento alienante, saída esta que implica em separar-se do outro, quando, então, reconhecem-se os limites existentes entre eu-outro (Cf. LAZNIK, 2004; BERNARDINO, 2006).

Para identificar alguns sinais desses extravios, faz-se necessário atentar para uma história que está em construção. História que ganha contornos ao ser investida (ou não) libidinalmente, com afeto, tessituras, jogos, brincadeiras, falas, regras e normas. Daí considerar-se a criança um sujeito ainda em construção e, à medida que essa construção depende em larga medida daqueles que estão ao seu redor, é necessário

³ Conceito que não se refere necessariamente à mãe biológica, mas à pessoa que cumpre esta função para o bebê (Cf. BERNARDINO, 2006). O Outro primordial que, instaurado pela função materna (por um outro faltoso e, por isso, desejante), inscreve o sujeito na ordem da linguagem e da cultura. Tal instância carrega a possibilidade de marcar a falta na criança, viabilizando também, para o pequeno ser, a condição de sujeito desejante. Para nós, o Outro também guarda a capacidade de marcar uma diferença eu-outro, o que teria por consequência a instauração de possibilidades de constituição subjetiva no que se refere ao aspecto estrutural.

que o diagnóstico não se restrinja a um parecer sobre a criança, mas que acrescente o lugar que ela ocupa no discurso familiar.

O bebê, ao nascer, ocupa um lugar na família e na cultura da qual faz parte. Sua subjetividade será delineada nas relações que estabelece nesses âmbitos, com a contribuição das disposições naturais e afetivas que isso implica. Como lembra Bernardino (2006), para que ocorra o surgimento de um sujeito psíquico é necessário o encontro de dois alicerces: o biológico e o relacional.

A formação subjetiva que embasa esta pesquisa se sustenta na articulação de dois aspectos: 1) o biológico (maturacional), que oferece a base material necessária às configurações de funcionamento e de aprendizagem que o meio circundante propicia à criança; e 2) o relacional (afetivo), que implica as relações da criança com os pais, a família, a cultura, a linguagem. Uma vez apoiada nos recursos maturativos, a criança é capaz de conquistar habilidades e, também, de atribuir sentidos a elas.

Trata-se, assim, de considerar o sujeito como efeito da articulação desses aspectos. Eis a sua condição de existência como humano. Como afirma Bernardino (2006, p. 33):

As condições orgânicas potenciais do bebê para relacionar-se com o ambiente devem se encontrar com esta estrutura de linguagem sustentada pelas figuras parentais, que retroativamente devolvem palavras e significações para experiências de início concretas e de satisfação de necessidades, que rapidamente (pela repetição) ganham uma inserção psíquica e podem ser antecipadas – criando um funcionamento psíquico particular, uma maneira singular de se situar no mundo e de decodificá-lo.

É no contato com o outro – que traz além da satisfação física um a-mais constituído por gestos, palavras e olhares – que o organismo vai sendo aos poucos simbolizado. [...] Percebemos que, no campo humano, o circuito pulsional rapidamente suplanta e significa o funcionamento biológico.

Este circuito pulsional permitirá ao organismo se tornar um corpo (desejado), ao mesmo tempo em que se esboça um sujeito psíquico (desejante), que aos poucos demarca o seu lugar no mundo.

Ritvo (1992) lembra que a questão das disposições orgânicas e dos aspectos relacionais ocupou Freud por muito tempo, até que ele a resolveu com a noção de “série complementar”, enunciada em 1915 numa nota acrescentada à terceira edição de seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Diante das controvérsias teóricas de seu tempo a respeito da discussão dos fatores constitucionais e acidentais no desenvolvimento humano – e Freud ora enfatizou um aspecto em detrimento de outro, como podemos lembrar na célebre frase retirada de Fausto “o que herdaste de teus pais, conquista-o para torná-lo teu”, que ilustra ensaios como *Totem e tabu* (1913) e *Esboço de psicanálise*

(1939) –, o pai da psicanálise culmina por postular uma série complementar da interação de constituição com o meio. Freud reconhece, assim, que nem a hereditariedade nem o meio atuam de modo isolado, mas necessariamente em interação:

a constituição sexual hereditária apresenta-nos uma grande variedade de disposições, conforme seja herdado, com particular intensidade, uma ou outra das pulsões parciais, sozinha ou em combinação com as outras. A constituição sexual forma, portanto, junto com o factor da experiência infantil, uma ‘série complementar’ exatamente semelhante àquela que já sabemos existir entre disposição e experiência casual do adulto (FREUD, 1916-17, p. 365).

Uma abordagem psicanalítica da criança não pode deixar de considerar esses aspectos. Retomando os aspectos neuropsicomotores, é importante ressaltar que eles são fundamentais para avaliar se a criança se localiza bem no espaço, se suas aquisições motoras correspondem ao esperado para sua faixa etária etc. Contudo, estes aspectos, por si só, não são suficientes para avaliar a emergência nem a formação de uma subjetividade. Para que isso se estabeleça, é necessário que esses aspectos façam sentido para a criança,

que ela tenha recursos simbólicos para – à medida de suas conquistas neuropsicomotoras – começar a entender quem ela é, qual seu lugar na família – e depois na comunidade –, que significação tem para ela o mundo. Estes recursos dependem da constituição de um psiquismo, do fato de que esta criança esteja submetida a um processo de inscrição no campo simbólico que lhe permita ser sujeito de sua história, ou seja, falar em nome próprio (BERNARDINO, 2006, p. 37).

Portanto, a proposta que aqui se apresenta versa sobre a importância de se atentar para este olhar que vai além dos aspectos neuropsicomotores (sabendo de sua importância, porém, de sua insuficiência), pois é preciso mais do que seu bom desenvolvimento para que uma subjetividade se constitua.

A constituição subjetiva é objeto de investigação central deste estudo e, por isso, buscou-se, em última análise, registrar se essa constituição psíquica está em andamento ou em risco, apresentando sintomas clínicos já instalados. Utiliza-se a categoria *risco*, aqui, porque em crianças pequenas não é possível diagnosticar psicopatologias definitivas – ressalte-se que, em alguns casos, o autismo vem sendo diagnosticado por psiquiatras a partir dos 5 anos de idade.

A avaliação do estabelecimento de um sujeito psíquico requer observar se há uma antecipação para o lugar da criança na família, como isso ocorre, como lhe são feitas demandas e como se recebem as demandas que vêm da criança, enfim, requer atentar para os fatores que propiciam a emergência de um sujeito desejante, que condições

estão sendo criadas para a sua inscrição na cultura e, ainda, como lhe é conferido um lugar na família, lugar que não é só um quarto ou um berço, mas uma posição subjetiva. Posição esta que vai se inscrevendo, paulatinamente, na família, na cultura, na linguagem, numa combinatória que construirá a sua história, compondo a sua subjetividade, seu próprio desejo.

1.1 As crianças: “...esses seres estranhos dos quais nada se sabe...”

Falar sobre a constituição histórica da infância vai de encontro à concepção que tenta defini-la apenas como um estágio natural da vida. O que temos são versões que disputam por hegemonia e preponderam em determinadas épocas. Sendo assim, o que podemos fazer é situar algumas perspectivas predominantes em determinados períodos.

Ariès (1981) apresenta a tese de que há dois sentimentos da infância⁴, que só surgem após a Idade Média – até então eram inexistentes, o que não significa que não havia afeição pelas crianças, mas que os modos de lidar com a infância eram diferentes. O primeiro seria o de “paparicação”, que surge no meio familiar e durava até os 7 anos de idade aproximadamente; caracterizava-se por um encantamento pela ingenuidade e graça da criança, que se tornava fonte de distração e de relaxamento para o adulto. O segundo surge entre os educadores e moralistas do século XVII, como resultado da nova concepção moral de infância, que impôs a noção de inocência infantil em contraponto ao despudor vivido nas relações das crianças com outros membros da família, prescrevendo, a partir de então, novos tratamentos e comportamentos para as crianças, através dos manuais de civilidade.

Neste momento, aliados à noção de fragilidade e de inocência da criança, estão os interesses psicológicos e a preocupação moral em relação à disciplina e à racionalidade dos costumes. Segundo Ariès (1981, p. 164), os moralistas “viam nelas [as crianças] frágeis criaturas de Deus que era preciso ao mesmo tempo preservar e disciplinar”.

A partir do século XVII, então, ocorre um prolongamento da infância (antes restrita até os 7 anos) através do processo de *escolarização* (ARIÈS, 1981). Se antes a educação da criança acontecia nos espaços da casa, da aldeia, do brinquedo, junto aos

⁴ Sentimento da infância seria, para Ariès (1981), o reconhecimento de uma particularidade infantil que distingue a criança do adulto.

membros familiares e da comunidade local, no século XVII a aprendizagem transfere-se para um espaço de educação formal, orientado principalmente pela Igreja e pelo Estado. Era necessário exercer uma disciplina e um controle sobre os desejos e fraquezas da criança, para que esta se adequasse às novas estruturas educativas, sob a responsabilidade moral dos mestres.

É importante lembrar que estas modificações começam a se consolidar no século XVIII, período marcado pela Revolução Francesa e pelo início do modelo de vida familiar burguês. Não podendo ascender socialmente pela ascendência familiar, a burguesia passa a cuidar da descendência, valorizando a educação dos filhos e, para isso, constitui o núcleo familiar como lugar privilegiado dos afetos; o que Foucault (1988), na *História da Sexualidade*, considerará primordial para a constituição da psicanálise: Freud só pôde desenvolver o Complexo de Édipo em função da concepção de família predominante em sua época.

Partindo do modelo de vida familiar burguesa predominante nos círculos vienenses e inserido num modo de pensar ocidental judaico-cristão, S. Freud pode dedicar-se às investigações clínicas que mais tarde culminariam na teoria psicanalítica.

Uma vez demarcados os pontos históricos que contribuíram para a criação e, ainda, para a instituição de algumas noções, é possível voltar-se agora para o que causa certo estranhamento e para o que inquieta tais noções aparentemente tão arraigadas em nossa cultura.

Apesar de ter se formado em medicina, o mestre vienense não aquiesceu aos valores médicos de seu tempo. Tempo em que a prática médica utilizava as pesquisas e as descobertas de diferentes campos (biologia, química, física etc.) para fazer um diagnóstico, aplicar uma terapêutica e estabelecer um prognóstico. A clínica psicanalítica desde sempre retirou toda sua eficácia da escuta de uma fala, ao contrário da clínica médica que se baseava essencialmente no olhar. Como lembram Jorge e Ferreira (2005), o saber em jogo na experiência da análise é um saber que se caracteriza por estar intimamente associado à particularidade do sujeito,

não é um saber acadêmico nem doutrinário, mas um saber singular. Esta revelação exige que o analista não só esteja sempre estudando a teoria da psicanálise, mas também que a coloque em suspenso, quando está escutando seu paciente. Eis por que Freud sugere que o analista deve tomar cada novo paciente como se fosse o primeiro e escutá-lo em sua radical singularidade. O que isto significa? A singularidade remete para a reconstituição, aqui e agora, da história de um sujeito (JORGE; FERREIRA, 2005, p. 20).

É neste sentido, de escutar o que cada sujeito traz de novo, de inquietante, daquilo que estremece as bases tão bem alicerçadas de um discurso teórico, que se deve delinear um trabalho psicanalítico que lida com o infantil. Se por um lado são necessários os alicerces teóricos, por outro é importante despir-se deles sempre que necessário. Afinal, como já dissera Clarice Lispector (1998, p. 52), “é só quando esquecemos todos os nossos conhecimentos é que começamos a saber”.

Mais do que instituir saberes novos sobre a infância, considera-se a psicanálise como um campo que permite ir ao encontro do sujeito. Uma teoria do sujeito, e não uma forma de dominação. Eis um ponto de articulação importante deste trabalho comprometido com uma escuta do singular, do outro que escapa à tentativa de domínio.

Neste sentido, Jorge Larrosa (1998, p. 67) propõe uma concepção de infância que está mais próxima da singularidade que ora tratamos: “As crianças, esses seres estranhos dos quais nada se sabe, esses seres selvagens que não entendem nossa língua”.

Em vez da infância descrita nos livros de psicologia infantil, pediatria, pedagogia, a infância como algo outro, “que sempre muito além do que qualquer tentativa de captura, inquieta a segurança de nossos saberes, questiona o poder de nossas práticas e abre um vazio no qual se abisma o edifício bem construído de nossas instituições de acolhida” (LARROSA, 1998, p. 69).

A infância se afirma como impossível na medida em que escapa ao cálculo de nosso saber e à eficácia técnica de nosso poder. O possível é o que pode ser determinado, previsto e calculado pelo que sabemos ou pelo que podemos. A infância que Larrosa (1998, p. 70) nos propõe não está nos manuais especializados sobre a criança, mas sim em outro registro, cuja lógica de funcionamento não nos é facilmente acessível:

A infância como algo outro não é o objeto (ou o objetivo) do saber, mas o que escapa a qualquer objetivação e o que desvia de todo objetivo [...]. Portanto, a alteridade da infância não significa que as crianças ainda resistam a ser plenamente apropriadas por nossos saberes, por nossas práticas e por nossas instituições. [...] A alteridade da infância é algo muito mais radical: nada mais e nada menos do que sua absoluta heterogeneidade no que diz respeito a nós e a nosso mundo, sua absoluta diferença. E se a presença enigmática da infância é a presença de algo radical e irredutivelmente outro, dever-se-á pensá-la à medida que sempre nos escapa: à medida que inquieta o que sabemos (e a soberba de nossa vontade de saber), à medida que suspende o que podemos (e a arrogância de nossa vontade de poder) e à medida que coloca em questionamento os lugares que construímos para ela (e a presunção de nossa vontade de abarcá-las) (grifos nossos).

O acesso à alteridade da infância, à sua impossibilidade, está em ir ao encontro da infância sem apropriá-la, capturá-la, contemplando-a como a imagem do outro, que é novo e estranho a mim. Não uma imagem *da* infância, mas uma imagem *a partir* do encontro com a infância. Isso é a experiência da criança como outro; uma imagem que não é regida pelas medidas de nosso saber e que não aceita as medidas de nosso poder. Um encontro que exige renúncia a toda vontade de saber e de poder, a toda vontade de domínio.

1.2 O encontro entre dois campos discursivos: Psicanálise e Medicina

Aos 17 anos, Freud ingressara na Universidade de Viena (em 1873) para estudar medicina. Seus interesses iniciais estavam voltados para o estudo das glândulas sexuais das enguias, e encontravam no laboratório de pesquisa do professor Ernst Wilhelm von Brücke seu suporte teórico e investigativo. Envolto em dificuldades financeiras e disposto a se casar com Martha Bernays, Freud decidiu abandonar a carreira de pesquisador e em meados de 1882 foi trabalhar no Hospital Geral de Viena, onde permaneceu por três anos. Em 1885, recebe uma bolsa de estudos no Hospital Salpêtrière, em Paris, ocasião em que conheceu Jean Martin Charcot. Foi então que Freud abandonou definitivamente a anatomopatologia e pôde voltar-se aos problemas colocados pela histeria – que nessa época se apresentavam como um enigma por não obedecerem a localizações neurológicas facilmente delimitáveis.

Foi com Charcot que Freud iniciou seus estudos sobre a hipnose e, também, com quem aprendeu a questionar sempre a teoria a partir de sua prática clínica. Avançando um pouco mais em suas indagações do que seu mestre, Freud inaugurou uma nova via de reflexão a partir da escuta de suas pacientes histéricas: o núcleo sexual na etiologia das neuroses. Eis o ponto de dissidência em relação a Charcot e o que mais tarde se tornaria o nascimento da psicanálise.

Como lembram Jorge e Ferreira (2005), embora Freud tenha se formado em medicina, não foi a tal prática que ele se filiou. Medicina e psicanálise são dois campos que têm um eixo em comum: a clínica. No entanto, cada um possui princípios e práticas muito específicas e distintas. Se por um lado, “a prática médica se esteia num objetivo terapêutico preestabelecido, calcado nos ideais de saúde e de normalidade, visando a

eliminação dos sintomas e o retorno a um estado anterior de ‘silêncio dos órgãos’” (p. 21), por outro “a prática psicanalítica se dirige para além da supressão dos sintomas, porque estes se formam por ação do recalque” (p. 21), recalque que é resultante do conflito psíquico entre o consciente e o inconsciente e que retorna, ainda que disfarçado, sob a forma de um sintoma. Sintoma neurótico que vem substituir o que outrora havia dado satisfação no consciente.

Expulso da consciência, o desejo retorna sob a forma de um disfarce, um sintoma. “Quem não conhece alguém que, apesar das queixas, cultiva com zelo as causas de seu sofrimento?” (JORGE; FERREIRA, 2005, p. 22). Logo, do que se trata em análise? Não da remissão dos sintomas, mas do reconhecimento, da assunção de um desejo que por vezes fica escamoteado. Nisto incide o discurso psicanalítico.

Para os fins desta pesquisa, trazemos a discussão proposta por Voltolini (2008), que afirma haver uma distinção fundamental entre as noções de pesquisa e de aplicação. Enquanto esta se refere a uma aplicação do conhecimento, uma imposição/ colocação de um conhecimento que doravante passa a não ser mais questionado, mais próxima da clínica médica, posto que seria uma espécie de “clínica da constatação”; aquela, a pesquisa, aproxima-se mais de uma perspectiva implicada com uma abertura para o inédito, para o inesperado, o inusitado.

J. Lacan, no Seminário XI, retoma uma frase de Picasso para dizer acerca das relações entre psicanálise e pesquisa: “eu não procuro, acho!”. Eis aí uma aposta de que é possível achar sem estar à procura. É possível encontrar algo importante distraidamente. É esta aposta na in-certeza do que há de vir que se difere de uma perspectiva que visa meramente aplicar teorias, constatar-las, sem levar em consideração que há um sujeito em questão e que, regido pela lógica inconsciente, pode a qualquer momento irromper em questões não previamente planejadas.

É esta via do inusitado, do imprevisível que desejamos ressaltar neste momento. Tanto Lacan como Freud insistiram na idéia de que na clínica psicanalítica não se trata de aplicar um conhecimento teórico. Em vez de aplicação, Voltolini (2008) nos traz para pensar a noção de implicação. “E quando falo de implicação falo da idéia de transferência. [...] Há um saber que se constrói no interior da transferência e como ele se constrói? Ele se constrói com algo que tem a ver com esse ‘acho sem procurar’” (VOLTOLINI, 2008, p. 77).

Esta característica é fundamental para entender a diferença da psicanálise em relação à medicina. Partindo da perspectiva de que ambas são discursos e, como tais,

práticas que instituem poderes e legitimam formas de conhecimento, é importante situar as especificidades, as possibilidades e os limites de cada uma quando se trata de práticas voltadas para a infância.

Antes, porém, retomamos a assertiva foucaultiana de que

o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar (FOUCAULT, 1971/2001, p. 10).

Logo, é importante considerar que psicanálise e medicina são discursos que instituem e legitimam práticas e, na consonância existente no tratamento voltado para a infância, ambos disputam por hegemonia, por vezes disputando entre si, por vezes provocando encontros abertos ao diálogo – guardadas as especificidades de cada um. A idéia adotada aqui é a de que não há discursos que representem uma realidade, mas que se constituem como práticas que fazem circular certas noções.

Em se tratando da medicina, consideramos a proposta de Voltolini (2008): a de que este campo guarda a particularidade da proposta de “prevenção”. Termo típico do meio médico, indica usualmente a detecção de doença, a prevenção de doença e a intervenção na doença. No dicionário, algumas acepções da palavra prevenir, além das designações mais comuns, significa prever, predizer e, também, acautelar-se. Termo este que se faz interessante na pesquisa com indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil na medida em que aponta para uma direção de prevenir com cuidado. Os indicadores não devem ser tomados como indicadores de doenças, mas de desenvolvimento – e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico. Portanto, não se pretende detectar sinais de doença, mas de sofrimentos possíveis e, uma vez detectados, estabelecer formas de cuidar desse que sofre.

Prevenir no sentido de cuidar, eis a proposta inscrita neste trabalho. Uma aposta que investe na verificação das condições de surgimento de um sujeito, nos indícios que podem apontar o bom funcionamento (ou não) do circuito pulsional, onde quer que eles se manifestem. Sem a entrada do *infans* neste campo, não há constituição de um sujeito possível. Esta é a aposta da psicanálise. E se é possível delinear um lugar ocupado por ela no social, que este seja o de apostas: no sujeito, na sua constituição, sua inscrição na cultura, no circuito pulsional e desejante.

Não se trata de uma pesquisa em psicanálise, mas sim de uma pesquisa que, a partir desta teoria, buscou um diálogo com outras áreas do saber – em especial, a medicina – a fim de apontar indícios de quando algo não vai bem, de quando há risco para o desenvolvimento psíquico do *infans*.

Sabe-se que a lógica psicanalítica não opera segundo o modelo causa-efeito, de tal modo que seria inapropriado sustentar a hipótese de que a ausência de um indicador em um bebê (a ausência do olhar materno, p. ex.) acarretará uma evolução psicopatológica ulterior (como o autismo, p. ex.). O que se pretende é levar à saúde pública conhecimentos adquiridos pelos estudos psicanalíticos, sem necessariamente operar na lógica causa-efeito. Em vez disso, a psicanálise propõe a lógica do acontecimento e suas conseqüências; ou seja, um acontecimento carrega uma significação subjetiva cujas conseqüências só poderão advir no a posteriori, sempre no *après coup*, de tal forma que poderá ressignificar o acontecimento em questão.

O psicanalista não precisa de um formulário com indicadores, mas o pediatra sim. Por isso, o que está sendo transmitido é uma tendência geral, que pode ser desenhada, riscada em um gráfico, tendência essa obtida a partir da experiência do psicanalista. Se uma mãe não olha para seu bebê, não se sabe qual a marca que isso lhe fará, mas é possível pensar que, tendencialmente, o diálogo pais-bebê está correndo o risco de interromper-se. Como será esse vivido, não o sabemos, mas podemos fazer um cálculo futuro, sem que isso signifique previsão (KUPFER; VOLTOLINI, 2008, p. 96-97).

Se a psicanálise já possui subsídios para pensar de que forma cada sujeito constrói a versão de sua história na clínica, a proposta que ora se apresenta busca um diálogo profícuo com a área da saúde pública, que está mais voltada para o que há de geral na estrutura do que na versão de cada sujeito. Preservadas as especificidades de cada área, é possível articular questões que levem alguns psicanalistas a se interrogar acerca de suas contribuições para a área da saúde pública, sem perder de vista o valor do que não está previsto no desenvolvimento, daquilo que não é geral e universalizante, do que não possui efeitos pré-determinados. Voltemo-nos, então, para a importância dos aspectos afetivos em torno do qual se articula a interação mãe/pai-bebê, primórdios da inscrição de um sujeito na linguagem, na cultura da qual faz parte.

1.3 Em que a Psicanálise pode contribuir?

Como foi visto, a psicanálise surgiu a partir do trabalho clínico de Freud. Mas não se restringiu a este campo, posto que seu fundador dedicou boa parte de sua obra aos problemas culturais de seu tempo. Maurano (2003) apresenta questões importantes no âmbito da clínica freudiana e de sua extensão ao campo social, apontando que o pensamento psicanalítico esteve desde sempre comprometido com os dispositivos criados pela cultura⁵.

A autora nos traz a importância de compreender a inserção do pensamento psicanalítico na cultura. Sua visão de ser humano, de sujeito cindido, não passaria incólume pelos rigorosos critérios do discurso científico. Se num primeiro momento, Freud buscou elaborar sua teoria nos moldes de uma ciência positivista, considerando sua formação médica, posteriormente o que se tem é a criação de um modo de pensamento muito particular, capaz de provocar instigantes debates com a ciência.

Pereira e Laznik (2008) retomam o debate da relação da psicanálise com a ciência, resgatando trechos em que Freud demarca sua posição epistemológica e metodológica. Nos dois verbetes escritos para a enciclopédia, Freud apresenta a psicanálise como sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias, de tal forma que seus postulados são sempre provisórios. Diz-se de um sujeito que ao mesmo tempo em que se deixa traduzir, resiste à tradução integral. Nesse ponto é possível lançar algumas questões que se impõem aos desafios clínicos atuais: se por um lado a clínica médica exige um estatuto de sujeito totalmente traduzido/ traduzível, por outro a clínica psicanalítica aponta para um sujeito que resiste à tradução integral. Logo, considerando uma pesquisa em que a psicanálise dialoga com o campo da medicina, é possível ter critérios externos (à psicanálise) para avaliar se seus objetivos foram alcançados? Ou, por outro lado, é possível manter os critérios internos à psicanálise?

A princípio, pode-se afirmar que fazer a psicanálise dialogar com a medicina não implica adotar um ideal médico-higienista de fazer pesquisa. Uma pesquisa fundamentada na teoria psicanalítica não está implicada com um projeto que visa à remissão dos sintomas de um sujeito ou de uma população, a prevenção de futuras

⁵ Tal como anuncia a nota do editor inglês de *O futuro de uma ilusão*, os problemas culturais haviam fascinado Freud desde jovem, passando a constituir seu interesse principal pelo resto da vida. Tendo sido inaugurado em 1913 com *Totem e tabu*, foi a partir da década de 1920 que tais interesses ganharam um estatuto central nas suas obras, com *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), *O ego e o id* (1923), *O futuro de uma ilusão* (1927), *O mal-estar na civilização* (1930), culminando com *Moisés e o monoteísmo* em 1933.

psicopatologias... Mas aponta, sim, para a detecção precoce, para a possibilidade de intervir antes que alguma patologia grave se cronifique, para a possibilidade de mudança de posição subjetiva. Eis alguns pontos que indicam as contribuições da psicanálise que podem provocar debates com o campo da saúde pública.

Maurano (2003) lembra que a psicanálise não trata a doença, mas o sujeito que faz de sua “doença” um sintoma que pode vir a se tornar analítico. E o que seria um sintoma analítico? Seria aquele que, tomado pelo sujeito, tornar-se-ia fonte de questionamento de si mesmo. É preciso que o sujeito se interrogue, isso faz com que o sintoma seja analisável. Aqui, um sintoma, seja ele qual for, não seria encarado como um defeito ou degeneração, mas como uma via de expressão do sujeito. Assim, é preciso que o sujeito caminhe um pouco além da queixa, é preciso que haja questionamento, desejo, demanda. Para além do pedido de análise, é preciso que compareça o desejo de análise, expressão de uma implicação subjetiva.

Tal como Freud (1905) já apontara no caso Dora, é preciso que o paciente perceba sua participação naquilo de que se queixa. “Qual a sua parte nesta desordem da qual você se queixa?”: eis a questão de entrada em análise de qualquer sujeito, de sua implicação. Para Maurano (2003), esta seria a primeira grande lição da clínica psicanalítica, aquela que implica o sujeito na sua queixa, que busca tornar a demanda neurótica em uma demanda analítica.

Este trabalho, uma vez fundamentado no pensamento freudiano, aponta para indícios de sujeito, cuja condição sintomática é apenas efeito de um sujeito que está em constituição, que tem desejos, sonhos, fantasias... E que está implicado de alguma maneira nos laços estabelecidos com a mãe, o pai e todo o tecido social. Não se trata de remissão dos sintomas, nem de uma visão de equilíbrio saúde-doença e nem de busca por diagnósticos. A grande contribuição da psicanálise, aqui, está em investigar possíveis mudanças de posição subjetiva, na medida em que aponta para aquilo que não se aquieta, para aquilo que insiste, subsiste. “Se isso implica um certo desassossego, uma certa falta de asseguramento, uma certa confrontação com o risco das mudanças, esse é o preço a ser pago pelo que está vivo” (MAURANO, 2003, p. 23).

1.4 Pesquisa “Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise”

Considerando que são inúmeros os desafios apontados por profissionais envolvidos diretamente no tratamento de psicopatologias infantis, a pesquisa “Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise” (Projeto Temático da FAPESP no. 03/09687-7) foi desenvolvida no período de 2004 a 2008 a fim de validar a leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos, construídos a partir do referencial teórico da psicanálise. Um grupo nacional, sob coordenação geral da Profa. Maria Cristina Machado Kupfer⁶, foi estabelecido para o desenvolvimento desta pesquisa.

As atividades referentes ao Projeto Temático dividiram-se em dois sub-projetos: 1) a pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI; e 2) a verificação dos efeitos do tratamento psicanalítico institucional sobre o aumento da circulação social de crianças e de adolescentes psicóticos, utilizando para isso indicadores clínicos.

O primeiro sub-projeto foi desenvolvido utilizando um desenho de corte transversal numa amostra de crianças atendidas na clínica pediátrica nas unidades e/ou nos centros de saúde públicos de nove capitais brasileiras: Belém, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo. Tais centros foram escolhidos a fim de garantir uma boa representatividade dos centros urbanos de diferentes regiões do país.

A amostra foi composta por crianças nas faixas etárias de 0 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 a 18 meses, randomicamente selecionadas entre aquelas que procuraram os serviços de saúde. Nesses primeiros 18 meses de idade, essas crianças foram examinadas por pediatras treinados em quatro períodos que, durante os exames, identificaram os indicadores clínicos – IRDI. Aos 3 anos de idade, as crianças foram examinadas por psicanalistas convidados para identificação de problemas de desenvolvimento e de risco psíquico, por meio da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos – AP3.

⁶ O GNP (Grupo Nacional de Pesquisa) é a denominação do grupo de *experts* reunido pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, do IPUSP, 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 da M. Eugênia Pesaro, coordenação científica do Dr. Alfredo Jerusalinsky e coordenação científica nacional da Profa. Dra. Maria Cristina Kupfer.

A pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil partiu da concepção psicanalítica de desenvolvimento psíquico da criança, considerando que os fundamentos da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes da interação entre bases orgânicas e relações afetivo-simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes⁷.

Falhas nesse processo de constituição da subjetividade podem ocasionar transtornos psíquicos do desenvolvimento. Foi no intuito de detectar precocemente os sinais desses possíveis transtornos e de tentar preveni-los que os indicadores foram elaborados, assim como aperfeiçoar a atuação de profissionais de saúde da atenção básica (especialmente pediatras) como agentes dessa detecção de sinais precoces de risco para o desenvolvimento infantil. Considera-se, assim, que tais indicadores podem servir como um instrumento para uso diagnóstico-epidemiológico e, sobretudo terapêutico, associado a um plano de prevenção de distúrbios na infância.

A pesquisa com indicadores clínicos não é nova e seu uso já está consagrado na área da saúde, como indicam os estudos de Brunelle e Saucier (1999) e Almeida Filho (1989). A importância profilática do uso de indicadores clínicos em pesquisas que abordam o desenvolvimento infantil reside na capacidade de antecipar a ocorrência de problemas no momento em que ainda não se cronificaram. Mais do que prever/predizer, a proposta subjacente ao uso dos indicadores trata de apostas no sujeito – e aqui se entende este sujeito como o sujeito da psicanálise, aquele que é efeito de suas manifestações inconscientes, tal como propõe a teoria freudiana –; em suas mudanças de posição (subjetiva), em suas formas de responder aos seus sintomas, em suas maneiras de se relacionar com o outro e de se posicionar no mundo. Esta é a perspectiva assumida por alguns pesquisadores que se voltam para o estudo do desenvolvimento humano e atualmente reiterada neste trabalho.

No final do Projeto Temático em 2008, 287 crianças apresentaram 2 ou mais indicadores ausentes (consideradas *caso*) 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

⁷ Sobre o delineamento da pesquisa e apresentação dos resultados, ver KUPFER et al. (2010); KUPFER et al. (2009); LERNER; KUPFER (2008); VÁRIOS (2003).

(30%) foram sorteadas; destas, 122 (perda de 7,5%) completaram o estudo (Cf. VÁRIOS, 2008).

Logo, 280 crianças foram acompanhadas aos três anos, sendo submetidas à avaliação psiquiátrica (realizada por meio do Exame do Estado Mental da Criança (Infant and Toddler Mental Status Exam – ITMSE, elaborado por Anne L. Benham) e à Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3), instrumento elaborado pelo grupo de pesquisadores responsáveis pela condução do Projeto Temático que pode ser útil na avaliação de crianças por psicólogos de orientação psicanalítica em instituições públicas, de modo a permitir encaminhamentos mais precisos. Ela foi construída para permitir a validação do IRDI e adquiriu importância fundamental como instrumento de avaliação diagnóstica – uma vez que permite uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança.

Os objetivos principais do referido Projeto Temático foram os de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na infância e 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. Os resultados apontaram a capacidade dos IRDI's para predizer problemas de desenvolvimento e destacaram ainda 15 indicadores com capacidade de predizer risco psíquico para a constituição subjetiva (Cf. LERNER; KUPFER, 2008; KUPFER et al., 2009; KUPFER et al., 2010)⁸.

Tais indicadores – que ao todo compunham 31 questões – foram erigidos a partir de eixos teóricos extraídos da teoria psicanalítica, que são: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância entre presença e ausência e instalação da função paterna, todos indicativos da instalação do sujeito psíquico⁹.

Considerando que a pesquisa não se esgotou em 2008, mas adquiriu contornos e possibilidades diversas a partir de um amplo banco de dados e de vasta produção bibliográfica (incluindo iniciações científicas, dissertações, teses, livros, trabalhos publicados e apresentações em eventos), a proposta inscrita no presente trabalho de mestrado se assenta nos seguintes objetivos:

⁸ Para os fins da pesquisa, considerou-se que problemas de desenvolvimento sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança sem questionar a instalação do sujeito psíquico. Risco psíquico, por sua vez, seria uma categoria que compreende as dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva, apontando problemas mais estruturais, um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento (Cf. KUPFER et al., 2009).

⁹ Para uma investigação mais ampla sobre os fundamentos teóricos de cada indicador, Cf. Pesaro (2010).

a) Objetivo geral:

– Constituir um estudo exploratório que sirva de base para um futuro estudo de sensibilidade do IRDI e da AP3 para qualidade de vida e condição sintomática em idades posteriores.

b) Objetivos específicos:

– Verificar em que medida resultados referentes a condições psíquicas e de desenvolvimento obtidos com a aplicação do IRDI, ao longo de dezoito meses iniciais, e da AP3, aos três anos, correlacionam-se com resultados referentes à qualidade de vida e à condição sintomática da criança aos seis anos, sendo os primeiros obtidos com Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQUEI e Child Health Questionnaire (CHQ) e os segundos com Child Behavioral Checklist – CBCL, descritos logo abaixo. Para responder a tal pergunta de pesquisa, utilizou-se um método estatístico;

– Verificar em que medida aspectos singulares de quatro casos avaliados apresentam manifestações de tendência, considerando riscos psíquicos, problemas de desenvolvimento, qualidade de vida e condição sintomática. Para responder a tal pergunta de pesquisa, utilizou-se um método de discussão de caso;

– Contribuir para estudos acerca da detecção precoce de sofrimento psíquico quando este apontar risco de instalação e/ou de agravamento de psicopatologias na infância; tais estudos mostram-se fundamentais para que se busquem possibilidades de intervenção antes que alguma patologia grave se cronifique.

Desse modo, esta dissertação de mestrado constitui-se como um desdobramento do Projeto Temático, compondo mais uma etapa da pesquisa.

Definido como estudo exploratório, este trabalho não pretende esgotar as questões abordadas. Por ora, são temas propícios ao debate, não conclusivos.

Este debate parte de uma perspectiva psicanalítica sobre a qual se sustenta teoricamente a pesquisa, mas não se restringe a ela. Considerando que a psicanálise não se reduz ao contexto clínico e há tempos é tema de discussão no contexto acadêmico, tentaremos aqui sustentar uma proposta de pesquisa que articula concepções distintas que podem ser aproximadas entre si – a psicanálise, a medicina e a saúde pública especificamente.

Não se pretende tomar em consideração as propostas de um determinado campo em detrimento de outro, posto que cada um carrega em seus princípios suas próprias

limitações. A proposta que ora se inscreve é a de articular pontos de interlocução sem perder de vista as especificidades epistemológicas, semiológicas e interventivas de cada um.

Ao tentar correlacionar de alguma forma resultados obtidos com instrumentos baseados na perspectiva psicanalítica e outros instrumentos que provêm em sua maior parte de uma perspectiva médica não estamos incorrendo em improcedência metodológica, mas simplesmente tentando ampliar o debate entre áreas de saber distintas, mostrando em que medida se aproximam e em quais aspectos se diferenciam.

Se retomarmos a proposta de Lerner (2008), que define como método de pesquisa a coerência do encadeamento decorrente da articulação entre o objeto em estudo, a pergunta de pesquisa e as formas de respondê-la, então temos delineado o percurso deste trabalho.

Utilizamos um método estatístico para responder à pergunta que interroga sobre a sensibilidade dos instrumentos IRDI e AP3 para qualidade de vida e para condição sintomática; e, também, utilizamos um método de discussão de caso para responder à pergunta que interroga sobre a singularidade de casos específicos.

Tal proposta só tem sentido e coerência metodológica quando articulamos pontos teóricos e investigativos de áreas distintas do saber, daí então apropriarmos-nos de instrumentos que têm sido amplamente utilizados como referência na literatura nacional e internacional na área da saúde, e que já passaram por validação para aplicação na população brasileira, qual sejam: o AUQUEI, o CHQ e o CBCL.

Embora tais instrumentos não estejam afinados teoricamente ao IRDI e à AP3, nos beneficiamos da possibilidade de correlacioná-los com a finalidade de responder a nossa pergunta de pesquisa. Para isso, sustentamos o debate na proposta de Hanns (2000), que argumenta ser válido aos psicanalistas entrarem no debate científico, sob o risco de terem seu campo de estudos marginalizado, testando suas hipóteses em amostras suficientemente grandes. E como alcançar tal objetivo? Para o autor, é possível inserir-se no debate ao admitir que o conhecimento advindo de um método estatístico, p. ex., propicia aos psicanalistas uma noção das manifestações de tendência em uma dada população.

Eis, aqui, a articulação-chave inscrita neste trabalho: buscamos, de um lado, nos beneficiar de tais manifestações de tendência, caras ao contexto de pesquisa exigido no âmbito acadêmico; e, por outro, ressaltar o sentido que manifestações amostrais

observadas podem assumir em casos específicos, proposta cara à psicanálise, posto que sua intervenção acontece na singularidade do caso.

1.5 Qualidade de vida: definição e considerações

Até hoje, inúmeros instrumentos são utilizados com a finalidade de investigar a qualidade de vida, noção de difícil conceituação e mensuração, posto que é relativa às experiências subjetivas, que por sua vez é dependente de um contexto histórico e cultural específico. Neste estudo, partimos da definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera qualidade de vida:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Pode-se afirmar que o que se considera manifestação de qualidade de vida é tão diversificado como as formas de avaliação, não existindo consenso. Na literatura, notam-se inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas, especialmente pelo caráter subjetivo da expressão do conceito e, ainda, pelos inúmeros fatores que interferem na sua construção.

Em revisão de literatura sobre qualidade de vida em crianças e adolescentes com distrofia muscular de Duchenne (DMD) no Brasil, Melo, Valdés e Pinto (2005) detectaram dois instrumentos disponíveis para avaliação de qualidade de vida em crianças brasileiras: o Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé – AUQUEI e o Child Health Questionnaire – CHQ, ambos já traduzidos para o português e adaptados para aplicação na população brasileira.

Para avaliar a qualidade de vida subjetiva da criança são necessários uma metodologia e um instrumento adaptado, que leve em conta a especificidade do contexto pediátrico e o momento de desenvolvimento da criança. Com esta proposta, Manificat e Dazord (1997) desenvolveram um questionário genérico de auto-avaliação de qualidade de vida, o Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé (AUQUEI).

Com o intuito de avaliar a sensação de bem-estar ou a satisfação das crianças em relação a alguns aspectos da vida sem partir de inferências realizadas sobre o seu desempenho e produtividade, Manificat e Dazord (1997) realizaram um estudo em Lyon (França) com 95 crianças, das quais 60% não apresentavam problemas de saúde, 26% eram crianças que haviam passado por transplante renal e 14% soropositivas para HIV, com idades entre 4 e 12 anos. O estudo apresentou propriedades psicométricas satisfatórias.

No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por Assumpção Jr et al. (2000) junto a 353 crianças saudáveis, com idades entre 4 e 12 anos, pertencentes a uma escola privada da zona sul de São Paulo, atestando suas propriedades psicométricas e obtendo uma nota de corte de 48, abaixo da qual a qualidade de vida das crianças estudadas foi considerada prejudicada. A escolha por esta população justifica-se pela finalidade de estabelecer um padrão de qualidade de vida que torna possível a comparação entre pacientes atingidos por alguma doença e indivíduos com boa saúde. Para tal finalidade, a definição de qualidade de vida adotada pelos autores refere-se ao bem-estar referente ao grau de satisfação em vários domínios de suas vidas que coaduna-se, dessa maneira, à definição acima citada da Organização Mundial de Saúde.

A versão avaliada mostrou-se satisfatória em termos de validade interna, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,71 ($var = 20,5797$ e $cov = 44.2497788$). Esse resultado indica que o instrumento apresenta características satisfatórias quanto à confiabilidade.

Comprovada sua validade, este instrumento tem sido amplamente utilizado na literatura nacional e internacional em estudos que abordam a qualidade de vida na infância.

Em 2003, Kuczynski et al. fizeram uma avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de leucemia linfócita aguda (LLA) e artrite reumatóide juvenil (ARJ) aplicando o AUQUEI, entre outros instrumentos, em 28 portadores de LLA, 28 portadores de ARJ e 28 escolares sãos, com idade entre 4 e 13 anos. Os autores encontraram ligeiras diferenças quanto à pontuação entre os grupos. Houve pior desempenho dos portadores de LLA e ARJ em relação aos sãos no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos adaptativos. Segundo os autores:

estes pacientes denotaram capacidade surpreendente de obter recursos para usufruir com plenitude suas vidas. Todos os pacientes entrevistados demonstraram ajuizar uma distinção clara entre os vários estados mencionados na aplicação do AUQUEI, e obtiveram pontuação total

compatível com os controles sadios e com os dados obtidos quando da validação do AUQUEI em nosso meio (KUCZYNSKI, 2003, p. 550).

Em estudo mais recente, Elias e Assumpção Jr. (2006) utilizaram o AUQUEI para avaliar a qualidade de vida de 20 meninos entre 4 e 12 anos diagnosticados com transtornos invasivos do desenvolvimento comparativamente com 20 crianças normais pareadas quanto ao sexo e à idade. O objetivo deste estudo foi avaliar o índice de qualidade de vida de crianças autistas e verificar se suas percepções diferem ou não das percepções de crianças normais, de mesma idade, sexo e grupo social. Como conclusão, verificou-se que as crianças autistas, em sua percepção pessoal, apresentam índices de qualidade de vida iguais aos de crianças normais.

Este ano, Bastos e Santos (2010) realizaram um estudo com AUQUEI em um município de Sergipe junto a 184 escolares de ambos os sexos, entre 11 e 15 anos de idade, com o objetivo de identificar os níveis de qualidade de vida em relação ao estilo de vida. Após tratar os dados mediante estatística descritiva, análise fatorial e Kruskal-Wallis, seus resultados indicaram que não há diferença estatisticamente significativa nos níveis de qualidade de vida de grupos que possuem estilos de vida diferentes. Não se encontraram diferenças significativas entre os que praticavam ou não atividade física, ou seja, não houve diferença para um melhor nível de qualidade de vida entre os pesquisados.

Assumpção Jr et al. (2000) partiram da premissa de que para validar um instrumento que se propõe a investigar o estado subjetivo da satisfação atual seria necessário estudar uma amostra de crianças saudáveis, sem problemas graves detectados, visando assim a constituição de um padrão de referência que pudesse ser utilizado futuramente em comparação com outros grupos populacionais – aqueles afetados por graves doenças crônicas, p. ex.

Assim, a noção de qualidade de vida é, nesse caso, mais uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, tendo como fator central a sensação subjetiva de bem-estar, que é investigada indiretamente por meio de questões dirigidas à criança, e não inferidas a partir de seu desempenho e/ou de sua produtividade.

A partir do trabalho realizado por Assumpção Jr et al. (2000), pode-se inferir que o sujeito em desenvolvimento é capaz de se expressar quanto a sua subjetividade, isto é, falar de si em primeira pessoa a partir do lugar mesmo em que ocupa em seu cenário familiar.

O AUQUEI apresenta 26 questões ou domínios que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação.

Operacionalmente, consiste em uma auto-avaliação feita pela criança com o suporte de quatro imagens, que expressam diferentes estados emocionais, associados a diversos domínios da vida. Inicialmente, solicita-se à criança que ela apresente uma experiência própria vivida frente a cada uma das alternativas reportadas pelas quatro imagens. Uma vez identificados os estados emocionais correspondentes, passa-se à leitura das questões, pedindo que ela assinale, sem tempo definido, a resposta que mais corresponde ao domínio proposto. Os escores podem variar de 0 a 3 correspondentes, respectivamente, a muito infeliz, infeliz, feliz, muito feliz, e a escala possibilita a obtenção de um escore único, resultante da somatória dos escores atribuídos aos itens.

Segundo Assumpção Júnior et al. (2000, p. 121), “isso permite que a criança compreenda as situações e apresente sua própria experiência. A escala permite, assim, obter um perfil de satisfação da criança diante de diferentes situações”.

Para as finalidades deste estudo, tem-se que a noção de qualidade de vida obtida com o AUQUEI é um indicador de saúde que permite mostrar o que a criança é capaz de elaborar sobre diferentes aspectos de sua vida, trazendo experiências próprias e se posicionando diante das questões que lhe são propostas.

A consideração da expressão da qualidade de vida não se esgota aqui e, por isso, outro instrumento foi utilizado, o Child Health Questionnaire – CHQ-PF50 em sua versão destinada aos pais (Parent Form).

Trata-se de um questionário desenvolvido para crianças com ou sem patologias crônicas. Foi elaborado e padronizado para uso na *General Social Survey* (GSS), uma pesquisa representativa sobre saúde da população, conduzida nos Estados Unidos, entre 1994 e 1995. Os resultados obtidos têm sido tomados como base em discussões sobre avaliação de saúde e de qualidade de vida em crianças.

Brasil, Ferriani e Machado (2003) observaram que na última década grande ênfase tem sido dada para incorporar os valores e a percepção do paciente sobre o seu estado de saúde, o que corrobora a definição da Organização Mundial de Saúde e provoca um aumento no número de instrumentos utilizados para tal finalidade. Alertam, entretanto, para uma distinção existente na literatura entre as definições de “qualidade de vida”, conceito subjetivo e multidimensional que inclui a capacidade funcional e a interação social da criança e de sua família, e a noção de “qualidade de vida relacionada ao estado de saúde”, que inclui a avaliação dos sintomas físicos, a capacidade funcional e o

impacto psicossocial da doença sobre a criança e a família. Nota-se atualmente um crescimento do número de instrumentos que visam a avaliar tais definições, assim como sua necessidade de adequação para aplicação aos pais e às crianças.

Podemos considerar que, para a finalidade deste estudo, o AUQUEI nos aproxima da definição de “qualidade de vida” do ponto de vista da criança, enquanto o CHQ nos possibilita ter uma noção da “qualidade de vida relacionada ao estado de saúde” do ponto de vista dos pais. Logo, justifica-se a escolha pela utilização destes instrumentos ao nos permitirem perspectivas distintas sobre a qualidade de vida da criança, além de sua ampla utilização na literatura sobre o tema e sua validação para aplicação no Brasil.

Além disso, por ser uma noção de difícil definição e mensuração, assim como expressão de valorização momentânea de diferentes dimensões da vida, tem-se que a noção de qualidade de vida pode acarretar limitações quando investigada somente a partir da perspectiva da criança ou de seus pais. Melo, Valdés e Pinto (2005) lembram que crianças e pais não necessariamente dividem pontos de vista semelhantes sobre o impacto da enfermidade. Para os autores, algumas limitações funcionais são superdimensionadas pelos familiares, especialmente aqueles mais próximos da criança, de modo a subestimar sua qualidade de vida, no entanto, é válido considerar seu ponto de vista.

Ao adotarmos a perspectiva dos pais com o uso do CHQ, consideramos que a avaliação da qualidade de vida em crianças inclui a estimativa de suas capacidades funcional e de interação psicossocial,

aspectos que são melhor caracterizados pela família, especialmente na avaliação de alterações físicas e de seu impacto psicossocial da criança doente. Desta forma, a família deve estar inserida na avaliação da qualidade de vida da criança como foco nos aspectos funcionais e psicossociais (MELO; VALDÉS; PINTO, 2005, p. 32).

Logo, o CHQ é um instrumento de avaliação destinado a mensurar dois componentes fundamentais da saúde da criança: o bem-estar físico e o bem-estar psicossocial. É aplicável em crianças a partir de 5 anos de idade, possui 15 conceitos em saúde, cada um com pontuação de 0-100. Maior pontuação indica melhor estado de saúde, de grau de satisfação e de bem-estar, resultando em dois índices sumários, o físico (PhS) e o psicossocial (PsS).

O CHQ já foi traduzido e validado em mais de 30 países por meio de uma pesquisa de adaptação transcultural, que se mostrou válida na obtenção de instrumentos

confiáveis e sensíveis às variações sócio-demográfica e sócio-econômica de cada país participante da pesquisa (RUPERTO et al., 2001).

Sua tradução para o português e validação para população brasileira foi realizada por Machado et al. (2001) em estudo realizado com pais de 471 crianças e adolescentes de ambos os sexos entre 6 e 18 anos, dos quais 157 eram portadores de artrite reumatóide juvenil (ARJ) e 314 eram saudáveis. Como conclusão, o estudo apontou excelentes propriedades psicométricas do instrumento, assim como sua confiabilidade e validade para a avaliação dos índices físico e psicossocial de crianças com ARJ. Na época, os autores concluíram o estudo consolidando-o como um ponto de partida em direção a futuros estudos relacionados à saúde funcional e ao bem-estar de crianças portadoras de outras doenças reumáticas pediátricas. Quase dez anos depois, o CHQ tem sido utilizado para avaliar diversas doenças crônicas pediátricas.

Brasil, Ferriani e Machado (2003) estudaram o impacto da artrite crônica na qualidade de vida relacionada ao estado de saúde por meio de dois instrumentos auto-aplicáveis: a versão destinada aos pais do Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ), para medir o índice de capacidade funcional, e do Child Health Questionnaire (CHQ-PF50), para medir os índices de capacidade física e psicossocial. Os questionários foram respondidos por 36 pais de crianças com artrite idiopática juvenil registradas no ambulatório de reumatologia pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Como conclusão, as autoras constataram que a medida de responsividade (entendida como a medida estatística adequada para avaliar mudanças no estado de saúde ou na percepção sobre o estado de saúde, mediante intervenção terapêutica) de dois instrumentos de avaliação funcional e da qualidade de vida indicou a sua sensibilidade relativa para estimar a melhora clínica em pacientes com artrites idiopáticas juvenis, recebendo tratamento específico. Além disso, as dimensões física e psicossocial foram consideradas aplicáveis e úteis no atendimento clínico rotineiro de pacientes, de modo a poder servir à aplicação prática em futuros ensaios terapêuticos para as artrites idiopáticas juvenis.

Escobar (2005), em sua tese de livre-docência, buscou identificar as condições de saúde de crianças escolares de 5 a 9 anos de idade residentes no distrito de Saúde Escola Butantã. A amostra foi composta por 959 crianças. Verificaram-se suas condições de saúde segundo as seguintes segmentações: estudar em escola pública ou privada, grau de escolaridade dos pais, renda familiar per capita e etnia das famílias. As crianças apresentaram condições de saúde consideradas satisfatórias. Porém, a análise das

segmentações indicou que as crianças que estudam em escolas públicas, cujos pais cursaram ensino médio incompleto, cujas famílias apontaram rendimento mensal familiar menor que 1 salário mínimo per capita apresentaram piores condições de saúde. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às condições de saúde quando se compararam as etnias a que pertenciam as crianças. Para melhorar as condições de saúde da população estudada, ações de caráter intersetorial, envolvendo principalmente o aprimoramento educacional, são fundamentais.

Morales et al. (2007) avaliaram as propriedades psicométricas da versão brasileira do CHQ-PF50 junto aos pais de 96 pacientes com paralisia cerebral. A amostra foi composta por pais de crianças e de adolescentes de ambos os sexos, com idade variada entre 5 e 18 anos, que foram convidados a participar de um estudo de corte transversal em uma unidade de reabilitação pediátrica localizada em Uberlândia (MG). O estudo apontou propriedades psicométricas adequadas da versão brasileira do CHQ-PF50 para aplicação em pacientes com paralisia cerebral.

Em estudo mais recente, no entanto, McCullough et al. (2009) apontaram resultados diferentes para crianças europeias com paralisia cerebral. Com o objetivo de avaliar o desempenho psicométrico do CHQ, os autores buscaram 818 pais de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral, com idade entre 8 e 12 anos, de nove regiões da Europa. A confiabilidade do instrumento se mostrou satisfatória, porém, depois de realizada análise fatorial, foi constatado que o CHQ tem aplicabilidade limitada em crianças com paralisia cerebral, podendo fornecer dados úteis e comparáveis sobre o estado de saúde da criança para fins descritivos.

Silva et al. (2009) investigaram o impacto da rinite alérgica na qualidade de vida relacionada ao estado de saúde de crianças e de adolescentes. A amostra foi composta por pais de 23 crianças e adolescentes com diagnóstico de rinite alérgica e o grupo controle, por pais de 69 crianças e adolescentes saudáveis, de ambos os sexos e com idade variada entre 5 e 14 anos. Os autores apontaram algumas limitações do estudo, entre elas a dificuldade de isolar a rinite alérgica como variável de investigação, uma vez que geralmente vem acompanhada de outras alergias, especialmente asma. Como conclusão, o estudo indicou que a rinite alérgica provoca um impacto global negativo sobre a qualidade de vida de crianças e de adolescentes, alterando principalmente sua condição física segundo a percepção dos pais e, também, afeta negativamente o grupo familiar.

Speyer et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o nível de concordância entre o relato de crianças e de adolescentes com câncer e de seus pais quanto à qualidade de vida relacionada ao estado de saúde da criança em dois momentos distintos: durante a estadia no hospital e durante a estadia em casa. A amostra foi composta por 28 crianças e adolescentes e seus respectivos pais, com idade entre 9 e 18 anos, hospitalizadas e tratadas no Nancy-Université, Ecole de Santé Publique, França. Foram utilizadas duas versões do Child Health Questionnaire, a destinada aos pais e a destinada às crianças. Para ambos os locais de estadia, os escores dos pais em relação à qualidade de vida foram inferiores aos de seus filhos para todos os domínios, exceto para o comportamento geral durante a estadia em casa. Escores de pais e de filhos, em todos os domínios, foram menores durante a internação do que a estadia em casa. A concordância de pai-filho foi melhor para a saúde mental, a auto-estima, a saúde geral e as atividades da família durante a internação, mas foi melhor para a função física e comportamento em geral durante a estadia em casa. Para ficar em casa, a concordância foi melhor para os domínios relacionados com a vida física da criança, mas para a internação, foi melhor para os domínios relacionados com o comportamento da criança e sua vida psicológica.

Este estudo chegou a algumas conclusões-chave caras a este trabalho:

- os pais tendem a ter uma estimativa de qualidade de vida em relação ao estado de saúde mais baixa do que seus próprios filhos;
- para pais e filhos, os índices de qualidade de vida em relação ao estado de saúde foram maiores quando a criança estava em casa do que no hospital;
- a concordância entre pais-filhos sobre qualidade de vida em relação ao estado de saúde difere de acordo com a localização da criança – em casa e no hospital;
- a concordância entre pais-filhos variou por domínios de qualidade de vida em relação ao estado de saúde dentro do mesmo local;
- poucos preditores de concordância entre pais e filhos foram identificados.

Tais conclusões corroboram estudos realizados com amostragem infantil que abordam respostas dos pais e de seus filhos sobre qualidade de vida. Danckaerts et al. (2010) estudaram a qualidade de vida de crianças diagnosticadas com déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade (TDAH), a partir do ponto de vista da criança e de seus pais – considerando a qualidade de vida como uma percepção subjetiva acerca de suas funções físicas, psicológicas e sociais. Com o objetivo de avaliar os impactos da doença e de seus sintomas na qualidade de vida de crianças, os autores realizaram entrevistas

com três questões direcionadas para as crianças e para seus pais, e detectaram que crianças com TDAH tendem a se considerar com um índice de qualidade de vida maior do que a considerada por seus pais. A conclusão a que eles chegaram é a de que o diagnóstico de TDAH compromete a qualidade de vida, especialmente quando visto a partir da perspectiva de um dos pais.

Além desse, temos o estudo de Upton, Lawford e Eiser (2008) que buscou realizar uma sistemática revisão da literatura publicada desde 1999 acerca da concordância entre pais e filhos nos relatos sobre qualidade de vida. Dezenove estudos foram identificados, incluindo quatro instrumentos diferentes. Pais de crianças de uma amostra não-clínica, ou seja, considerada saudável, tenderam a relatar maiores escores de qualidade de vida de seus filhos do que as próprias crianças, enquanto que os pais de crianças identificadas com algum problema de saúde tenderam a subestimar o índice de qualidade de vida de seus filhos, indicando níveis menores do que os relatados pelas próprias crianças. Apesar do aumento no número de estudos que avaliam a qualidade de vida da criança, os autores concluem que informações sobre as variáveis que contribuem para os níveis de concordância entre pais e filhos continuam limitadas.

Nota-se que há uma tendência na literatura em utilizar um instrumento que visa a avaliar qualidade de vida a partir do relato de crianças e de adolescentes que se encontram em faixas etárias bastante distintas – entre 4 e 12 anos, entre 5 e 18 anos, p. ex. Podemos ressaltar que a percepção de saúde e de doença e, conseqüentemente, de qualidade de vida varia de acordo com inúmeros fatores, entre eles: a capacidade cognitiva da criança relativa à sua idade; as condições de saúde, sócio-econômicas, afetivas e culturais da criança; a inserção no cenário familiar; habilidade de leitura e de compreensão da criança. Considera-se, portanto, para estudos posteriores, que são necessários instrumentos/questionários voltados para a população pediátrica específicos para cada idade e, talvez, sensíveis para a condição atual de saúde e de doença da criança.

Para as finalidades deste estudo, tem-se que a noção de qualidade de vida relacionada ao estado de saúde obtida com o CHQ nos permite ter uma estimativa dos pais acerca das capacidades funcional e de interação psicossocial de seus filhos.

1.6 Condição sintomática: definição e considerações

O Child Behavioral Checklist é um inventário de comportamento de crianças e de adolescentes elaborado por Achenbach (1991) e validado para aplicação na população brasileira por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Tal inventário foi elaborado para fornecer perfis que apontam para a situação da criança dentro de síndromes de problemas comportamentais e emocionais, não sendo válido automaticamente como diagnóstico.

Para os fins desta pesquisa, considerou-se que condição sintomática se trata de:

Um conjunto de sintomas assinalados pelos pais sobre a criança que, articulados, produzem perfis de problemas emocionais e comportamentais baseados em achados empíricos obtidos a partir da resposta ao próprio CBCL e orientados pelos critérios diagnósticos do DSM-IV.

Atualmente, é um dos instrumentos mais empregados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e em adolescentes, revelando comprovada eficiência em pesquisas e em serviços de saúde mental como rastreador de psicopatologia na população estudada.

Fontes Neto et al. (2005) utilizaram o CBCL e avaliaram a presença de sintomas emocionais e comportamentais em um grupo de crianças com dermatite atópica atendidas no Ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, comparando com outro grupo de crianças sem sintomas aparentes, composto de alunos de uma escola da rede pública de Porto Alegre (RS), submetidos à mesma avaliação. Concluiu-se que as crianças com dermatite atópica apresentam-se menos competentes socialmente do que as crianças sem a doença; apresentam mais problemas de comportamento do que as crianças sem a doença; mostram mais sintomas emocionais e comportamentais de ansiedade, de depressão, de insegurança, de teimosia e de agressividade quando comparadas com crianças sem a doença.

Santos e Silveiras (2006) utilizaram o CBCL com pais de 66 crianças de seis a dez anos com enurese primária noturna atendidas pelo Projeto Enurese do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e de 235 crianças da mesma faixa etária encaminhadas para atendimento psicológico em cinco clínicas-escola brasileiras, a fim de comparar as percepções dos pais de ambos os grupos quanto ao perfil comportamental de seus filhos. A comparação dos resultados obtidos pelas crianças do

Grupo Triagem e do Grupo Enurese mostra que as diferenças mais significativas entre ambos estão nos escores das seguintes escalas: competência social, retraimento, problemas com o contato social e problemas de atenção. As crianças do segundo grupo obtiveram escores mais altos nas escalas de competência social e mais baixos nas escalas de problemas de comportamento que o primeiro.

Gauy e Guimarães (2006) conduziram um estudo para comparar os resultados de um procedimento grupal aberto e um procedimento individual estruturado para avaliação do comportamento da criança conforme o relato materno. Participaram deste estudo 29 mães que buscavam atendimento para seus filhos em uma unidade de saúde mental infanto-juvenil. As primeiras 15 mães que procuraram o serviço foram entrevistadas individualmente conforme um roteiro estruturado desenvolvido a partir do CBCL e depois foram entrevistadas em grupo, em formato aberto. As outras 14 mães participaram da entrevista grupal aberta e em seguida participaram da entrevista individual estruturada. Os resultados das entrevistas foram comparados tomando como referência as 67 categorias comportamentais identificadas a partir do roteiro individual e quatro variáveis contextuais relatadas nos dois procedimentos. Os resultados mostram que um número substancialmente maior de comportamentos-problema foi identificado através de entrevista individual estruturada do que através de entrevista grupal aberta realizada com os mesmos informantes.

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006) fizeram um estudo comparativo entre os diagnósticos de Problemas de Saúde Mental (PSM), realizados pelos pediatras, e os prováveis PSM identificados por meio da aplicação de um questionário padronizado (CBCL). O estudo foi realizado com crianças de 5 a 11 anos atendidas em uma unidade básica de saúde (UBS) no Município de São Paulo. Para aprofundar a análise foram realizadas 11 entrevistas com os pediatras da UBS. A análise de 411 prontuários e dos 206 questionários aplicados aos pais mostra que os pediatras realizaram diagnóstico de PSM em 17,5% das crianças atendidas. Em comparação com os prováveis PSM identificados pelo CBCL, apenas 25,3% das crianças são identificadas com PSM pelos médicos. Entrevistas realizadas com pediatras evidenciaram: dificuldades na definição de PSM, carência de instrumentos para o reconhecimento dos problemas, falta de um sistema de encaminhamento e carência de apoio técnico específico.

As pesquisas mencionadas acima atestam a pertinência da utilização do CBCL para investigar o grau de sensibilidade do IRDI e da AP3 para sintomas emocionais e de comportamento.

O Child Behavioral Checklist (CBCL) é um inventário de comportamentos que faz parte do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA). Trata-se de um sistema que oferece aos profissionais da saúde mental uma ampla coleção de inventários de avaliação que são aplicáveis para pessoas de diferentes faixas etárias sob variadas situações. É amplamente utilizado e pesquisado para procedimentos de avaliação e de diagnóstico, possui mais de 5000 publicações relatando pesquisas em 50 países e seus inventários já foram traduzidos para mais de 70 línguas¹⁰.

O Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 6 e 18 anos foi inicialmente elaborado pelo psiquiatra norte-americano Thomas Achenbach no final da década de 1960 e início dos anos 1970. Diversas revisões foram feitas nos itens do inventário e a mais atual é a terceira da série¹¹.

Os inventários do ASEBA podem ser usados para avaliação inicial, para reavaliação (monitorando mudanças) e para avaliação do resultado final. Ele possui inventários para serem respondidos por pais ou por profissionais que trabalham com a criança, assim como para serem auto-preenchidos. Suas questões foram elaboradas sob medida para a idade do sujeito e para a condição sob a qual cada respondente o vê.

Para os fins desta pesquisa, optou-se pela aplicação do CBCL/ 1 ½-5 anos – embora as crianças já apresentassem 6 anos quando da realização do estudo, este inventário foi escolhido pela proximidade que seus itens apresentaram com a realidade da criança, haja vista que o CBCL/ 6-18 anos possui questões amplas e distantes da realidade dos entrevistados.

O CBCL/1 ½-5 lista 99 itens de problemas que podem ser avaliados por pais e por responsáveis. Ele também solicita que o respondente descreva quaisquer problemas adicionais, além de doenças e de deficiências, interroga sobre a maior preocupação do respondente com relação à criança e o que a criança tem de melhor. O respondente atribui a cada problema *0 se não é verdadeiro* para aquela criança, *1 se é pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro* e *2 se é muito verdadeiro ou frequentemente*

¹⁰ Cf. LABORATÓRIO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (Trad.). Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA). São Paulo, 2006. Tradução da obra: ACHENBACH, T. M. & RESCORLA, L. A. Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4th ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, Burlington, VT, 2004. Tiragem de circulação interna.

¹¹ SILVARES, E. F. M.; ROCHA, M. M.; Equipe Projeto Enurese, 2007. Versão brasileira, não publicada, do inventário "Child Behavior Checklist" 6/18, de Achenbach e Rescorla (2001). Os interessados poderão obter esse inventário com a professora Edwiges Silveiras, no seguinte endereço eletrônico: efdmsilv@usp.br.

verdadeiro. A pontuação deve ser baseada no funcionamento da criança nos últimos dois meses.

Para sua aplicação entre a população, os inventários exigem que seja realizada uma capacitação prévia com os pesquisadores¹². Depois de aplicados, eles são digitados em um programa de computador denominado *Assessment Data Manager* (ADM), o software central do ASEBA. Ele permite analisar, administrar e comparar dados de múltiplos informantes, além de coordenar os dados de diversos inventários sobre um único sujeito.

Os escores dos itens de problemas indicados pelos inventários do ASEBA podem ser apresentados em perfis, que são exibidos em gráficos, apontando a situação do sujeito dentro das síndromes de problemas comportamentais e emocionais. Cada uma das síndromes consiste em problemas que tendem a co-ocorrer em análises estatísticas com grande amostra de indivíduos que foram encaminhados para serviços de saúde mental ou que obtiveram escores muito altos dentro da população geral – até o momento, os resultados obtidos com a população norte-americana compõem a amostra normativa. Os nomes das síndromes descrevem os tipos de problemas que cada uma delas engloba. Além dos perfis das síndromes, os itens de problemas da maioria dos inventários podem ser apresentados em perfis de escalas orientadas pelo DSM-IV. Cada escala engloba itens que foram avaliados por especialistas como muito consistentes com as categorias de diagnóstico do DSM.

A partir da análise realizada com os inventários CBCL 1 ½-5, foi possível delinear três tipos de perfil:

a) o das síndromes de problemas comportamentais e emocionais, como *reações emocionais, ansiedade/depressão, queixas somáticas, isolamento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo*, como se pode observar na Figura 1. Abaixo do nome de cada síndrome está o escore total da criança para essa síndrome (a soma dos escores 1 e 2 para os problemas inclusos em cada síndrome). Abaixo do escore total está o escore T e o percentil do escore total da criança (o que permite comparar o escore total da criança com os escores obtidos pela amostra normativa).

O escore T é um escore padronizado que tem o mesmo significado para todas as escalas síndromes. Para cada escala síndrome, o escore T 70 representa o percentil 98 da amostra normativa. Escores $T \geq 70$ estão na faixa clínica. Logo, é colocado um C ao

¹² A capacitação da pesquisadora foi realizada no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob coordenação da pesquisadora Marina Monzani.

lado dos escores que estão na faixa clínica – como se pode observar no exemplo da Figura 1, em que consta o escore T 70-C para *queixas somáticas*. Os escores T, que vão de 65 (percentil 93) a 69 (percentil 97), estão na faixa limítrofe, indicando um número de problemas que causam preocupação, mas não suficientes para estar na faixa clínica (escore $T \geq 70$). Ao lado dos escores T que estão na faixa limítrofe (65-69) é colocado um B – como mostra na Figura 1 o escore T 69-B para *ansiedade/depressão* e 67-B para *isolamento*. Os escores $T \leq 64$ estão na faixa normal – são aqueles que se encontram abaixo da linha tracejada na Figura 1, como, por exemplo, o escore T 51 para *problemas de sono*; o percentil deste escore é de 54, o que significa que 54% da amostra normativa obteve escore T 51 ou inferior.

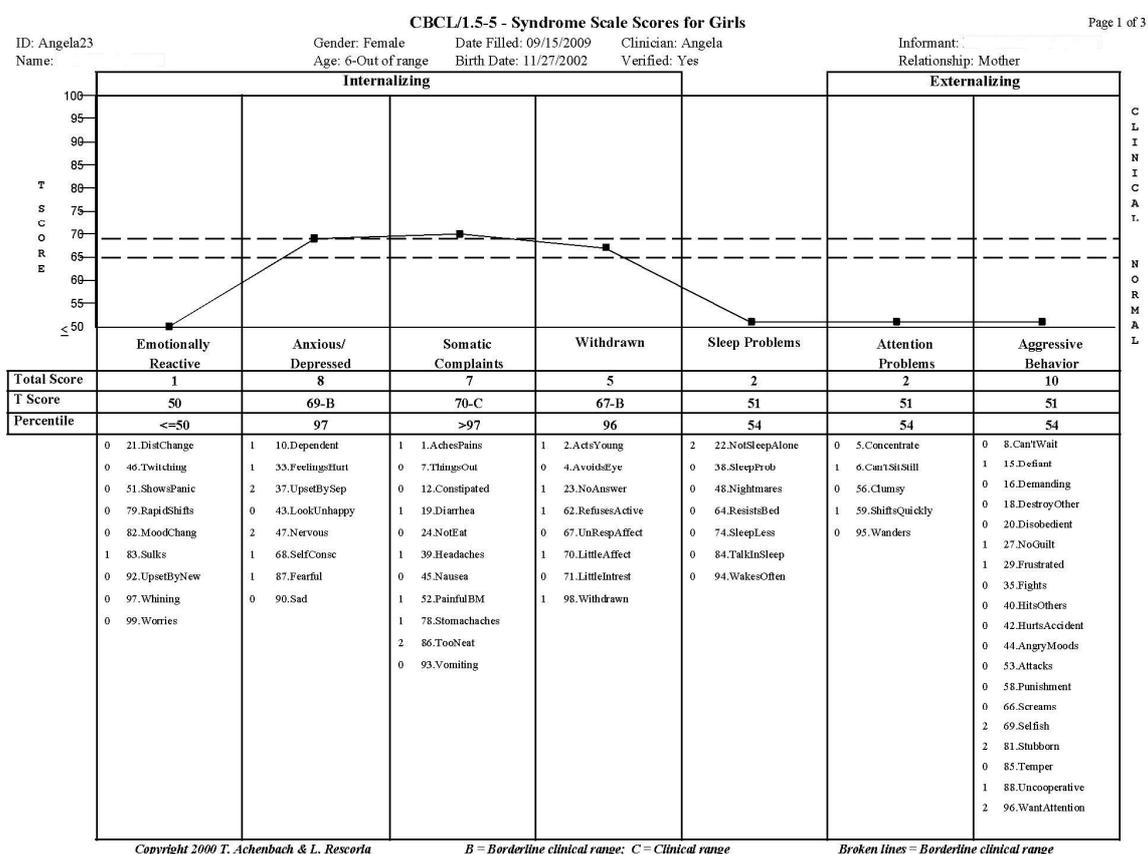


Figura 1: Perfil das síndromes de problemas comportamentais e emocionais.

b) o de problemas internalizantes, externalizantes e totais. O gráfico de barras ilustrado na Figura 2 indica os escores para estes problemas. A escala problemas internalizantes é a soma dos escores dos problemas incluídos nas síndromes *reações*

emocionais, ansiedade/depressão, queixas somáticas e isolamento. A escala problemas externalizantes é a soma dos problemas incluídos nas síndromes *problemas de atenção* e *comportamento agressivo*. A escala problemas totais, por sua vez, é a soma de todos os itens de problema do CBCL/ 1 ½-5.

O formato do gráfico e os escores apresentados são semelhantes aos do perfil das síndromes, apresentados na Figura 1. No entanto, as linhas tracejadas (faixa limítrofe) incluem os escores T de 60 a 63 para os problemas internalizantes, externalizantes e totais, ao invés de 65 a 69, como é nas escalas das síndromes. As linhas de corte mais baixas são usadas para os problemas internalizantes, externalizantes e totais porque essas escalas têm o maior número e a maior variedade de itens que cada escala síndrome, para as quais uma linha de corte mais alta foi assegurada.

À direita do gráfico apresentado na Figura 2 se pode notar uma caixa de texto com o título Other Problems (Outros Problemas). Estes são os itens do CBCL/ 1 ½-5 que não são englobados nas escalas síndromes apresentados na Figura 1. No entanto, todos os itens de Outros Problemas, somados aos itens das escalas síndromes, são utilizados para calcular o escore de Problemas Totais.

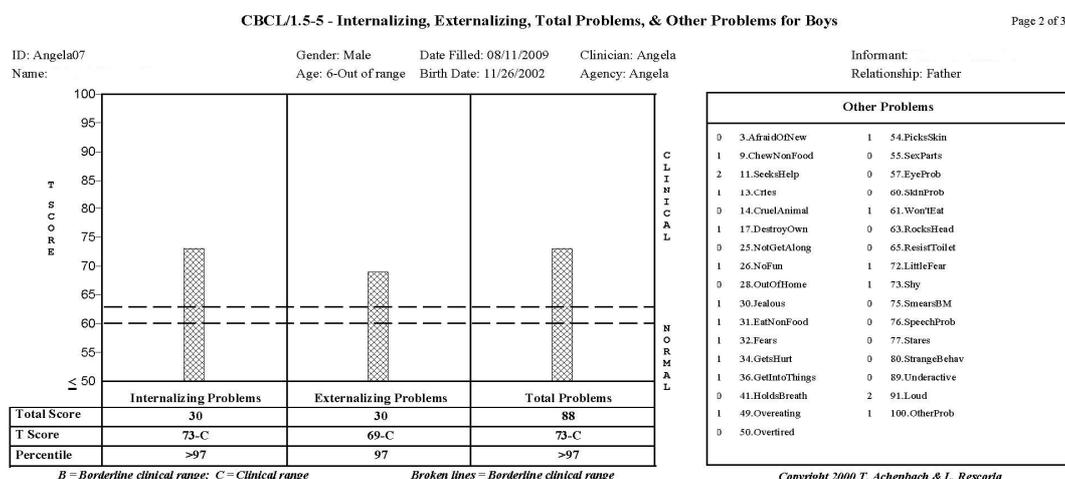


Figura 2: Perfil de problemas internalizantes, externalizantes e totais.

c) o de perfis orientados pelo DSM. A Figura 3 mostra o perfil das escalas orientadas pelo DSM elaborado a partir do CBCL/ 1 ½-5. O perfil mostra as seguintes escalas orientadas pelo DSM no mesmo formato do perfil das síndromes (como foi observado na Figura 1): *transtornos afetivos*, *transtornos de ansiedade*, *transtornos invasivos do desenvolvimento*, *déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade e transtorno opositor desafiante*. Como no perfil das síndromes, o perfil das escalas orientadas pelo DSM apresenta os escores em comparação com a amostra normativa para idade e sexo da criança. Abaixo do perfil estão marcados o Escore Total, o escore T, o percentil e os itens de cada escala. As faixas normal, limítrofe e clínica são definidas da mesma maneira que no perfil das síndromes.

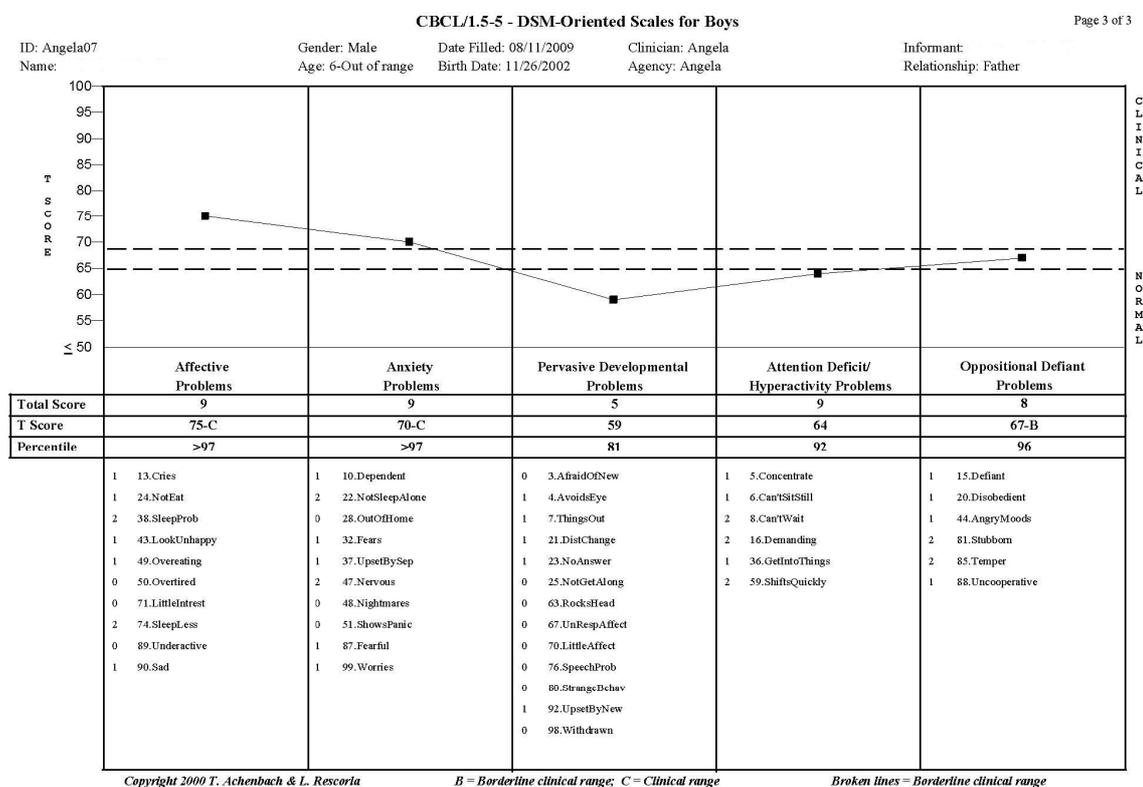


Figura 3: Perfil de síndromes orientado pelo DSM.

Após apresentar tais descrições do CBCL, deve-se considerar que os resultados obtidos com o uso destes inventários permitem chegar a algumas diretrizes básicas de avaliação. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram acima das linhas

tracejadas estão na faixa clínica e indicam clara necessidade de ajuda para melhorar as funções e habilidades comportamentais e emocionais. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram entre as linhas tracejadas estão na faixa limítrofe, o que sugere uma provável necessidade de ajuda no fortalecimento de certas habilidades e funções. Escores de funcionamento adaptativo que se encontram abaixo da linha tracejada estão na faixa normal, o que aponta para pontos fortes que devem ser considerados ao planejar qualquer tipo de intervenção sobre a criança.

II Método

2.1 Procedimento

Ao final do Projeto Temático em 2008, uma nova solicitação referente à continuidade da pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovada. Trata-se do projeto intitulado “Investigação da qualidade de vida e da condição sintomática de crianças previamente avaliadas com os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e a Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3)”, coordenada pelo Prof. Dr. Rogério Lerner (Cf. LERNER, 2007).

Os serviços de saúde participantes do Projeto Temático original também requereram que toda a tramitação de documentos fosse novamente submetida aos seus Comitês de Ética. Após ter sido aprovada em seus comitês, deu-se início então à pesquisa propriamente dita, iniciada a partir do contato com os pais e/ ou responsáveis pelas crianças.

Das 280 crianças que foram acompanhadas aos 3 anos, 114 pertenciam às instituições de saúde da cidade São Paulo, divididas da seguinte forma: 29 do HU-USP; 40 do Centro de Saúde Escola Samuel Banrsley Pessoa e 45 do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis. Todas foram contatadas por meio de telefonemas, envio de cartas ou visitas com agentes de saúde. Algumas dificuldades de contato (já esperadas pelos pesquisadores) se apresentaram, tais como: alteração de telefone e/ ou de endereço dos participantes; a explícita declaração dos pais em não ter interesse de continuar a pesquisa e, além disso, duas faltas subseqüentes a avaliações agendadas foram consideradas um motivo para não marcar uma terceira tentativa.

Uma entrevista foi marcada com cada pai e mãe ou responsável pela criança, com duração de 40 minutos a 1 hora de duração em média. Após esclarecer os objetivos e procedimentos desta etapa da pesquisa, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com a finalidade de verificar a condição sintomática e a qualidade de vida dessas crianças aos seis anos de idade, três instrumentos foram utilizados nessa entrevista: primeiramente, o Inventário dos Comportamentos de Crianças – Child Behavioral Checklist – CBCL (preenchido a partir de entrevista com os pais) e, em seguida, os dois questionários voltados para avaliação da qualidade de vida: o Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé – AUQUEI (preenchido a partir de entrevista com a própria criança) e o Child Health Questionnaire – CHQ (preenchido a partir de entrevista com os pais). Ressalte-se que,

na mesma entrevista, foram anotados relatos dos entrevistados acerca das condições de saúde e de rotina das crianças, bem como informações sobre a inserção da mesma no cenário de filiação e observações sobre algumas modalidades do brincar e formas de posicionar-se diante do outro, observadas durante a entrevista. Os instrumentos utilizados nesta etapa da pesquisa foram aplicados às cegas, isto é, sem o conhecimento prévio da pesquisadora sobre os resultados dos participantes no IRDI e na AP3.

2.2 Sujeitos

Foi possível recuperar parte (40,3%) da amostra original. Das 114 crianças, foi realizado o acompanhamento de 46, divididas da seguinte maneira entre os centros: 14 crianças do Hospital Universitário da USP, 18 crianças do Centro de Saúde Escola Samuel Banrsley Pessoa e 14 crianças do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis. De modo que podemos visualizar este resultado na Tabela 1:

Tabela 1: Crianças avaliadas com IRDI, AP3, AUQUEI, CHQ e CBCL em São Paulo.

	Crianças avaliadas com IRDI e AP3	Crianças avaliadas com AUQUEI, CHQ e CBCL	Percentual
HU-USP	29	14	48,2%
Centro de Saúde Escola Samuel Banrsley Pessoa	40	18	45%
Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis	45	14	31,1%
TOTAL	114	46	40,3%

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

2.3 Instrumentos de avaliação

– Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Criança (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQUEI) (Anexo I).

- Inventário dos Comportamentos de Crianças (Child Behavioral Checklist – CBCL) (Anexo II).
- Child Health Questionnaire (Parent Form) – CHQ-PF50 (Anexo III).

2.4 Análise estatística dos dados

Com o intuito de avaliar o grau de sensibilidade do IRDI e da AP3 para a qualidade de vida e para a condição sintomática da criança, foi realizado um estudo exploratório com os resultados obtidos ao longo do tempo: o IRDI de 0 a 18 meses; a AP3 aos 3 anos e o AUQUEI, o CHQ e o CBCL aos 6 anos.

Os dados foram analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 17.0 para Windows. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva, que consistiu em análise de tabelas de frequência, teste de Qui-quadrado e teste exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis. Em todos os testes realizados foi adotado o nível de significância de 5% – quando o valor de p for menor ou igual a 0,05 podemos concluir que a associação entre as variáveis é estatisticamente significativa.

Os escores do IRDI foram classificados em *caso* e *não caso* da seguinte forma: crianças consideradas *caso* foram aquelas que apresentaram 2 ou mais indicadores ausentes e crianças consideradas *não caso* foram as que apresentaram 1 ou nenhum indicador ausente.

Os escores da AP3 foram classificados em *problemas de desenvolvimento* e *risco psíquico*. Considerou-se que *problemas de desenvolvimento* para a criança sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança sem questionar a instalação do sujeito psíquico, caracterizados como sintomas de estrutura – por meio dos quais se constituem modos de elaboração do problema. *Risco psíquico* para a constituição do sujeito, por sua vez, seria uma categoria que compreende as dificuldades sinalizadoras de entraves no processo mesmo de constituição subjetiva, apontando problemas mais estruturais, um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento; apontam para a identificação de presença ou ausência de sintomas clínicos, aqueles que indicam riscos patológicos ou posições patológicas (Cf. JERUSALINSKY, 2008; KUPFER et al., 2009).

Os escores do AUQUEI variam de 0 a 3 e maiores escores significam melhor qualidade de vida. A escala possibilita a obtenção de um escore único, resultante da somatória dos escores atribuídos aos itens. Para efeito de discussão dos escores totais, utilizou-se a nota de corte 48, obtida e proposta por Assumpção Jr et al. (2000). Crianças que apresentaram escore abaixo de 48 foram consideradas com *baixa qualidade de vida* e crianças cujo escore foi igual ou superior a 48 foram consideradas com *alta qualidade de vida*.

Dos escores que se podem obter com o CHQ, foram utilizados os índices sumários referentes à condição física (PhS) e à condição psicossocial (PsS) da criança. Justifica-se esta escolha porque ao partirmos do relato dos pais para avaliar qualidade de vida relacionada ao estado de saúde dos filhos, devemos dar destaque aos aspectos funcionais e psicossociais, conforme sustentam Melo, Valdés e Pinto (2005) e Brasil, Ferriani e Machado (2003), como argumentamos no item 1.5.

O índice físico é composto pelos seguintes conceitos: função física (PF), comportamento físico-social (RP), percepções sobre a saúde geral (GH), dores (BP), impacto no tempo dos pais (PT) e impacto emocional nos pais (PE). O índice psicossocial é composto pelos conceitos: impacto no tempo dos pais (PT), impacto emocional nos pais (PE), comportamento social (REB), auto-estima (SE), saúde mental (MH) e comportamento (BE). Os conceitos têm variação de 1 a 5 e de 1 a 6, pontuados mediante o uso da escala de *Likert* descrito por Landgraf, Abetz e Ware (1999) e Escobar (2005)¹³. Os maiores valores correspondem a um melhor estado de saúde, com exceção dos conceitos BP, BE, SE, GH, PE e MH, que foram recodificados. Os escores de cada conceito foram transformados para escala de 0 a 100 de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Escore transformado} = \frac{(\text{Escore observado} - \text{Menor escore possível})}{\text{Range dos escores (Maior escore possível} - \text{Menor escore possível)}}$$

Fonte: Landgraf, Abetz e Ware (1999).

¹³ O manual para utilização e interpretação dos dados do CHQ foi gentilmente cedido pela Profa. Dra. Ana Maria Escobar, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Departamento de Pediatria). Cf. Landgraf, Abetz e Ware (1999), Escobar (2005).

Depois disso, foi calculado o Z-escore para cada um dos dez conceitos, utilizando como referência populacional a média e o desvio padrão da população dos Estados Unidos. O Z-escore corresponde a cada escore transformado menos a média da população norte-americana referente a cada conceito dividido pelo desvio padrão da mesma população, como na seguinte fórmula:

$$\text{Z-escore} = \frac{(\text{Escore transformado} - \text{Média (EUA)})}{\text{Desvio padrão (EUA)}}$$

Fonte: Landgraf, Abetz e Ware (1999).

Após a padronização dos resultados em Z-escores, dois índices sumários foram gerados: o índice bruto de bem-estar físico (PhS) e o índice bruto de bem-estar psicossocial (PsS), obtidos por agregação dos Z-escores ponderados pelos coeficientes dos fatores físico e psicossocial sugeridos por Landgraf, Abetz e Ware (1999), Ruperto et al. (2001) e Escobar (2005), a partir dos estudos com a população geral dos Estados Unidos e seis amostras clínicas. O Anexo IV apresenta a tabela com as médias, os desvios padrões e os coeficientes dos fatores físico e psicossocial utilizados como referência neste trabalho, que são os mesmos com que têm trabalhado pesquisadores brasileiros que se utilizam do CHQ-PF50.

Para efeitos de comparação dos resultados obtidos nesta pesquisa com outras que utilizam o instrumento CHQ-PF50, as pontuações obtidas nessa etapa para os respectivos índices sumários brutos foram convertidas, a fim de que a distribuição dos dois índices gerados tenha média 50 e desvio padrão igual a 10, como indicado a seguir:

$$\text{PhS} = (\text{PhS}_{\text{raw}} \times 10) + 50$$

$$\text{PsS} = (\text{PsS}_{\text{raw}} \times 10) + 50$$

Valores acima de 50 indicam uma situação favorável de qualidade de vida, como aponta Escobar (2005). Logo, os índices PhS e PsS obtidos foram classificados em *satisfatório* se igual ou acima de 50 e *insatisfatório* se abaixo de 50.

Alguns autores têm utilizado a mediana dos escores obtidos nesse instrumento. Entretanto, para fins de comparação de resultados entre diferentes estudos, a média tem sido a medida de escolha, razão pela qual optamos por seu uso.

Os escores do CBCL foram classificados em *normal* e *clínico*. As análises deste inventário permitem visualizar a situação da criança dentro das síndromes de problemas comportamentais e emocionais investigados pelos inventários do Child Behavioral Checklist e, também, dentro de perfis de escalas orientadas pelo DSM-IV. Seus resultados são apresentados em gráficos que situam a criança em três faixas: normal, limítrofe e clínica, para cada síndrome. Para os objetivos deste estudo, os escores que se encontravam na faixa limítrofe foram considerados na faixa *clínica*, visto que o simples fato de a criança se situar nessa faixa é um indício de preocupação e já sugere uma provável necessidade de ajuda no fortalecimento de certas habilidades e funções. Além disso, vale lembrar que o estudo como um todo tem a noção de risco para o desenvolvimento como foco; fala-se de risco como uma possibilidade de a criança vir a desenvolver alguma patologia ou de agravar uma patologia já instalada, e não em busca de diagnósticos. Trata-se, assim, de uma perspectiva que avalia o risco como um indício, uma possibilidade de desenvolvimento saudável ou não.

2.5 Notas sobre a articulação de resultados oriundos de métodos quantitativo e qualitativo

Poucas são as articulações entre o método experimental (que se utiliza de estudos quantitativos) e a psicanálise (que prioriza a singularidade de cada caso). Em estudo recente, Pesaro (2010) analisa a aplicação de métodos distintos em pesquisas, voltando-se especialmente para o lugar da psicanálise na pesquisa com os IRDI's.

Se, por um lado, podemos nos beneficiar da confiabilidade e do poder de mensuração do grau de risco decorrentes do método quantitativo, por outro podemos nos valer da singularidade dos achados de uma pesquisa qualitativa, que valoriza, sobretudo, os sentidos atribuídos pelos participantes ao tema estudado. É o que depreendemos do trabalho de Pesaro (2010) que, em tese de doutorado, afirma que na pesquisa com os indicadores clínicos é possível articular métodos distintos de fazer pesquisa, desde que preservadas as suas especificidades. A autora aposta na

possibilidade de *interação* da psicanálise com outros campos do saber e da cultura, posto que ela própria encontra nesses campos boa parte de sua constituição.

Tal possibilidade de interação já se encontra proposta desde o início da pesquisa com os indicadores clínicos (Cf. KUPFER; VOLTOLINI, 2008; LERNER; KUPFER, 2008), já que, em última instância, buscou-se realizar uma pesquisa empírica de orientação psicanalítica.

A articulação entre métodos distintos, portanto, não é nova. No entanto, quando se trata de uma pesquisa fundamentada nos suportes teóricos da psicanálise, também não é uma possibilidade tranqüila e livre de questionamentos. Ela se tornou necessária neste estudo ao tentarmos propiciar o debate entre áreas distintas, psicanálise e saúde pública.

Retomando a proposta de Pesaro (2010, p. 113):

Aproveitou-se a experiência acumulada da psicanálise para levá-la a outros campos, apontando para uma tendência que foi revelada ao se ouvir cada caso. Utilizou-se o conhecimento da estatística para afirmar que algo pode acontecer com aquele sujeito porque já aconteceu, em um nível significativo, com muitos outros, e assim pedir àquele agente de saúde que leve essa tendência em conta.

Hanns (2000) já alertara para a importância, senão a própria necessidade, da utilização de métodos científicos (lembrando que não há apenas uma estratégia de conhecimento onde se reduzem e se controlam variáveis) na produção de pesquisas de orientação psicanalítica que visam debater com outros campos de saber, sob o risco de marginalizar a psicanálise.

Para o autor, é possível testar tendências em amostras suficientemente grandes que permitem falsear ou não as hipóteses da teoria psicanalítica. Daí a importância da articulação entre os métodos quantitativo e qualitativo adotada neste trabalho.

Pode-se considerar, neste estudo, que ao utilizar métodos estatísticos em suas pesquisas, os psicanalistas se beneficiam da tendência que eles propiciam, ou seja, acontecimentos que se repetem de modo significativo em vários casos (constituindo assim uma regularidade) podem servir como parâmetro para avaliar de forma qualitativa uma população e, ainda, sugerir e orientar intervenções – posto que a intervenção, em psicanálise, acontece na singularidade.

Tal escolha coaduna-se a uma proposta metodológica já trabalhada por alguns estudiosos da área da saúde – entre eles Minayo (2008) e Gannam (2009) –, qual seja, a da articulação entre procedimentos oriundos de um método quantitativo e outro método qualitativo.

Tal articulação torna-se possível desde que não seja assumida de maneira simplista como opção pessoal do pesquisador. É o que alerta Minayo (2008, p. 63):

Ela tem que ver como o caráter do objeto específico de conhecimento aqui tratado: com o entendimento de que nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, freqüências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação.

Dessa forma, o que se pretende aqui por articulação entre resultados advindos de métodos distintos diz respeito à possibilidade de nos utilizarmos da tendência propiciada por um método quantitativo e, também, de avaliarmos como o que foi observado na amostra como um todo se atualiza em alguns casos específicos. Em outros termos, trata-se de observar como o que observamos no geral se presentifica nos sujeitos em questão, o que se repete, o que se produz de sentidos acerca da temática estudada, como cada caso se desenvolve ao longo do tempo. Eis a proposta de nos determos, após a análise estatística, sobre 4 casos de crianças pertencentes à amostra original a fim de analisar o que há de singular e em que medida aproximam-se e/ou diferem-se da tendência já apontada pelo estudo quantitativo.

Para esta etapa da pesquisa, nos detemos ao material que compõe o banco de dados da Pesquisa Multicêntrica e aos relatos obtidos em entrevista marcada recentemente com os pais, com a finalidade de observar de que forma a criança está inserida no cenário familiar, de que forma produz um discurso sobre si mesma e quais as suas formas de se posicionar diante do outro. Em outros termos, pretendemos tecer uma articulação desses relatos ao material que esta criança já possui ao longo da pesquisa, a fim de apresentar como ela vem se desenvolvendo e se constituindo ao longo do tempo a partir do instrumental escolhido para as avaliações – considerando os indicadores ausentes e/ou presentes, sua posição subjetiva (aproximativa), filiação, qualidade de vida e condição sintomática.

Logo, a análise qualitativa aqui realizada recai sobre o discurso elaborado pelos pais sobre a criança e, também, sobre o discurso da própria criança.

O material que compõe o histórico da criança desde o início da pesquisa refere-se: 1) às fichas do IRDI preenchidas de 0 a 18 meses; 2) à aplicação do roteiro da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos; 3) aos questionários sobre qualidade de vida da criança – AUQUEI e CHQ; e 4) aos resultados obtidos no CBCL.

III Resultados

Antes de partir para as associações realizadas entre as variáveis em questão neste estudo, apresentamos abaixo, na Tabela 2, uma caracterização socioeconômica e cultural das crianças investigadas, obtidas com a aplicação do CHQ-PF50.

Tabela 2: Caracterização socioeconômica e cultural das crianças.

(Continua)

Relação do entrevistado com a criança	n e %
Pai ou mãe biológica	43 (93,5%)
Outros	3 (6,5%)
Total	46 (100%)
Estado civil do entrevistado	n e %
Casado(a)	33 (71,7%)
Separado(a)	2 (4,3%)
Nunca se casou	11 (23,9%)
Total	46 (100%)
Grau de escolaridade do entrevistado	n e %
Analfabeto/ Primário incompleto	16 (34,8%)
Primário completo/ Ginásial incompleto	15 (32,6%)
Ginásial completo/ Colegial incompleto	3 (6,5%)
Colegial completo/ Superior incompleto	2 (4,3%)
Superior completo	10 (21,7%)
Total	46 (100%)
Situação de emprego do entrevistado	n e %
Não trabalho por outros motivos	2 (4,3%)
Estou procurando emprego fora de casa	3 (6,5%)
Trabalho em período integral ou meio período	27 (58,7%)
Trabalhos domésticos	14 (30,4%)
Total	46 (100%)
Renda familiar <i>per capita</i>	n e %
Até 1 salário mínimo	12 (26,1%)
> 1 salário mínimo	34 (73,9%)
Total	46 (100%)

(Continuação)
Tabela 2: Caracterização socioeconômica e cultural das crianças.

(Conclusão)

Grupo étnico da família	n e %
Caucasiano/ branco	26 (56,5%)
Afro-descendente	18 (39,1%)
Asiático/ oriental	2 (4,3%)
Total	46 (100%)
Sexo da criança	n e %
Masculino	26 (56,5%)
Feminino	20 (43,5%)
Total	46 (100%)
Grau de escolaridade concluído pela criança	n e %
Jardim da infância	20 (43,5%)
1ª série	26 (56,5%)
Total	46 (100%)

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

A pesquisa mostrou que 93,5% dos entrevistados eram o pai ou a mãe biológica da criança. Destes, 71,7% eram casados. Em relação ao grau de escolaridade, 34,8% indicaram ser analfabetos ou ter até o 4º ano do ensino fundamental incompleto e 21,7% completaram curso superior. A maioria dos entrevistados (73,9%) referiu renda mensal familiar maior que 1 salário mínimo *per capita*. Em relação à distribuição étnica referida na amostra, 56,5% consideraram-se caucasianos, 39,1% afro-descendentes e 4,3% orientais. A amostra foi composta por 46 crianças, sendo 26 (56,5%) do sexo masculino e 20 (43,5%) do sexo feminino. Do total, 20 (43,5%) crianças alegaram ter concluído o Jardim da infância e 26 (56,5%), a 1ª série do ensino fundamental.

A Tabela 3, a seguir, mostra a presença de situações mórbidas comuns na infância detectadas pelo CHQ-PF50. Pode-se observar que os pais ou responsáveis referiram que 19,6% das crianças apresentavam problemas de ansiedade, problemas de atenção e problemas de fala; 30,4% apresentavam problemas de comportamento e 8,7% alergias crônicas ou problemas de sinusite.

Tabela 3: Presença de situações mórbidas específicas na amostra estudada.

Situações específicas	Respostas (n e %)	
	Sim	Não
Problemas de ansiedade	9 (19,6%)	37 (80,4%)
Asma	2 (4,3%)	44 (95,7%)
Problemas de atenção	9 (19,6%)	37 (80,4%)
Problemas de comportamento	14 (30,4%)	32 (69,6%)
Alergias crônicas ou problemas de sinusite	4 (8,7%)	42 (91,3%)
Problemas de aprendizado	1 (2,2%)	45 (97,8%)
Problemas de fala	9 (19,6%)	37 (80,4%)
Outra condição médica crônica que afeta o que a criança faz ou como se sente	3 (6,5%)	43 (93,5%)

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

3.1 IRDI e AUQUEI

Primeiramente, verificamos a sensibilidade do IRDI para prever qualidade de vida a partir dos resultados obtidos no AUQUEI. Antes de apresentar os resultados obtidos a partir dessa associação, lembremos que das 46 crianças investigadas, 34 (73,9%) foram *não caso* e 12 (26,1%), *caso* no IRDI. Quanto aos resultados obtidos no AUQUEI, as análises indicaram que 33 (71,7%) crianças apresentaram *alta qualidade de vida* e 13 (28,3%), *baixa qualidade de vida*.

Os resultados da análise estatística apontaram que não há evidência de associação significativa entre o IRDI e a qualidade de vida relatada no AUQUEI ($p=0,717$). Das 34 crianças consideradas *não caso*, 73,5% apresentaram *alta qualidade de vida* e 26,5%, *baixa qualidade de vida*. Das 12 crianças consideradas *caso*, 66,7% apresentaram *alta qualidade de vida* e 33,3%, *baixa qualidade de vida*. Como podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4: Percentual obtido a partir da associação entre IRDI e AUQUEI.

IRDI	Alta QV	Baixa QV	Total	Nível de significância (p)
Caso	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100%)	0,717
Não caso	25 (73,5%)	9 (26,5%)	34 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

3.2 IRDI e CHQ

Posteriormente, verificamos a sensibilidade do IRDI para predizer qualidade de vida a partir dos resultados obtidos no CHQ. As análises indicaram que 28 (60,9%) crianças apresentaram escore *satisfatório* para o índice físico (PhS) e 18 (39,1%), *insatisfatório* para o mesmo fator; 27 (58,7%) crianças apresentaram escore *satisfatório* para o índice psicossocial (PsS) e 19 (41,3%), *insatisfatório* para o mesmo fator.

Das 34 crianças consideradas *não caso*, 58,8% apresentaram índice *satisfatório* e 41,2%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 67,6% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 32,4%, *insatisfatório*. Das 12 crianças consideradas *caso*, 66,7% apresentaram índice *satisfatório* e 33,3%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 33,3% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 66,7%, *insatisfatório*. Os resultados da análise estatística apontaram que o IRDI tem capacidade maior para predizer qualidade de vida relacionada ao índice psicossocial ($p=0,049$) do que para predizer qualidade de vida relacionada ao índice físico ($p=0,739$), como podemos observar na Tabela 5.

Tabela 5: Percentual obtido a partir da associação entre IRDI e CHQ.

IRDI	PhS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Caso	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100%)	0,739
Não caso	20 (58,8%)	14 (41,2%)	34 (100%)	
IRDI	PsS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Caso	4 (33,3%)	8 (66,7%)	12 (100%)	0,049
Não caso	23 (67,6%)	11 (32,4%)	34 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

A Tabela 6, a seguir, apresenta os indicadores que mais se aproximaram da associação estatisticamente significativa com o índice psicossocial do CHQ.

Tabela 6: Indicadores clínicos isolados que tiveram associação mais significativa com o índice psicossocial do CHQ.

(Continua)

Indicador		PsS		Total	Nível de significância (p)
		Satisfatório	Insatisfatório		
6. A criança começa a diferenciar o dia da noite	Presente	27 (60,0%)	18 (40,0%)	45 (100%)	0,413
	Ausente	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe	Presente	27 (60,0%)	18 (40,0%)	45 (100%)	0,413
	Ausente	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço	Presente	26 (59,1%)	18 (40,9%)	44 (100%)	1,000
	Ausente	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	Presente	25 (61,0%)	16 (39,0%)	41 (100%)	0,635
	Ausente	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100%)	
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção	Presente	25 (59,5%)	17 (40,5%)	42 (100%)	1,000
	Ausente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)	

(Continuação)

Tabela 6: Indicadores clínicos isolados que tiveram associação mais significativa com o índice psicossocial do CHQ.

(Conclusão)

15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe	Presente	27 (60,0%)	18 (40,0%)	45 (100%)	0,413
	Ausente	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	Presente	27 (62,8%)	16 (37,2%)	43 (100%)	0,064
	Ausente	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)	
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	Presente	25 (62,5%)	15 (37,5%)	40 (100%)	0,213
	Ausente	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100%)	
19. A criança possui objetos prediletos	Presente	25 (59,5%)	17 (40,5%)	42 (100%)	1,000
	Ausente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)	
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	Presente	24 (60,0%)	16 (40,0%)	40 (100%)	0,680
	Ausente	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (100%)	
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe	Presente	26 (59,1%)	18 (40,9%)	44 (100%)	1,000
	Ausente	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	Presente	25 (59,5%)	17 (40,5%)	42 (100%)	1,000
	Ausente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Destes indicadores, podemos destacar o 16 ($p=0,064$) como aquele que se mostrou mais próximo do que consideramos estatisticamente significativo. E, também, o indicador 18 ($p=0,213$), que foi um dos quatro indicados com capacidade de predição de risco psíquico estatisticamente significativo apontado pela Pesquisa Multicêntrica (Cf. LERNER; KUPFER, 2008, p. 225).

3.3 IRDI e CBCL

O passo seguinte foi verificar a associação entre o IRDI e cada problema apontado pelo CBCL. A associação foi realizada cruzando os dados do IRDI com os resultados obtidos no perfil das síndromes de problemas comportamentais e emocionais apontados pela escala do CBCL: *reações emocionais, ansiedade/depressão, queixas somáticas, isolamento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo* e, ainda, com os resultados obtidos no perfil orientado pelo DSM: *transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, transtornos invasivos do desenvolvimento, déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade e transtorno opositor desafiante*.

A Tabela 7 mostra o percentual de crianças que foram consideradas *caso* e *não caso* no IRDI e que se encontram nas faixas *normal* e *clínica* de cada problema apontado pelo CBCL.

Tabela 7: Percentual obtido a partir da associação entre IRDI e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
IRDI	Reações emocionais		Total	Nível de significância (<i>p</i>)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,409
Não caso	26 (76,5%)	8 (23,5%)	34 (100%)	
IRDI	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (<i>p</i>)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,660
Não caso	27 (79,4%)	7 (20,6%)	34 (100%)	
IRDI	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (<i>p</i>)
	Normal	Clínico		
Caso	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)	0,461
Não caso	23 (67,6%)	11 (32,4%)	34 (100%)	
IRDI	Isolamento		Total	Nível de significância (<i>p</i>)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	1,000
Não caso	32 (94,1%)	2 (5,9%)	34 (100%)	

Tabela 7: Percentual obtido a partir da associação entre IRDI e CBCL.

(Continua)

IRDI	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	12 (100%)	0 (0%)	12 (100%)	0,560
Não caso	30 (88,2%)	4 (11,8%)	34 (100%)	
IRDI	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,458
Não caso	33 (97,1%)	1 (2,9%)	34 (100%)	
IRDI	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,657
Não caso	28 (82,4%)	6 (17,6%)	34 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
IRDI	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,660
Não caso	27 (79,4%)	7 (20,6%)	34 (100%)	
IRDI	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)	1,000
Não caso	27 (79,4%)	7 (20,6%)	34 (100%)	
IRDI	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	12 (100%)	0 (0%)	12 (100%)	0,306
Não caso	29 (85,3%)	5 (14,7%)	34 (100%)	
IRDI	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Caso	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)	1,000
Não caso	29 (85,3%)	5 (14,7%)	34 (100%)	
IRDI	Transtorno opositor desafiante		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		

(Continuação)

Tabela 7: Percentual obtido a partir da associação entre IRDI e CBCL.

(Conclusão)

Caso	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	0,657
Não caso	28 (82,4%)	6 (17,6%)	34 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Como se pode observar, não foram encontradas evidências de associação significativa entre os resultados do IRDI e do CBCL.

3.4 AP3 e AUQUEI

Lembrando que a AP3 apontou dois tipos de escore, os resultados mostraram que 21 (45,6%) crianças não apresentaram *problemas de desenvolvimento* e 25 (54,4%) apresentaram; 44 (95,6%) não apresentaram *risco psíquico* e apenas 2 (4,4%) apresentaram.

Das 21 crianças que não apresentaram *problemas de desenvolvimento*, 61,9% apresentaram alto índice de qualidade de vida e 38,1%, um índice baixo de qualidade de vida; das 25 crianças que apresentaram *problemas de desenvolvimento*, 80% apresentaram *alta qualidade de vida* e 20%, *baixa qualidade de vida*. Quanto ao escore *risco psíquico*, das 44 crianças que não apresentaram risco, 70,5% apresentaram *alta qualidade de vida* e 29,5%, *baixa qualidade de vida*; 100% das crianças com risco apresentaram alto índice de qualidade de vida. Não foi observada associação significativa entre as variáveis ($p=0,205$ e $p=0,586$), como podemos ver na Tabela 8.

Tabela 8: Percentual obtido a partir da associação entre AP3 e AUQUEI.

AP3	Alta QV	Baixa QV	Total	Nível de significância (p)
Há problema de desenvolvimento	20 (80,0%)	5 (20,0%)	25 (100%)	0,205
Não há problema de desenvolvimento	13 (61,9%)	8 (38,1%)	21 (100%)	
Há risco psíquico	2 (100,0%)	0 (0%)	2 (100%)	0,586
Não há risco psíquico	31 (70,5%)	13 (29,5%)	44 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

3.5 AP3 e CHQ

Para melhor visualizar os resultados, será apresentada primeiramente a associação realizada entre o escore *problemas de desenvolvimento* da AP3 e os índices de bem-estar físico e psicossocial do CHQ, como podemos ver na Tabela 9.

Tabela 9: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Problemas de desenvolvimento* e CHQ.

AP3 – Problemas de desenvolvimento	PhS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Há problema de desenvolvimento	13 (52,0%)	12 (48,0%)	25 (100%)	0,232
Não há problema de desenvolvimento	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	PsS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Há problema de desenvolvimento	14 (56,0%)	11 (44,0%)	25 (100%)	0,769
Não há problema de desenvolvimento	13 (61,9%)	8 (38,1%)	21 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Das 21 crianças que não apresentaram *problemas de desenvolvimento*, 71,4% apresentaram índice *satisfatório* e 28,6%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 61,9% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 38,1%, *insatisfatório*. Das 25 crianças que apresentaram *problemas de desenvolvimento*, 52,0% apresentaram índice *satisfatório* e 48,0%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 56,0% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 44,0%, *insatisfatório*. Os resultados da análise estatística apontaram que não há associação significativa entre as variáveis ($p=0,232$ e $p=0,769$). Ainda assim, focando nossa leitura da tabela nas colunas, nota-se descritivamente que crianças com índices *satisfatórios* estavam divididas quase pela metade entre ter ou não *problemas de desenvolvimento*, enquanto aquelas que tiveram

índices *insatisfatórios* tinham maior concentração na condição de ter *problemas de desenvolvimento*.

Vejamos agora a associação realizada entre o escore *risco psíquico* da AP3 e os índices de bem-estar físico e psicossocial do CHQ na Tabela 10.

Tabela 10: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Risco psíquico* e CHQ.

AP3 – Risco psíquico	PhS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Há risco psíquico	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	27 (61,4%)	17 (38,6%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	PsS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Há risco psíquico	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	26 (59,1%)	18 (40,9%)	44 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Das 44 crianças que não apresentaram *risco psíquico*, 61,4% apresentaram índice *satisfatório* e 38,6%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 59,1% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 40,9%, *insatisfatório*. Das 2 crianças que apresentaram *risco psíquico*, 50,0% apresentaram índice *satisfatório* e 50,0%, *insatisfatório* para o bem-estar físico; em relação ao bem-estar psicossocial, 50,0% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 50,0%, *insatisfatório*. Os resultados da análise estatística apontaram que não há associação significativa entre as variáveis ($p=1,000$ para os dois índices). Ainda assim, nota-se descritivamente que crianças sem *risco psíquico* tiveram concentração maior na situação de índices *satisfatórios* comparativamente à condição de índices *insatisfatórios*.

3.6 AP3 e CBCL

Para melhor visualizar os resultados, será apresentada primeiramente a associação realizada entre o escore *problemas de desenvolvimento* da AP3 e cada problema apontado no CBCL – já descritos no item 3.3 desta seção. Vejamos a Tabela 11:

Tabela 11: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Problemas de desenvolvimento* e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Reações emocionais		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	23 (92,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)	0,059
Não há problema de desenvolvimento	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	24 (96,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)	0,016
Não há problema de desenvolvimento	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	18 (72,0%)	7 (28,0%)	25 (100%)	1,000
Não há problema de desenvolvimento	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Isolamento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	24 (96,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)	0,585
Não há problema de desenvolvimento	19 (90,5%)	2 (9,5%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	24 (96,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)	0,318
Não há problema de desenvolvimento	18 (85,7%)	3 (14,3%)	21 (100%)	

Tabela 11: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Problemas de desenvolvimento* e CBCL.

(Continua)

AP3 – Problemas de desenvolvimento	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	24 (96,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)	1,000
Não há problema de desenvolvimento	20 (95,2%)	1 (4,8%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	22 (88,0%)	3 (12,0%)	25 (100%)	0,686
Não há problema de desenvolvimento	17 (81,0%)	4 (19,0%)	21 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	23 (92,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)	0,117
Não há problema de desenvolvimento	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	22 (88,0%)	3 (12,0%)	25 (100%)	0,264
Não há problema de desenvolvimento	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	22 (88,0%)	3 (12,0%)	25 (100%)	1,000
Não há problema de desenvolvimento	19 (90,5%)	2 (9,5%)	21 (100%)	
AP3 – Problemas de desenvolvimento	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	22 (88,0%)	3 (12,0%)	25 (100%)	0,686
Não há problema de desenvolvimento	17 (81,0%)	4 (19,0%)	21 (100%)	

(Continuação)

Tabela 11: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Problemas de desenvolvimento* e CBCL.

(Conclusão)

AP3 – Problemas de desenvolvimento	Transtorno opositor desafiante		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há problema de desenvolvimento	23 (92,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)	0,220
Não há problema de desenvolvimento	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

A observação da Tabela 11 aponta para uma associação considerável, embora não significativa estatisticamente, entre o escore AP3/ *Problemas de desenvolvimento* e os problemas referentes a *Queixas somáticas* (p=1,000) e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* (p=1,000), onde se nota que a maior concentração de crianças que estão na faixa *clínica* para este problema foi diagnosticada com *problemas de desenvolvimento* aos 3 anos.

Vejam agora a associação realizada entre o escore *risco psíquico* da AP3 e cada problema apontado pelo CBCL na Tabela 12.

Tabela 12: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Risco psíquico* e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
AP3 – Risco psíquico	Reações emocionais		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	35 (79,5%)	9 (20,5%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	36 (81,8%)	8 (18,2%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	31 (70,5%)	13 (29,5%)	44 (100%)	

Tabela 12: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Risco psíquico* e CBCL.
(Continua)

AP3 – Risco psíquico	Isolamento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	0,128
Não há risco psíquico	42 (95,5%)	2 (4,5%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	40 (90,9%)	4 (9,1%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	42 (95,5%)	2 (4,5%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	37 (84,1%)	7 (15,9%)	44 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
AP3 – Risco psíquico	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	36 (81,8%)	8 (18,2%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	35 (79,5%)	9 (20,5%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	0,208
Não há risco psíquico	40 (90,9%)	4 (9,1%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		

(Continuação)

Tabela 12: Percentual obtido a partir da associação entre AP3/ *Risco psíquico* e CBCL.
(Conclusão)

Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	37 (84,1%)	7 (15,9%)	44 (100%)	
AP3 – Risco psíquico	Transtorno opositor desafiante		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Há risco psíquico	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1,000
Não há risco psíquico	37 (84,1%)	7 (15,9%)	44 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Ao observar a Tabela 12, vemos que há duas associações importantes entre o escore AP3/ *Risco psíquico* e os problemas referentes a *Isolamento* ($p=0,128$) e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* ($p=0,208$) do perfil apontado pelo CBCL. Nestas associações, temos metade das crianças que foi diagnosticada com *risco psíquico* aos 3 anos na faixa *clínica* para tais problemas aos seis anos.

3.7 AUQUEI e CHQ

Para fins de comparação com estudos que abordam a concordância da noção de qualidade de vida entre respostas de pais e filhos, realizamos, por fim, uma associação entre os resultados obtidos no AUQUEI e no CHQ.

Ao observar a Tabela 13, é possível notar que das 33 crianças que apresentaram *alta qualidade de vida* no AUQUEI, 60,6% apresentaram índice *satisfatório* e 39,4%, *insatisfatório* para o índice de bem-estar físico no CHQ; em relação ao índice de bem-estar psicossocial, 63,6% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 36,4%, *insatisfatório*. Das 13 crianças que apresentaram *baixa qualidade de vida* no AUQUEI, 61,5% apresentaram índice *satisfatório* e 38,5%, *insatisfatório* para o índice de bem-estar físico no CHQ; em relação ao bem-estar psicossocial, 46,2% das mesmas crianças apresentaram índice *satisfatório* e 53,8%, *insatisfatório*.

Os resultados da análise estatística apontaram que a associação entre os resultados obtidos no AUQUEI e o índice psicossocial é mais significativa ($p=0,331$) do que a

associação entre os resultados obtidos no AUQUEI e o índice físico ($p=1,000$), como podemos observar na Tabela 13.

Tabela 13: Percentual obtido a partir da associação entre AUQUEI e CHQ.

AUQUEI	PhS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Alta qualidade de vida	20 (60,6%)	13 (39,4%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)	
AUQUEI	PsS		Total	Nível de significância (p)
	Satisfatório	Insatisfatório		
Alta qualidade de vida	21 (63,6%)	12 (36,4%)	33 (100%)	0,331
Baixa qualidade de vida	6 (46,2%)	7 (53,8%)	13 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Nota-se, descritivamente, que a maior parte das crianças consideradas com *alta qualidade de vida* no AUQUEI apresentou índices físico e psicossocial *satisfatórios* na avaliação do CHQ-PF50. No entanto, quando nos detemos na observação da coluna da tabela, vemos que a concentração de crianças com índices físico e psicossocial *insatisfatórios* na situação de *alta qualidade de vida* é maior do que sua concentração na situação de *baixa qualidade de vida*. O que revela uma discordância significativa entre respostas aos dois instrumentos utilizados neste trabalho.

3.8 AUQUEI e CBCL

A fim de investigar as associações entre respostas referentes à qualidade de vida e à condição sintomática das crianças, realizamos, por fim, uma associação entre o AUQUEI e o CBCL, focando a perspectiva da criança sobre sua qualidade de vida e resultados obtidos no CBCL. Posteriormente, realizamos uma associação entre o CHQ e o CBCL, focando a perspectiva dos pais sobre a qualidade de vida relacionada ao estado de saúde dos filhos e resultados obtidos no CBCL.

A Tabela 14, a seguir, apresenta a associação realizada entre os resultados obtidos no AUQUEI e no CBCL.

Tabela 14: Percentual obtido a partir da associação entre AUQUEI e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
AUQUEI	Reações emocionais		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	26 (78,8%)	7 (21,2%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	
AUQUEI	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	28 (84,8%)	5 (15,2%)	33 (100%)	0,669
Baixa qualidade de vida	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)	
AUQUEI	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	23 (69,7%)	10 (30,3%)	33 (100%)	0,729
Baixa qualidade de vida	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)	
AUQUEI	Isolamento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	31 (93,9%)	2 (6,1%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
AUQUEI	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	30 (90,9%)	3 (9,1%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
AUQUEI	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	31 (93,9%)	2 (6,1%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	13 (100%)	0 (0%)	13 (100%)	
AUQUEI	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		

(Continuação)

Tabela 14: Percentual obtido a partir da associação entre AUQUEI e CBCL.

(Conclusão)

Alta qualidade de vida	29 (87,9%)	4 (12,1%)	33 (100%)	0,385
Baixa qualidade de vida	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
AUQUEI	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	26 (78,8%)	7 (21,2%)	33 (100%)	0,409
Baixa qualidade de vida	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
AUQUEI	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	27 (81,8%)	6 (18,2%)	33 (100%)	0,698
Baixa qualidade de vida	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)	
AUQUEI	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	30 (90,9%)	3 (9,1%)	33 (100%)	0,612
Baixa qualidade de vida	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	
AUQUEI	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	28 (84,8%)	5 (15,2%)	33 (100%)	1,000
Baixa qualidade de vida	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	
AUQUEI	Transtorno opositor desafiante		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Alta qualidade de vida	29 (87,9%)	4 (12,1%)	33 (100%)	0,385
Baixa qualidade de vida	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Os resultados observados na Tabela 14 indicam que não há evidências de associação significativa entre respostas referentes à qualidade de vida apontadas pelas crianças no AUQUEI e sua condição sintomática obtida com o uso do CBCL.

3.9 CHQ e CBCL

Para melhor visualizar os resultados, será apresentada primeiramente a associação realizada entre os escores do índice físico (PhS) do CHQ e cada problema apontado no CBCL. Vejamos a Tabela 15:

Tabela 15: Percentual obtido a partir da associação entre índice físico (PhS) do CHQ e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
Índice físico PhS	Reações emocionais		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	23 (82,1%)	5 (17,9%)	28 (100%)	0,721
Insatisfatório	14 (77,8%)	4 (22,2%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (89,3%)	3 (10,7%)	28 (100%)	0,232
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	24 (85,7%)	4 (14,3%)	28 (100%)	0,017
Insatisfatório	9 (50,0%)	9 (50,0%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Isolamento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	27 (96,4%)	1 (3,6%)	28 (100%)	0,552
Insatisfatório	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	28 (100%)	0 (0%)	28 (100%)	0,019
Insatisfatório	14 (77,8%)	4 (22,2%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	27 (96,4%)	1 (3,6%)	28 (100%)	1,000
Insatisfatório	17 (94,4%)	1 (5,6%)	18 (100%)	

(Continuação)

Tabela 15: Percentual obtido a partir da associação entre índice físico (PhS) do CHQ e CBCL.

(Conclusão)

Índice físico PhS	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (92,9%)	2 (7,1%)	28 (100%)	0,093
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
Índice físico PhS	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (89,3%)	3 (10,7%)	28 (100%)	0,232
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	24 (85,7%)	4 (14,3%)	28 (100%)	0,284
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	28 (100%)	0 (0%)	28 (100%)	0,006
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (92,9%)	2 (7,1%)	28 (100%)	0,093
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Índice físico PhS	Transtorno opositor desafiante		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (92,9%)	2 (7,1%)	28 (100%)	0,093
Insatisfatório	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Os resultados indicaram que há algumas associações significativas entre o escore de índice físico (PhS) e problemas apontados pelo perfil do CBCL.

As associações realizadas entre o PhS e os problemas *Ansiedade/depressão* (p=0,232), *Isolamento* (p=0,552), *Problemas de atenção* (p=1,000), *Comportamento*

agressivo ($p=0,093$), *Transtornos afetivos* ($p=0,232$), *Transtornos de ansiedade* ($p=0,284$), *Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade* ($p=0,093$) e *Transtorno opositor desafiante* ($p=0,093$) não se mostraram estatisticamente significativas. No entanto, ao nos determos na observação das colunas da tabela podemos observar que a maior concentração de crianças que se encontram atualmente na faixa *clínica* para estes problemas foi considerada com índices físicos *insatisfatórios* de qualidade de vida no CHQ. Podemos levantar a interrogação se o nível de significância das correlações que apresentaram $p=0,093$ não seria maior caso a amostra fosse mais numerosa.

Ainda na observação da Tabela 15, vemos que as associações realizadas entre o PhS e os problemas *Queixas somáticas* ($p=0,017$), *Problemas de sono* ($p=0,019$) e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* ($p=0,006$) mostraram evidências de que são estatisticamente significantes.

Vejam agora a associação realizada entre os escores do índice psicossocial (PsS) do CHQ e cada problema apontado no CBCL na Tabela 16.

Tabela 16: Percentual obtido a partir da associação entre índice psicossocial (PsS) do CHQ e CBCL.

(Continua)

Síndrome de problemas comportamentais e emocionais				
Índice psicossocial PsS	Reações emocionais		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,022
Insatisfatório	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Ansiedade/depressão		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,051
Insatisfatório	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Queixas somáticas		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	19 (70,4%)	8 (29,6%)	27 (100%)	1,000
Insatisfatório	14 (73,7%)	5 (26,3%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Isolamento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		

Tabela 16: Percentual obtido a partir da associação entre índice psicossocial (PsS) do CHQ e CBCL.

(Continua)

Satisfatório	27 (100%)	0 (0%)	27 (100%)	0,064
Insatisfatório	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Problemas de sono		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (96,3%)	1 (3,7%)	27 (100%)	0,292
Insatisfatório	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Problemas de atenção		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (96,3%)	1 (3,7%)	27 (100%)	1,000
Insatisfatório	18 (94,7%)	1 (5,3%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Comportamento agressivo		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	26 (96,3%)	1 (3,7%)	27 (100%)	0,015
Insatisfatório	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (100%)	
Perfil de problemas orientado pelo DSM				
Índice psicossocial PsS	Transtornos afetivos		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	24 (88,9%)	3 (11,1%)	27 (100%)	0,246
Insatisfatório	14 (73,7%)	5 (26,3%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Transtornos de ansiedade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,022
Insatisfatório	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Transtornos invasivos do desenvolvimento		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,635
Insatisfatório	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)	
Índice psicossocial PsS	Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade		Total	Nível de significância (p)
	Normal	Clínico		
Satisfatório	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,107
Insatisfatório	14 (73,7%)	5 (26,3%)	19 (100%)	

(Continuação)

Tabela 16: Percentual obtido a partir da associação entre índice psicossocial (PsS) do CHQ e CBCL.

Índice psicossocial PsS	Transtorno opositor desafiante		Total	(Conclusão)
	Normal	Clínico		Nível de significância (p)
Satisfatório	26 (96,3%)	1 (3,7%)	27 (100%)	0,015
Insatisfatório	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (100%)	

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

Os resultados indicaram que há algumas associações significativas entre o escore de índice psicossocial (PsS) e problemas apontados pelo perfil do CBCL.

As associações realizadas entre o PsS e os problemas *Ansiedade/depressão* (p=0,051), *Isolamento* (p=0,064), *Problemas de sono* (p=0,292), *Problemas de atenção* (p=1,000), *Transtornos afetivos* (p=0,246), *Transtornos invasivos do desenvolvimento* (p=0,635) e *Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade* (p=0,107) não se mostraram estatisticamente significativas. No entanto, ao nos determos na observação das colunas da tabela podemos observar que a maior concentração de crianças que se encontram atualmente na faixa *clínica* para estes problemas foi considerada com índices psicossociais *insatisfatórios* de qualidade de vida no CHQ. Novamente, podemos levantar a interrogação se o nível de significância das correlações que apresentaram p=0,051 e p=0,064 não seria maior caso a amostra fosse mais numerosa.

Ainda na observação da Tabela 16, vemos que as associações realizadas entre o PsS e os problemas *Reações emocionais* (p=0,022), *Comportamento agressivo* (p=0,015), *Transtornos de ansiedade* (p=0,022) e *Transtorno opositor desafiante* (p=0,015) mostraram evidências de que são estatisticamente significantes.

IV Discussão

4.1 Discussão dos resultados obtidos a partir da análise estatística

Os resultados obtidos a partir da associação entre IRDI e AUQUEI coincidiram com estudos de qualidade de vida realizados com amostragem infantil, que buscam uma correlação entre transtornos mentais e a noção de qualidade de vida na infância. Como mencionado acima, segundo o estudo de Elias e Assumpção Jr. (2006), não há diferença estatisticamente significativa entre a percepção de qualidade de vida de crianças que apresentam alguma patologia e a percepção de crianças consideradas saudáveis.

O IRDI apontou não ser capaz de prever qualidade de vida a partir do ponto de vista da criança. Pode-se conjecturar que detectar precocemente que a criança pode vir a desenvolver algum problema de desenvolvimento (as crianças que foram consideradas *caso*) não influencia significativamente sua qualidade de vida. Assim, independentemente da quantidade de indicadores ausentes de 0 a 18 meses, a criança pode apresentar um alto ou baixo índice de qualidade de vida, o que dependeria de outras variáveis. Outra possibilidade de compreensão para este resultado é a de que a expressão da qualidade de vida considerada pelo AUQUEI pode não ser sensível à condição psíquica da criança para a qual o IRDI foi estabelecido.

Quando relacionamos os resultados do IRDI às respostas dos pais sobre qualidade de vida, no entanto, chegamos a resultados um pouco diferentes dos observados no AUQUEI. A associação realizada entre o IRDI e o índice psicossocial do CHQ se mostrou estatisticamente significativa, indicando que o IRDI apresenta maior capacidade para prever qualidade de vida relacionada ao índice psicossocial ($p=0,049$) do que para prever qualidade de vida relacionada ao índice físico ($p=0,739$), como pudemos observar na Tabela 5. Os resultados indicaram que 66,7% das crianças consideradas *caso* no IRDI apresentaram índice psicossocial *insatisfatório* de qualidade de vida a partir do relato de seus pais. A expressão da qualidade de vida considerada pelo CHQ mostrou-se sensível à condição psíquica da criança para a qual o IRDI foi estabelecido.

Como vimos nos estudos de Upton, Lawford e Eiser (2008) e de Speyer et al. (2009), diante de uma patologia orgânica já instalada na criança, os pais tendem a apontar índices de qualidade de vida mais baixos do que os relatados pelas crianças. Dado que, para os mesmos resultados de IRDI, crianças responderam ao AUQUEI tendendo a não associar risco (no IRDI) e qualidade de vida considerada insatisfatória e pais responderam ao CHQ tendendo a fazer tal associação, podemos conjecturar que,

além do constructo de cada instrumento, a diferença de sujeito experimental influencia a associação investigada, o que concorda com a literatura internacional sobre o assunto.

Podemos considerar que, se na presente pesquisa os pais apontaram qualidade de vida mais baixa para crianças que foram *caso* no IRDI, as mesmas podem apresentar atualmente traços psicopatológicos. É digno de nota que o IRDI tem como foco o papel do enlaçamento com o outro, enlaçamento este que se faz fundamental no processo de constituição subjetiva da criança e também em seu desenvolvimento e, por seu turno, o escore do CHQ em que as crianças foram avaliadas significativamente com qualidade de vida *insatisfatória* foi o índice psicossocial, contendo aspectos que se referem aos laços estabelecidos pelas crianças.

Assim, podemos considerar que o IRDI é capaz de detectar uma tendência de ocorrência de problemas expressa nos 18 primeiros de vida que se estende ao longo do desenvolvimento da criança pelo menos até o sexto ano de vida, levando ao impacto na sua qualidade de vida a partir da perspectiva de seus pais.

A associação realizada entre AP3 e AUQUEI apontou que a maioria das crianças com sintomas clínicos ou de estrutura aos 3 anos apresentou um alto índice de qualidade de vida atualmente. O que nos leva a quatro constatações possíveis: 1) a detecção de *problemas de desenvolvimento* ou de *risco psíquico* aos 3 anos não influencia de forma significativa a qualidade de vida da criança aos 6 anos; 2) a criança que apresentou *problemas de desenvolvimento* ou risco para sua constituição subjetiva aos 3 anos não necessariamente desenvolverá (ou permanecerá com) este problema ao longo do tempo, de modo a afetar sua qualidade de vida; 3) se a criança desenvolver posteriormente o problema que foi detectado aos 3 anos, este problema não afetará necessariamente a sua qualidade de vida, uma vez que, como já mencionado em pesquisas recentes, transtornos psiquiátricos não parecem exercer influência significativa sobre a qualidade de vida da criança, a partir de sua percepção pessoal; 4) a expressão da qualidade de vida considerada pelo AUQUEI não é sensível à condição psíquica da criança para a qual a AP3 foi estabelecida. A associação realizada entre essas variáveis demonstrou que não há evidências de que sejam estatisticamente significantes – $p=0,205$ na associação AP3/ *problemas de desenvolvimento* e AUQUEI, e $p=0,586$ na associação AP3/ *risco psíquico* e AUQUEI.

A associação realizada entre AP3 e CHQ, no entanto, apontou uma direção diferente. O nível de significância (p) não mostrou que a associação seja estatisticamente significativa entre ambos os instrumentos – $p=0,232$ na associação

AP3/ *problemas de desenvolvimento* e índice físico (PhS) e $p=0,769$ na associação AP3/ *problemas de desenvolvimento* e índice psicossocial (PsS); $p=1,000$ em ambas as associações entre AP3/ *risco psíquico* e índices físico (PhS) e psicossocial (PsS). Porém, ao observarmos as Tabelas 9 e 10, vemos que quase 50,0% das crianças que apresentaram *problemas de desenvolvimento* aos 3 anos, atualmente mostraram índices físico e psicossocial *insatisfatórios* no CHQ – 48,0% no índice físico (PhS) e 44,0% no índice psicossocial (PsS) e, também, que 50,0% das crianças que apresentaram *risco psíquico* aos 3 anos mostraram índices físico e psicossocial *insatisfatórios* no CHQ. Tais resultados mostram que pode haver uma associação significativa entre a AP3 e o CHQ que precisaria de estudos com maiores unidades amostrais futuramente. É válido lembrar ainda que ambos são respondidos a partir de entrevista com os pais, o que pode levar a maior concordância entre respostas do que a associação realizada entre AP3 e AUQUEI, p. ex., que é respondida a partir de entrevista com a própria criança.

Em uma análise descritiva, observamos que crianças com índices físico e psicossocial *satisfatórios* estavam divididas quase pela metade entre ter ou não *problemas de desenvolvimento* aos 3 anos, enquanto aquelas que tiveram índices *insatisfatórios* tinham maior concentração na condição de ter *problemas de desenvolvimento* aos 3 anos. Além disso, crianças consideradas sem *risco psíquico* na AP3 tiveram concentração maior na situação de índices *satisfatórios* comparativamente à condição de índices *insatisfatórios*; das duas crianças detectadas com *risco psíquico* aos 3 anos, metade (50,0%) se mostrou atualmente com índices físico e psicossocial *insatisfatórios* no CHQ. Isto indica que, ainda que a AP3 não tenha se mostrado capaz de prever qualidade de vida aos seis anos, os resultados apontam para uma possibilidade de associação significativa entre *problemas de desenvolvimento* e de *risco psíquico* detectados na AP3 e índices de qualidade de vida obtidos por meio do relato dos pais com o uso do CHQ.

Uma questão metodológica que se impõe a partir desses resultados é a de que a noção de qualidade de vida com que um instrumento opera pode ser um fator determinante na medição do índice do que é considerada *alta* e *baixa qualidade de vida* para o sujeito. Neste estudo, uma das perspectivas que fundamenta tal definição foi concebida a partir da pesquisa realizada por Assumpção Jr et al. (2000) junto a 353 crianças saudáveis. O que nos permite questionar se é válido utilizar as mesmas questões em uma população saudável e em uma população que sofre de alguma patologia.

Os resultados obtidos até o momento podem mostrar que crianças que sofrem de alguma patologia podem viver de forma satisfatória na sua condição ou, alternativamente, que elas não foram capazes de avaliar sua qualidade de vida a partir da noção que sustenta o instrumento utilizado. Há que se indagar, portanto, se a noção de qualidade de vida com a qual a literatura vem trabalhando é sensível ao sofrimento de portadores de psicopatologias. Se mudarmos a noção de qualidade de vida, encontraremos diferenças significativas entre portadores de psicopatologias e não portadores? Eis uma questão que precisaria de estudos mais amplos futuramente para possíveis verificações.

Além disso, vale lembrar que o IRDI – assim como a AP3 – é um instrumento psicanalítico embasado fortemente na noção de inconsciente. Como vimos, a noção de qualidade de vida adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) baseia-se na “*percepção* do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos” (THE WHOQOL GROUP, 1995, grifo nosso). É possível afirmarmos que o sofrimento apontado pela perspectiva psicanalítica, dada sua fundamentação na noção de inconsciente, pode não ser detectado por uma noção de qualidade de vida apoiada na percepção, atributo consciente, ou pode não ser detectado nos aspectos elencados para serem percebidos pelos sujeitos da pesquisa. Essa é uma questão metodológica fundamental se quisermos utilizar um instrumento para avaliação de qualidade de vida em saúde pública, como tem sido a tendência notada na literatura internacional.

Dado que este é um estudo que opera com a noção de tendência, vale retomar aqui a proposta de Hanns (2000) a respeito das manifestações de tendência propiciadas pela investigação estatística. A tendência notadamente observada nos estudos mais recentes aponta para uma relação não significativa entre condição sintomática e qualidade de vida, como se a primeira não tivesse influência significativa sobre a segunda.

Contudo, o que observamos a partir do uso do AUQUEI neste trabalho é que tal instrumento mostrou-se problemático dos pontos de vista teórico e metodológico. A respeito do primeiro ponto de vista, temos questões que indagam se a criança está ou não está “feliz” nas situações propostas no questionário. Antes disso, é necessário definir “felicidade” para tomá-la como elemento de referência de qualidade de vida. Podemos ainda recorrer à outra consideração teórica de felicidade discordante da insinuada no AUQUEI. Freud (1930) considera que a felicidade é tarefa fadada ao

fracasso, posto que a condição de conflito e, conseqüentemente, a de mal-estar, é inerente à condição humana.

Em relação ao outro ponto de vista, o metodológico, temos um instrumento que busca medir a percepção subjetiva da qualidade de vida da criança a partir de suas sensações de “felicidade” e de “infelicidade”, o que pode ser facilmente confundido com satisfação ou alívio, por exemplo, por uma criança angustiada em separar-se da mãe, condição que pode chegar a ser incapacitante e que, portanto, pode levar à noção de baixa qualidade de vida, fazendo uma referência de extrema felicidade ao ficar colada na mãe. São tão clássicos como surpreendentes os casos de seqüestrados que, em quadros de síndrome de Estocolmo, dir-se-iam felizes por continuar com seus algozes, em evidente negação defensiva da violência a que foram submetidos. Ora, decorre então que a noção de qualidade de vida é um conceito que não deveria ser reduzido a medidas de felicidade. Daí situarmos este instrumento como problemático e de difícil mensuração para o que se propõe.

Em relação à associação realizada entre IRDI e CBCL, pôde-se notar que o IRDI também não se mostrou sensível à verificação da condição sintomática da criança. A maioria das crianças consideradas *caso* e *não caso* no IRDI encontra-se atualmente na faixa *normal* para os problemas indicados no CBCL. Da mesma forma, a maioria das crianças que ora se encontra na faixa *clínica* das condições sintomáticas do CBCL foi identificada como *não caso* de 0 a 18 meses, o que leva a supor que ou os problemas verificados podem ter se desenvolvido posteriormente, em fase mais recente do desenvolvimento da criança, ou, alternativamente, que a baixa associação entre resultados obtidos com o IRDI e aqueles obtidos com CBCL pode decorrer da incompatibilidade de construto entre ambos, ou seja, o CBCL não seria sensível à tendência psicopatológica detectada pelo IRDI.

A observação da Tabela 11 permitiu notar a associação realizada entre AP3/*problemas de desenvolvimento* e CBCL. A maioria das crianças que se encontra atualmente na faixa *clínica* dos problemas apontados pelo CBCL não foi considerada com problemas aos 3 anos. Por outro lado, a maioria das crianças que ora se encontra na faixa *normal* dos problemas apontados pelo CBCL foi considerada com *problemas de desenvolvimento* aos 3 anos.

A observação do problema *Queixas somáticas* do perfil proposto pelo CBCL ($p=1,000$) e o *Transtorno invasivo do desenvolvimento* do perfil orientado pelo DSM ($p=1,000$) indica que a maioria das crianças que ora se encontra na faixa *clínica* para

estes problemas foi indicada com *problemas de desenvolvimento* na AP3. Pode-se supor, assim, que os *problemas de desenvolvimento* da AP3 são sensíveis à detecção destas condições sintomáticas, hipótese que precisaria de estudos mais amplos futuramente, com maior número nas unidades amostrais.

Quanto ao escore AP3/ *risco psíquico* e sua associação com o CBCL, observada na Tabela 12, é possível afirmar que a maioria das crianças que se encontra atualmente na faixa *normal* e na faixa *clínica* dos problemas apontados pelo CBCL não foi considerada com *risco psíquico* aos 3 anos.

A observação do problema *Isolamento* do perfil proposto pelo CBCL ($p=0,128$) e o *Transtorno invasivo do desenvolvimento* do perfil orientado pelo DSM ($p=0,208$), na Tabela 12, indica que metade (50,0%) das crianças que foram indicadas com *risco psíquico* na AP3 se encontra atualmente na faixa *clínica* para estes problemas. Pode-se supor, assim, que os escores de *risco psíquico* anunciados na AP3 são sensíveis à detecção destas condições sintomáticas, hipótese que precisaria de estudos mais amplos futuramente, com maior número nas unidades amostrais.

Uma informação importante a se considerar para estudos posteriores é a de que, a partir da observação das Tabelas 11 e 12, é possível notar que há uma associação considerável (embora não significativa estatisticamente) entre a AP3 (observada nos dois escores: *problemas de desenvolvimento* e *risco psíquico*) e a condição sintomática *Transtornos invasivos do desenvolvimento* pertencente ao perfil do DSM-IV. A associação entre os escores *problemas de desenvolvimento* e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* mostrou que a maioria das crianças que atualmente se encontra na faixa *clínica* para esta condição sintomática foi identificada com sintomas de estrutura aos 3 anos de idade, assim como a associação entre os escores *risco psíquico* e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* indicou que 50,0% das crianças que foram apontadas com risco para sua constituição subjetiva aos 3 anos, apresentam-se atualmente na faixa *clínica* para esta condição sintomática.

Não há evidências de que existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis AP3 e CBCL e, por isso, pode-se supor que ou a AP3 não é sensível à detecção da condição sintomática ou a criança que foi considerada com *problema de desenvolvimento* ou com *risco psíquico* aos 3 anos não necessariamente desenvolverá (ou permanecerá com) este problema aos 6 anos de idade. Pode-se dizer que esses resultados apontam para uma associação significativa que precisaria de estudos com maiores unidades amostrais futuramente.

Em relação aos resultados obtidos na Tabela 13, pudemos observar que há maior associação entre AUQUEI e índice psicossocial (PsS) do CHQ ($p=0,331$) do que entre AUQUEI e índice físico (PhS) do CHQ ($p=1,000$). Tais dados nos levam à afirmação de que os fatores abordados no AUQUEI relacionados a condições de saúde da criança estão mais próximos dos fatores abordados no índice psicossocial do CHQ, qual sejam: impacto no tempo dos pais (PT), impacto emocional nos pais (PE), comportamento social (REB), auto-estima (SE), saúde mental (MH) e comportamento (BE). Fatores relacionados à condição de saúde física não se mostraram presentes de forma significativa no instrumento AUQUEI, o que pode ser um indício explicativo para este resultado.

Além disso, vale lembrar que, como vimos nos estudos de Upton, Lawford e Eiser (2008) e Speyer et al. (2009), há uma tendência dos pais a superestimar o índice de qualidade de vida dos filhos quando estes se encontram saudáveis e a subestimá-lo quando estes se encontram em situação de enfermidade. Dessa forma, podemos atribuir essa discrepância observada entre os resultados do AUQUEI e do CHQ ou ao possível exagero da referência dos pais acerca da avaliação da qualidade de vida de seus filhos ou, então, a uma dificuldade do próprio instrumento AUQUEI em registrar problemas de qualidade de vida decorrentes de condições de saúde relacionadas ao bem-estar físico, p. ex., como abordado no CHQ. Nota-se que o AUQUEI não aborda aspectos relacionados ao estado de saúde da criança tais como abordados pelo CHQ, o que torna o seu uso questionável, considerando a importância de tais aspectos na avaliação da qualidade de vida observada na literatura.

Para efeito de comparação com estudos que abordam a concordância entre pais e filhos quanto à noção de qualidade de vida relacionada ao estado de saúde, sugere-se que em estudos posteriores seja utilizado o mesmo instrumento – o CHQ, p. ex. – para medir qualidade de vida a partir do relato das crianças e de seus pais.

Como veremos a seguir, a associação estatisticamente significativa encontrada entre resultados obtidos no CHQ e no CBCL e a inexistência da mesma quanto aos resultados obtidos no AUQUEI e no CBCL corroboram os estudos da literatura citados acima.

As associações realizadas entre AUQUEI e CBCL, como observamos na Tabela 14, indicaram que não há evidências de associação significativa entre respostas referentes à qualidade de vida apontadas pelas crianças e sua condição sintomática obtida com o uso do CBCL. Ou seja, independente de sua condição *clínica*

psicopatológica detectada atualmente no CBCL, a maioria das crianças não distinguiu de forma significativa índices de qualidade de vida.

Em contrapartida, os resultados obtidos a partir da associação entre CHQ e CBCL, como observamos nas Tabelas 15 e 16, indicaram que há algumas associações significativas entre o escore de índices físico (PhS) e psicossocial (PsS) e problemas apontados pelo perfil do CBCL. Resultados estes que, por si só, já apontam uma diferença significativa entre respostas de pais e filhos quanto à qualidade de vida da criança e sua sensibilidade para condição sintomática, bem como quanto aos construtos de cada instrumento.

As associações realizadas entre o índice físico (PhS) e o CBCL apontaram que a maior concentração de crianças que estão atualmente na faixa *clínica* para os seguintes problemas foi considerada com índices físicos *insatisfatórios* de qualidade de vida no CHQ: *Ansiedade/depressão* ($p=0,232$), *Isolamento* ($p=0,552$), *Problemas de atenção* ($p=1,000$), *Comportamento agressivo* ($p=0,093$), *Transtornos afetivos* ($p=0,232$), *Transtornos de ansiedade* ($p=0,284$), *Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade* ($p=0,093$) e *Transtorno opositor desafiante* ($p=0,093$).

Além disso, foi possível destacar três condições sintomáticas cuja associação com o índice físico (PhS) do CHQ se mostrou estatisticamente significativa: *Queixas somáticas* ($p=0,017$), *Problemas de sono* ($p=0,019$) e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* ($p=0,006$).

As associações realizadas entre o índice psicossocial (PsS) e o CBCL apontaram que a maior concentração de crianças que estão atualmente na faixa *clínica* para os seguintes problemas foi considerada com índices psicossociais *insatisfatórios* de qualidade de vida no CHQ: *Ansiedade/depressão* ($p=0,051$), *Isolamento* ($p=0,064$), *Problemas de sono* ($p=0,292$), *Problemas de atenção* ($p=1,000$), *Transtornos afetivos* ($p=0,246$), *Transtornos invasivos do desenvolvimento* ($p=0,635$) e *Déficit de atenção/ transtorno de hiperatividade* ($p=0,107$).

Também foi possível destacar quatro condições sintomáticas cuja associação com o índice psicossocial (PsS) do CHQ se mostrou estatisticamente significativa: *Reações emocionais* ($p=0,022$), *Comportamento agressivo* ($p=0,015$), *Transtornos de ansiedade* ($p=0,022$) e *Transtorno opositor desafiante* ($p=0,015$).

Estes resultados, que coincidem com os estudos já citados no item 1.5, detectaram haver uma diminuição dos índices de qualidade de vida diante de uma condição

sintomática já instalada, onde podemos destacar as pesquisas de Machado et al. (2001), Brasil, Ferriani e Machado (2003), Morales et al. (2007) e Silva et al. (2009).

Além dessas, vale destacar alguns estudos que utilizaram o CHQ e o CBCL, como o de Selvaag et al (2003) que, ao investigar 116 crianças com idade média de 8,4 anos com artrite idiopática juvenil (AIJ) comparativamente ao grupo controle, detectou que o CHQ é sensível à verificação de crianças com AIJ e crianças saudáveis. Seus resultados indicaram que o índice físico do CHQ foi muito baixo quando comparado ao de crianças saudáveis e que o CHQ mostrou ser sensível a mudanças clínicas observadas em crianças com AIJ.

Sabaz et al. (2003) realizaram um estudo do impacto da qualidade de vida relacionada ao estado de saúde com 115 crianças que têm epilepsia em tratamento no Sydney Children's Hospital, Randwick e no Children's Hospital Westmead, comparativamente ao grupo controle. Entre os instrumentos utilizados para tal investigação, foram incluídos o CHQ e o CBCL. Todas as crianças com epilepsia apresentaram uma maior frequência de problemas comportamentais em comparação com dados normativos. Os resultados indicaram que crianças com epilepsia sintomática têm índice psicossocial significativamente menor do que crianças com epilepsia idiopática. Os autores confirmaram que a epilepsia, independente de seu diagnóstico sindrômico, está significativamente associada à redução dos índices de qualidade de vida, demonstrando assim uma associação significativa entre resultados obtidos no CBCL e no CHQ.

Embora a tendência na literatura internacional tenha sido a de relatar associações significativas entre esses instrumentos, há autores que apontam não haver associação entre condição sintomática e qualidade de vida a partir do uso do CHQ e do CBCL. Gray, O'Callaghan e Poulsen (2008), em estudo realizado com 78 crianças com displasia broncopulmonar, aplicaram o CBCL e o CHQ junto aos seus pais. Observaram que não houve diferença significativa dos índices de qualidade de vida entre as respostas de pais de crianças com a patologia e de pais de crianças saudáveis, ou seja, a condição sintomática já instalada demonstrou não afetar significativamente a qualidade de vida das crianças, segundo relato dos pais.

Estudos como este, entretanto, demonstraram ser uma exceção. O que se pode conjecturar, a partir dos dados pesquisados, é que em estudos com amostragem infantil há uma tendência a não associar a condição sintomática da criança com a qualidade de vida quando esta é obtida a partir do uso do AUQUEI. Porém, o que observamos nesta pesquisa corrobora a tendência da literatura em notar impactos significativamente

negativos sobre a qualidade de vida de crianças em situação de enfermidade ou de sofrimento psíquico quando se utiliza outro instrumento para avaliar qualidade de vida, neste caso, o CHQ-PF50.

4.2 Discussão de casos

A análise que se segue não pretende ser um estudo de caso no sentido clínico, uma vez que em nenhum momento deu-se uma intervenção clínica. Utilizamos dos relatos obtidos a partir dos instrumentos de avaliação a fim de ressaltar aspectos do percurso singular de cada criança que podem produzir indagações, implicações, questionamentos, articulações quando ladeados aos dados obtidos com AUQUEI, CHQ e CBCL.

Sustentados pelo suporte teórico psicanalítico, estabelecemos alguns eixos de análise, referentes aos períodos de estudo com as crianças. O fio condutor que permeia as histórias é marcado pelos elementos que compõem os lugares e as relações que possibilitam a emergência do sujeito psíquico (como, p. ex., mãe, pai, avó, irmão(s) etc.).

Dessa forma, foram escolhidas quatro crianças¹⁴:

– Eduardo: uma criança que foi *caso* no IRDI, apresentou *problemas de desenvolvimento* na AP3, teve *alta* qualidade de vida no AUQUEI, índices físico e psicossocial *insatisfatórios* no CHQ e ausência de sintomas clínicos no CBCL;

– Pedro: uma criança que foi *caso* no IRDI, apresentou *problemas de desenvolvimento* na AP3, teve *alta* qualidade de vida no AUQUEI, índice físico *satisfatório* e índice psicossocial *insatisfatório* no CHQ e presença de sintomas clínicos no CBCL;

– Miguel: uma criança que foi *não caso* no IRDI, não apresentou *problemas de desenvolvimento* ou *risco psíquico* na AP3, teve *alta* qualidade de vida no AUQUEI, índice físico *satisfatório* e índice psicossocial *insatisfatório* no CHQ e presença de sintomas clínicos no CBCL;

– Marcos: uma criança que foi *não caso* no IRDI, não apresentou *problemas de desenvolvimento* ou *risco psíquico* na AP3, teve *baixa* qualidade de vida no AUQUEI,

¹⁴ Os nomes aqui citados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes.

índices físico e psicossocial *insatisfatórios* no CHQ e presença de sintomas clínicos no CBCL.

Na Tabela 17, a seguir, podemos visualizar as crianças escolhidas para compor a análise qualitativa do estudo:

Tabela 17: Crianças acompanhadas dos 18 meses iniciais aos 6 anos de idade.

Nome da criança	IRDI	AP3		AUQUEI	CHQ		CBCL
		PD	RP		PhS	PsS	
Eduardo	Caso (6, 13, 14, 16, 31)*	Sim	Não	Alta qualidade de vida	Insatisfatório	Insatisfatório	Ausência de sintomas clínicos
Pedro	Caso (14, 24, 28)*	Sim	Não	Alta qualidade de vida	Satisfatório	Insatisfatório	Reações emocionais – 65B** Problemas de ansiedade – 70C**
Miguel	Não caso	Não	Não	Alta qualidade de vida	Satisfatório	Insatisfatório	Reações emocionais – 73C**
Marcos	Não caso	Não	Não	Baixa qualidade de vida	Insatisfatório	Insatisfatório	Reações emocionais – 73C** Ansiedade/ Depressão – 74C** Queixas somáticas – 70C** Problemas de sono – 70C** Comportamento agressivo – 70C** Transtorno afetivo – 75C** Transtorno de ansiedade – 70C** Transtorno opositor desafiante – 67B**

*Indicadores ausentes.

**Problemas apresentados pelo CBCL na faixa limítrofe (B) e clínica (C).

Fonte: Pesquisa de campo em Centros de Saúde de São Paulo-SP, 2010.

4.2.1 Eduardo: “quero que ele cresça”

Eduardo chega à entrevista acompanhado pela mãe. É o filho mais novo, tem um irmão de 13 anos. Seu pai trabalha como segurança de uma empresa e a mãe, como manicure.

Cecília, sua mãe, diz que o filho é “inteligente e esperto”, mas “muito magrinho pra sua idade”. Ele é o “menor da turma [da escola]” e não gosta disso; diz que às vezes os colegas “enchem o saco” porque ele é “pequeno”. Apesar de marcar em seu discurso o desejo de que o filho cresça, Cecília nos mostra o tempo todo indícios de que não consegue permitir o crescimento do filho.

Eduardo é considerado um menino “muito independente”, faz seus cuidados pessoais (como tomar banho, escovar os dentes, vestir-se etc.) sozinho, a mãe conta que

ele pede ajuda para poucas coisas, indicando que o filho já apresenta certa autonomia. Quando quer ou precisa de algo, recorre primeiramente à mãe, que passa mais tempo com os filhos do que o pai; ele diz que gosta quando ela o deixa jogar no computador e, também, quando lhe ajuda nas lições de casa.

Apesar de mostrar alguma autonomia em relação aos cuidados pessoais, Eduardo ainda reivindica os cuidados e a presença materna em alguns momentos, especialmente à noite antes de deitar-se (embora divida um quarto com o irmão, separado do quarto dos pais, ele pede que a mãe lhe faça companhia até que durma) e, além disso, não dorme sem a sua chupeta e um lençol que a mãe faz questão de deixar próximo a ele todas as noites, inclusive quando ele esquece. “Eu deixo ao lado dele na cama quando ele esquece, é porque ele gosta, sabe? Toda noite eu vou lá e fico com ele um pouco, até ele dormir...”, é o que nos diz Cecília. Ela conta que só quando Eduardo vai dormir na casa dos primos, ele não sente falta de tais objetos.

Pode-se notar, assim, o quanto esta mãe marca sua presença para o filho, não deixando que ele abdique de um objeto como a chupeta, de uso comum em crianças mais novas. A posição de Cecília é marcada por um discurso que ao mesmo tempo em que diz se preocupar com o “crescimento” do filho, também o dificulta, uma vez que ajuda a mantê-lo em uma posição infantilizada.

A criança demonstra estar situada num momento em que é possível observar a construção da condição de separação em relação à mãe (uma vez que suporta bem as longas distâncias), assim como indícios de sua dificuldade (ao reivindicar a presença da mãe antes de dormir, p. ex.). Parece haver um arranjo sintomático no qual mãe e filho enlaçam-se num jogo de aproximação e de separação, conseqüentemente, de crescimento e de infantilização. Talvez sua participação em uma formação sintomática com o filho, convocando-o a corresponder a uma dificuldade de separação, tenha mais a ver com ela do que com a criança. De tal modo, Eduardo se vê obrigado a responder e, também, obrigado a restituir, ou seja, não se separar, (de) um objeto materno, ainda que substitutivo, na hora de dormir em casa: a chupeta e o lençol.

Se estivermos certos em nossa hipótese para esta formação sintomática entre mãe e filho, então esta criança carrega o peso de tal formação quando está diante de sua mãe, podendo abrir mão de tal arranjo quando dorme fora de casa, por exemplo, e “nem se lembra” dos objetos que, segundo a mãe, gosta de ter por perto na hora de dormir.

A mãe parece ser muito ligada aos filhos. Trabalha pouco fora de casa, passa a maior parte do tempo com eles, o que lhe permite saber sobre seus horários, afazeres e também impor-lhes regras e limites quando necessário.

Cecília demonstra ser uma mãe muito ciumenta. Diz que o pai “brinca muito com os filhos” e que “é carinhoso demais com eles”, a ponto de “esquecê-la”. Se estão pai e mãe assistindo televisão, p. ex., e os filhos aparecem na sala, o pai brinca com eles, o que faz Cecília sentir que “às vezes o pai dá mais atenção pra eles” do que pra ela. Parece, dessa forma, disputar a atenção do pai diante dos filhos.

O pai, por sua vez, aparece bastante no discurso desta mãe – e também da criança, que afirma gostar muito quando o pai joga com ele. Aparece como um sujeito que aproveita mais os momentos lúdicos quando está em casa com os filhos, cabendo à mãe ser mais rígida na imposição de regras e nas cobranças de obediência. Do seu modo, Cecília diz gostar de preservar os momentos que tem com o marido, daí sentir-se “chateada” e “irritada” quando os filhos interrompem situações em que deveriam estar a sós como um casal.

Parece que esta mãe tem dificuldade de aceitar a separação com os outros e sua autonomia, vivenciando-a com rivalidade. O impacto, sobre o marido, do ressentimento de uma mulher ciumenta com dificuldade de aceitar a separação de si é diferente do impacto, sobre um filho pequeno, do ressentimento de uma mãe ciumenta com dificuldade de aceitar a separação de si.

A posição de Cecília junto ao filho parece, assim, ser marcada por uma rivalidade diante do pai. Sua presença talvez excessiva e autoritária seja mais uma forma de controle exercido sobre a criança do que uma extensão da operação da castração característica da função paterna, supostamente vivida por ela com percalços em função do ressentimento.

A Eduardo, por sua vez, cabe encontrar vias de subjetivação para além de sua mãe. Vias que, a nosso ver, estão mais próximas de uma estruturação neurótica, que encontram nos seus afazeres e nos seus relacionamentos cotidianos manifestações que de alguma forma expressam a formação sintomática influenciada por sua mãe.

Eduardo é uma criança que está bem posicionada na linguagem, fala em primeira pessoa, sabe falar de suas atividades rotineiras, do que gosta e do que não gosta. É capaz de construir frases em nome próprio e de sustentar diálogos com o outro. Quando indagado sobre as atividades que mais gosta de fazer, inclui suas atividades esportivas,

como correr, jogar futebol e fazer aulas de judô. Diz que, quando crescer, que ser policial, pois gosta muito de aventura.

Eduardo foi considerado uma criança *caso* no IRDI, apresentando os seguintes indicadores ausentes: 6. A criança começa a diferenciar o dia da noite; 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva; 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção; 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa; e 31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios. Sendo os indicadores 6 e 13 referentes ao eixo teórico *alternância presença-ausência*; os indicadores 14 e 16 referentes ao *estabelecimento da demanda*; e o indicador 31 referente ao eixo da *instalação da função paterna*.

Desde o início, podemos notar dificuldades durante o sono nesta criança, posto que não conseguia diferenciar o dia da noite. Além disso, a ausência do indicador 13 demonstra a passividade e, provavelmente, a antecipação excessiva de Cecília diante do filho nos primeiros meses, não lhe possibilitando demandar de forma mais ativa e, até mesmo, não prolongando seus momentos de ausência diante dele, para que assim o menino pudesse demandar-lhe.

A ausência do indicador 31, referente à diferenciação dos objetos, nos mostra uma atitude de Cecília ainda presente atualmente, a de manter objetos próximos do filho que funcionem como extensão de si mesma, demonstrando, assim, sua dificuldade de separação. Este indicador se refere ao eixo da *instalação da função paterna*, apontando para uma possível dificuldade ulterior de Eduardo encontrar impasses relacionados à castração, à falta de limites e, ainda, de ver-se ele próprio como um sujeito separado de sua mãe.

O que percebemos atualmente, no entanto, é uma criança notavelmente ativa, questionadora e “esperta”, como reitera sua mãe. Além disso, é um sujeito que sabe demonstrar (e dizer) quando gosta ou não de alguma coisa.

Pode-se afirmar que Eduardo atualmente está continuando a se separar da mãe. Se em alguns momentos se sente bem quando dorme na casa dos primos ou mesmo em seu quarto, em outros busca assegurar-se da presença materna e busca também chamar a atenção do pai quando este está ao lado de sua mãe – convocando-o a brincar com ele e com o irmão, mesmo sabendo que tal atitude deixa sua mãe irritada. Por um lado, Eduardo busca saídas para o enlace sintomático que envolve a mãe, quando se dedica a atividades de forma independente. Por outro, encontra-se enlaçado a um arranjo proposto por sua mãe diante da dificuldade que ela encontra ao lidar com a separação

(seja em relação ao filho, seja em relação ao marido), rivalizando com ela a presença de seu pai. As vias de subjetivação encontradas neste caso nos levam a pensar que Eduardo está atualmente posicionado em uma estruturação neurótica, posto que a presença (da lei) paterna é recorrente em seu discurso, em suas atitudes.

Na AP3, Eduardo apresentou *problemas de desenvolvimento*. Seus sintomas clínicos predominantes foram: I.5. Emergência de angústia ou medos durante o brincar e I.9. Pobreza simbólica, ambos pertencentes ao eixo do brincar e do estatuto da fantasia. Sua avaliação na AP3 indicou uma criança angustiada no momento de se separar e com dificuldades em elaborar jogos, apresentando medo de alguns bonecos e fantoches e certa passividade em propor brincadeiras e jogos de faz-de-conta. Sua posição, em vez de tomar iniciativas nos momentos de brincadeira, foi de submissão diante do outro, aceitando as regras sem questionamentos.

Pode-se deduzir de tais resultados que a passividade de Eduardo diante do outro e sua pobreza simbólica no ato de brincar eram decorrentes da angústia sentida pela presença excessiva da mãe, sua imposição de regras e de limites, seu excesso de controle.

Seu resultado recente no AUQUEI apontou qualidade de vida considerada alta, indicando que ele descreve suas atividades, hábitos e algumas situações em que está com a família e os amigos como prazerosas, em que se sente “feliz” e “muito feliz”. Algumas ocasiões assinaladas como fontes de chateação ou de tristeza são referentes a idas ao médico, quando brinca sozinho ou ainda quando os amigos da escola falam dele – referindo-se especialmente ao fato de ser considerado o “menor da turma”.

Apesar de seu resultado neste instrumento ter indicado alto índice de qualidade de vida, retomamos aqui alguns pontos que indicam uma dificuldade teórica e metodológica da utilização deste instrumento: a de reduzir a percepção de qualidade de vida a situações de felicidade. As situações narradas por Eduardo em que se sente muito feliz e feliz, como “à noite, quando se deita”, “à mesa com a família”, “quando pensa em sua mãe”, podem ser indícios de sua dificuldade em se separar da mãe, daí a sensação de felicidade nas ocasiões em que ela está próxima, que podem ser a expressão de um alívio diante da ansiedade de separação. Quando indagado sobre “dormir fora de casa”, Eduardo se lembra de quando dorme na casa dos primos e diz que se sente muito feliz, posição reafirmada quando indagado sobre “quando está longe de sua família”, em que diz se sentir feliz. Ao mesmo tempo em que diz gostar de quando a mãe está

próxima, também afirma se sentir bem quando está longe dela, indicando assim uma ambivalência quanto à presença materna.

As questões que se referem aos momentos em que Eduardo está longe da mãe, como “brincar sozinho” ou “quando os amigos falam de você” foram consideradas por ele como fonte de infelicidade, o que de certa forma está em consonância com os resultados obtidos na AP3, quando ele demonstrava angústia e passividade no brincar. Apesar dos problemas aqui levantados, alguns itens do AUQUEI apontaram na direção de condições que estão coerentes com o que foi observado na criança em anos anteriores. Se deixarmos um pouco de lado o resultado final satisfatório apontado pelo AUQUEI e nos determos em suas minúcias, então poderemos avaliar que alguns itens narrados como fontes de felicidade para a criança podem operar simplesmente como formas de gozo por serem parte da formação sintomática articulada com sua mãe que, ao mesmo tempo em que aponta para o desejo de crescimento do filho, também cria estratégias de barrá-lo, impedindo o filho de sair de uma condição infantilizada. Daí Eduardo sentir-se feliz em sua presença, mas também dizer-se feliz quando de sua ausência. Ou seja, nota-se uma dificuldade de separação desta mãe que implica em uma dificuldade de crescimento do filho.

No CHQ, Eduardo manifestou resultados *insatisfatórios* a partir do relato de sua mãe, apresentando 30,83 no índice físico (PhS) e 48,01 no índice psicossocial (PsS). O que implica que as respostas relatadas por sua mãe referentes a atividades físicas, comportamento social, comportamento físico, percepção sobre a saúde geral, dores, impacto no tempo dos pais, impacto emocional nos pais, auto-estima e saúde mental estão aquém do que seja desejável para uma criança. Eduardo é um filho que demanda muito a atenção de sua mãe que, por sua vez, parece sustentar a dependência do filho, daí então ele apresentar resultados considerados *insatisfatórios* em atividades que exigem mais autonomia e habilidades sociais junto a outras crianças e a seus familiares. Se voltarmos nossa atenção para os resultados já vistos no IRDI, em que predominava a ausência de indicadores relacionados à autonomia e à diferenciação da criança em relação à mãe, apontando dificuldades desta em prolongar suas ausências para que assim o filho pudesse estabelecer uma diferenciação entre eu-outro, e, além disso, se lembrarmos da angústia sentida na modalidade do brincar e pobreza simbólica já detectadas na AP3, então, podemos situar os resultados apontados por Cecília no CHQ como uma dificuldade que ela apresenta de possibilitar a separação em relação ao filho. Há, dessa maneira, uma concordância entre estes resultados ao longo do tempo.

O resultado no CBCL apontou que não há nenhum problema em que Eduardo se encontre na faixa limítrofe ou clínica, ou seja, sua condição sintomática na avaliação foi considerada saudável. No entanto, ao nos determos sobre algumas respostas da mãe em particular sobre o comportamento de seu filho, temos algumas incoerências que podem não apontar em direção a uma psicopatologia, mas que dizem respeito ao funcionamento desta relação em particular.

Na questão 2, p. ex., do inventário CBCL (ver Anexo II), Cecília assinalou que o filho não se “comporta de maneira muito infantil para sua idade”. Da mesma forma, na questão 10, ela assinalou que o filho não costuma agarrar-se aos adultos ou demonstrar-se dependente deles. É só lembrarmos o que Cecília nos conta a respeito da chupeta e do lençol que faz questão de manter próximo ao filho durante a noite, ao dormir. Podemos assinalar, aqui, mais uma discrepância metodológica entre instrumentos distintos: por um lado temos a leitura de que a perspectiva psicanalítica possibilita ao levarmos em consideração o contexto e a história da qual a criança faz parte; por outro, temos os resultados apontados pelo CBCL que nos dão uma visão de fenômenos específicos, ou seja, de comportamentos que a mãe atribui à criança e que, dependendo do contexto em que ela se encontra, podem variar.

Logo, trata-se de uma discrepância metodológica que poderia levar a uma discrepância semiológica e terapêutica, se não considerássemos as especificidades de cada instrumento.

Reiterando uma das propostas iniciais deste trabalho, o que se pretende ao discutir este caso em particular é analisar em que medida há concordâncias e discrepância entre os resultados obtidos a partir de instrumentos distintos ao longo do crescimento desta criança. Eis os pontos de articulação que fazem a singularidade do caso.

Indo mais adiante, Cecília assinalou na questão 6 do CBCL que o filho não consegue parar sentado, demonstrando-se facilmente irrequieto ou *hiperativo*. Se lido isoladamente, tal postura dificilmente seria interpretada como um indício de sua dificuldade de separação da mãe. No entanto, quando remetido à história de Eduardo, basta retomarmos a teoria freudiana para lembrarmos que um sintoma é a expressão de um funcionamento inconsciente. Logo, pode ser interpretado como uma manifestação da ansiedade que acompanha o arranjo sintomático no qual ele está inserido.

Kupfer e Bernardino (2009), em artigo realizado a partir da pesquisa com os indicadores clínicos, apontaram que a noção atual de hiperatividade pode estar remetida a dois aspectos importantes: 1) a uma dificuldade inscrita inicialmente na história do

sujeito de uma função parental que não foi bem estabelecida (acarretando uma dificuldade da criança em se separar dos pais), e 2) distúrbios na construção da imagem corporal decorrentes de uma falha no estabelecimento da função parental. Entendendo o sintoma, no sentido psicanalítico do termo, “como uma forma de apelo, de busca pela intervenção norteadora do pai, o que apontaria para uma dificuldade no processo de subjetivação da criança, que estaria sem recursos para sair da captura do desejo materno” (KUPFER; BERNARDINO, 2009, p. 54), temos então que estes comportamentos ressaltados por Cecília dizem respeito aos impasses subjetivos de seu filho, a uma irritação e uma *hiperatividade* que estão mais próximas de um momento de difícil separação da mãe do que a uma patologia orgânica propriamente dita.

As questões 15 e 20 do CBCL, referentes ao desafio e à desobediência freqüentes de Eduardo, podem ser remetidas à participação da criança na formação sintomática da mãe, em que prevalecem expressões de rivalidade e de desobediência.

As questões 7, 16, 21, 29, 33, 34, 35, 40, 59, 66, 72, 79, 81, 83, 85, 91 e 97 apontam para a constante irritação de Eduardo e, ainda, para sua tendência em se machucar, brigar, gritar, impaciência, mudanças repentinas de humor, comportamentos de birra e de choro, que podem ser entendidos como manifestação diante da excessiva imposição de normas impostas por sua mãe, que apresenta uma notável necessidade de controle sobre este filho.

As questões 48 e 87 apontam para uma dificuldade na hora de dormir e para sentimentos de medo e de ansiedade presentes com razoável freqüência, comportamentos que estão em consonância com o que já foi observado no histórico de Eduardo. Diferentemente do que pontuou sua mãe na questão 47, ao falar que o filho não se sente nervoso ou tenso facilmente, observamos que Eduardo demonstra facilmente sentimentos de angústia diante do excesso de controle da mãe e, também, quando busca se assegurar da presença do pai.

A mãe conta, ainda, que Eduardo é uma criança muito organizada e cuidadosa, de modo que chega a esconder seus brinquedos dos primos quando percebe que “vão quebrar”, também gosta de se arrumar minutos antes dos compromissos, é “ vaidoso” e, por isso, gosta sempre de tomar banho e “passar muito perfume” antes de sair de casa. Eduardo é inscrito, assim, num cenário de filiação, uma vez que a mãe considera que o filho “tem o jeito do pai”.

Eduardo costuma obedecer e cumprir as regras que lhe são impostas, tanto em casa como na escola – e também durante a avaliação –, indicando assim presença de traços ordenadores da função paterna.

A única preocupação apontada em relação ao filho por Cecília é em relação ao crescimento dele – noção esta bastante significativa quando lembramos que o crescimento de uma criança não se restringe aos seus aspectos físicos e maturacionais. Segundo o pediatra que o atende, Eduardo apresenta atraso no desenvolvimento dos ossos. Além disso, costuma adoecer fácil, de febre e de resfriados. Não toma medicação com frequência e a mãe diz que vai pedir ao médico “uma vitamina ou alguma coisa” que permita ao filho crescer de forma mais saudável. Ela diz que se preocupa muito com sua alimentação e que o obriga a comer “feijão, arroz e salada todos os dias pra poder crescer”.

Percebemos, no discurso de Cecília, uma preocupação constante com o crescimento do filho e, também, com os impasses que o impedem. Ao mesmo tempo em que diz desejar o crescimento do filho, Cecília constrói situações que demonstram sua dificuldade em lidar com tal crescimento e, conseqüentemente, com a separação dele decorrente.

4.2.2 Pedro: “as disciplinas que ele gosta”

Pedro é levado à entrevista pela mãe, Tânia. Ele é o filho mais velho, seu irmão mais novo tem 5 anos, sua mãe é veterinária e seu pai trabalha com vendas.

Trata-se de uma criança que gosta muito de conversar, sabe falar em nome próprio e sustentar diálogos extensos, dizendo do que mais gosta de fazer no dia-a-dia e do que não gosta. Sua mãe conta sobre a rotina do filho, de modo que sua fala é complementada por ele ao acentuar o que acha “mais legal” entre os seus afazeres. Pedro frequenta uma escola regular e, paralelamente, vai a uma Escola Municipal de Iniciação Artística (EMIA) uma vez por semana (todas as quintas-feiras), ocasião em que pode se inserir em uma atividade por um tempo de 2 horas. Lá ele encontra atividades de desenho, música, dança, teatro, pintura, escultura, robótica, entre outras. Gosta muito de desenhar e de acampar – já participou de alguns acampamentos com os amigos da escola e diz que gostou muito.

Sua mãe demonstra levar em consideração o discurso do filho, e complementa suas falas confirmando que “ele é muito dedicado ao que gosta de fazer”. Ele se dedica, p. ex., a brincadeiras e jogos que envolvam química, descobertas científicas, matemática etc. Diz que matemática, português e ciências são as matérias de que mais gosta na escola. Além disso, elaborar maquetes (tarefa que costuma fazer sozinho) é algo que o deixa “muito feliz”.

Gosta de reunir os amigos, de brincar com eles. Não gosta muito de brincar com seu irmão, porque ele geralmente o “deixa irritado”. Pedro também gosta muito de colecionar carros antigos, costuma ir a exposições sobre o tema. Tânia conta que ele gosta muito de cantar e que costuma cantar algumas composições de acordo com seu humor – quando está arrumando o quarto, p. ex, soletra letras dos Beatles, de Elvis Presley e de outros cantores de rock. Afirmação que ele concorda ao dizer “é, eu gosto de rock n’roll!”.

Como a mãe passa a maior parte do tempo com os filhos, é a ela que Pedro recorre primeiramente quando precisa de ajuda ou quando quer pedir alguma coisa. O que não isenta seu pai de participar das atividades e rotinas da casa e fazer valer a sua palavra. Tanto no discurso de Pedro quanto no de sua mãe parece haver traços ordenadores da função paterna, isto é, há indícios de que a criança sabe lidar com limites e regras. A mãe não menciona situações em que Pedro seja desobediente, pelo contrário, indica que poucas foram as vezes em que precisou chamar a atenção do filho por motivos de desobediência ou de teimosia.

Pedro foi considerado uma criança *caso* no IRDI, apresentando os seguintes indicadores ausentes: 14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção; 24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas; e 28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai. Sendo o indicador 14 referente ao eixo teórico de *estabelecimento da demanda*; e os indicadores 24 e 28 referentes ao eixo da *instalação da função paterna*.

Nota-se que o indicador 24, referente à reação da criança diante das breves ou prolongadas ausências da mãe, pode ser observado atualmente. Pedro diz que não gosta de ficar muito tempo longe de sua mãe e em ocasiões nas quais precisa dormir fora de casa por alguns dias, como nos acampamentos que faz com os amigos da escola, sente “muita saudade dela”. Percebe-se uma criança extremamente apegada à mãe, ao seu

discurso e às regras por ela impostas, uma vez que praticamente não há ocasiões de desobediência e de questionamento às regras por este filho.

Na AP3, Pedro apresentou *problemas de desenvolvimento* no eixo que trata sobre o corpo e sua imagem. O sintoma clínico detectado foi o II.1. Dificuldade no controle esfinteriano. Na época, Pedro apresentou problemas de constipação, chegando a passar mal e ser levado ao pronto-socorro após reter as fezes por mais de uma semana. No relato dos pais, consta que Pedro se recusava a comer com certa frequência, pois tinha “medo de fazer cocô”. Foi observada a presença de sintomas neuróticos condizentes com a retirada de fraldas e face às leis e ordens impostas pela mãe. No relato dos pais, cabia à mãe ser responsável pela educação mais rígida por passar mais tempo em casa e, ao pai, os momentos de descontração, aproximando-se do filho de forma mais lúdica e afetiva. Pedro apresentava-se inserido num cenário de filiação (sua mãe chegou a dizer que tinha o “jeito parecido com o do pai”) e tanto o pai como a mãe demonstraram a preocupação de não atender a todas as demandas do filho.

Em sua fase atual, Pedro não apresenta dificuldade no controle esfinteriano. Apenas em situações em que está mais ansioso apresenta sintomas de prisão de ventre, mas não retém as fezes de maneira “voluntária” (e permeada pela sensação de medo) como o fazia aos 3 anos de idade.

Seu resultado no AUQUEI apontou uma noção de qualidade de vida considerada alta. A maioria de suas atividades e ocasiões em que está entre os amigos e a família foi narrada como fonte de prazer, nas quais se considera feliz e muito feliz. Nas situações em que se encontra distante da família, nas idas ao médico e, ainda, nas brincadeiras com seu irmão ele diz que se considera infeliz e muito infeliz. Ele não gosta de ver brigas e diz que tem medo de se perder quando sai na rua. Também diz não se sentir bem quando passa algum tempo longe da família. Quando isso acontece, “sente saudades”.

Ao nos determos sobre a particularidade do caso de Pedro, podemos entender as situações narradas como fonte de felicidade como aquelas que geralmente estão remetidas à presença e à proximidade de sua mãe, indicando certa dificuldade no momento de ter que se haver com a separação em relação a ela. Este momento está sendo atravessado com angústia e com sintomas frequentemente observados em crianças que se encontram em uma estruturação neurótica: medo de se perder quando longe dos pais, excesso de preocupação com limpeza e organização, dificuldades na evacuação quando está ansioso e, ainda, sentir-se irritado quando o irmão quer brincar

com ele, demonstrando que prefere preservar o seu espaço a brincar junto com o irmão mais novo. Quando indagado se gosta de brincar sozinho, Pedro respondeu que adora “fazer maquetes”, as maquetes que fazem parte das lições da escola.

Tânia demonstra ser uma mãe que leva em consideração e que valoriza as descobertas do filho, falando delas com muita admiração. É possível notar, no discurso desta mãe, certa idealização do filho que, por sua vez, corresponde aos olhares de admiração de sua mãe e, também, de seu pai.

No CHQ, seu índice físico (PhS) foi considerado *satisfatório* (59,80), indicando bons resultados relacionados à sua condição física, percepções sobre a saúde geral, frequência e intensidade de dores, impacto no tempo dos pais e impacto emocional nos pais. Seu índice psicossocial (PsS), no entanto, ficou um pouco abaixo da média considerada satisfatória (47,65), apontando respostas que merecem atenção, tais como o impacto no tempo dos pais, impacto emocional nos pais, comportamento social, autoestima, saúde mental. Estes resultados corroboram, de certa maneira, o bom envolvimento de Pedro em atividades físicas assim como seu estado de saúde e, também, podem expressar algumas dificuldades relacionadas ao contato com os outros – no AUQUEI, p. ex., afirmou ter medo de se separar dos pais e diz preferir brincar sozinho a estar com outras crianças.

Seu resultado no CBCL indicou que ele está na faixa limítrofe para o problema de *reações emocionais* e na faixa clínica para os *problemas de ansiedade*, índices que estão coerentes com o que foi narrado por sua mãe: Pedro é uma criança que choraminga e faz birras com certa frequência, é perturbado por mudanças em sua rotina e muda rapidamente de humor (oscila entre tristeza e alegria, p. ex.) ou de sentimentos, demonstrando certa dependência em relação aos adultos (especialmente da mãe); além disso, fica muito aflito quando separado dos pais e, às vezes, tem pesadelo e não gosta de dormir sozinho; também se sente ansioso e com medo e demonstra-se preocupado com facilidade.

Ao nos determos às particularidades do inventário CBCL (Anexo II), percebemos que nas questões 3, 5, 8, 10, 11, 16, 22, 29, 32, 33, 37, 81, 82, 83, 85, 96 e 97 Pedro é tido como uma criança que demonstra ter medo e ansiedade com razoável frequência, chorando, demonstrando irritação diante de mudanças em sua rotina, demandando muita atenção de seus pais e com dificuldades de esperar quando quer alguma coisa. Tais respostas apontam para um excesso de submissão à lei paterna, que lhe provoca poucos questionamentos. Parece que os sintomas de Pedro estão atrelados ao ideal colocado por

sua mãe para este filho: ser aquele que é obediente, organizado, que é curioso, gosta de rock, é interativo e faz descobertas interessantes, sendo assim o filho exemplar. Se lembrarmos do *desejo que não seja anônimo*, que Lacan (1986) se refere em *Duas notas sobre a criança*, podemos dizer que este filho foi desejado e antecipado muito antes de seu nascimento, isto é, inscrito num cenário de filiação. Pedro parece ser colocado no lugar do filho ideal pela mãe e a ele corresponder – no entanto, não sem sintomas e nem sem angústias.

Se tomarmos o resultado obtido no CBCL no conjunto da história de Pedro e não como diagnóstico conclusivo de problemas de ansiedade, então podemos remetê-lo ao desejo desta mãe pelo filho ideal. Jerusalinsky (2002) já alertara para esta antecipação que preexiste e precipita o sujeito no sistema simbólico. Mas o que não está escrito de antemão é o que o sujeito fará com isso. Sua subversão está justamente na capacidade de não se tornar vítima de sua estrutura e do desejo de seus pais. Cabe a ele decidir o que fazer com ela... Torná-la uma prisão, uma desculpa, um ato criativo etc.

E como será que Pedro aprenderá a lidar com uma mãe que lhe convoca como ideal, que lhe permite crescer desde que nos limites por ela estabelecidos? Uma mãe que demonstra exercer sua função ao lado da função paterna, encarnando o agente da imposição de leis e de limites à criança, responsável por sua educação pedagógica, regrada, que chega a preencher os tempos “livres” do filho com atividade extracurriculares, de “disciplinas que ele gosta”, como matemática, química, ciências. Tânia parece, assim, preencher tanto o tempo do filho com atividades “disciplinares”, que parece sobrar-lhe pouco tempo para atividades de distração e de brincadeira. Quando indagada, na questão 26 do CBCL, se o filho não sabe como se divertir ou se age como um pequeno adulto, ela disse que tal característica não tem a ver com Pedro. Mas o que se nota, contraditoriamente, é que ela o educa como um pequeno adulto, fazendo ressaltar os comportamentos que mais admira – relacionados ao interesse do filho por músicas de que ela gosta, pela coleção de carros antigos, pelo envolvimento e pela dedicação dele nas atividades da escola. E Pedro, por seu lado, parece ser extensão do desejo de sua mãe, ao corresponder ao que ela lhe impõe.

Tânia conta que notou que ele aprendeu a mentir recentemente, comportamento que a deixa preocupada e que podemos considerar uma tentativa da criança de estabelecer uma imperfeição na idealização por que está acometido, bem como uma fronteira para sua intimidade: sobre alguns assuntos, apenas ele é quem sabe a verdade. Ao ser indagada sobre as qualidades do filho, ela ressalta que ele é uma criança “atenta,

obediente e interativa”, características estas que puderam ser observadas durante a entrevista: Pedro se manteve atento ao que lhe era solicitado, demonstrou aceitar e obedecer às regras e soube se posicionar diante de algumas situações deixando claro o que gostava e o que não gostava de fazer. Além disso, sua mãe considera que ele gosta de desafios e apresenta questionamentos maduros para sua idade, gostando de compartilhar suas descobertas.

Pedro foi uma criança que apresentou riscos para o desenvolvimento desde o início da pesquisa. Se os seus resultados no IRDI já apontavam uma intolerância às ausências da mãe, tal atitude se repete na avaliação atual realizada com o CBCL. Há sintomas de ansiedade predominantes, expressos na dificuldade em ver-se muito tempo separado da mãe, nos pesadelos constantes, segundo o discurso da mãe e, ainda, no excesso de preocupação que demonstra em algumas ocasiões – quando está na rua, p. ex., e tem medo de se perder. Apesar de ser uma criança com amplo vocabulário e com uma capacidade notável de estabelecer laço com o outro (convocando ao diálogo e à brincadeira, negociando regras, apresentando questionamentos curiosos, expondo o que aprende), notam-se aqui fortes indícios de problemas de ansiedade, que podem ser decorrência de uma via obsessiva de estruturação subjetiva ou mesmo entraves neste processo de constituição subjetiva.

4.2.3 Miguel: “muito agitado”

Miguel é notavelmente uma criança educada entre adultos. Seu pai é professor universitário e sua mãe faz pós-doutorado em Santo André. Na época da entrevista, Miguel tinha 6 anos e sua mãe aguardava o resultado de um exame de gravidez. Sobre a expectativa de ganhar um novo irmão, ele diz que se houvesse “um bebê dentro da barriga da mãe, ela não poderia mais correr de esteira” e, ainda, que ele seria “o irmão mais velho. É legal ser o irmão mais velho, porque vou dividir o que eu tenho, os bonecos, os jogos de vídeo-game...”.

Miguel foi levado à entrevista pela mãe, seu pai estava trabalhando. Fernanda (mãe) conta que na época da realização da AP3 (quando o filho tinha 3 anos) Miguel estava “numa fase muito agitada” porque haviam acabado de se mudar para Santo

André. Atualmente, ela considera que o filho “está mais calmo”, mas aos poucos nos fala de situações em que o filho se sente bastante “angustiado” e “ansioso”.

Fernanda diz que já fez 4 concursos para ser docente de uma universidade pública, mas ainda não foi aprovada. Ela diz que sente por ver seu marido já estável na profissão (ele passou em concurso público p/ dar aulas em S. André quando Miguel tinha 3 anos) e ela ainda não. Conta ainda que Miguel acompanha seu ritmo de estudos, suas expectativas e frustrações; acompanha também os pais em suas viagens para congressos e eventos e, desde cedo, costumava ficar na sala de aula junto com a mãe quando ela ia assistir à aula ou acompanhar o pai em seu trabalho na academia.

Miguel gosta de jogar vídeo-game com o pai e de alguns jogos no computador. Também gosta de desenhar, diz que sua professora sempre elogia seus desenhos e, durante a entrevista, ele faz um desenho em que estão ele e a pesquisadora.

Ele identifica algumas situações que o deixam “agitado”: até alguns dias atrás, sua cama ficava posicionada de tal forma no quarto que era possível visualizar o movimento dos carros que passavam na rua, o que o deixava com dificuldades para dormir; agora sua mãe mudou a posição da cama de modo que ele visualiza o céu, deixando-o mais “tranquilo” durante a noite. Além disso, Fernanda ressalta que geralmente alguns eventos marcados com antecedência o deixam ansioso, como algumas festas e reuniões escolares, show do Arnaldo Antunes etc. Ela diz que o filho cria expectativas em relação ao evento, fala sobre ele durante os dias que o antecedem, sonha com situações que podem acontecer no dia, o que compõe os sinais da “agitação” do filho. Fernanda diz ainda que Miguel mudou de escola recentemente e que na atual, diferentemente da anterior, ela começou a receber notificações dos professores sobre a extrema “agitação” de Miguel, que “ele não pára quieto depois de realizar uma tarefa”. Miguel confirma a narrativa da mãe. Fernanda acha que o filho não mudou o seu jeito, mas sim que a escola atual está sendo mais “incisiva”, uma vez que “é tida como muito rigorosa e tradicional na região”.

A escola de Miguel dispõe de várias atividades extracurriculares, como aulas de música, de judô, de futebol, entre outras. Fernanda diz que procura respeitar o tempo e o ritmo do filho, sem obrigá-lo a fazer as atividades, mas matriculando-o naquilo que ele pede. Atualmente, Miguel participa das aulas de judô, de futebol e de flauta – sendo esta última a que ele mais gosta. Fernanda diz que Miguel solicita pouco a sua ajuda nas lições de casa; a ajuda mais recente foi referente a uma história que ele precisaria criar com ilustrações, tendo início-meio-fim. Essa tarefa foi difícil porque Miguel acabou de

aprender a escrever, mas com a ajuda da mãe ele conseguiu finalizá-la. Parava um pouco para retomar depois, pois Miguel diz que gosta de fazer muitas atividades ao mesmo tempo. Diz que às vezes se angustia “porque precisa acabar logo”, de modo que sua angústia está mais voltada para a finalização da tarefa do que para deixá-la inacabada.

Fernanda diz que tanto ela como o marido têm “poder de decisão” na relação com o filho. Miguel reitera o que sua mãe diz, indicando que quando precisa de algo ou quando solicita alguma coisa, sabe que pode pedir tanto para o pai como para a mãe. Não há divergência dos pais quanto às regras impostas ao filho. Fernanda diz que Miguel costuma ser uma criança obediente, que sabe respeitar normas e regras. Uma coisa que a preocupa é a ansiedade do filho, o que às vezes costuma deixá-lo inseguro em relação a algumas tarefas. Por isso, Fernanda diz que gostaria de deixar o filho ocupado com mais atividades – proposta inclusive já sugerida pelos professores da escola –, no entanto, como o trabalho dela e do marido é “mais teórico”, para ambos “é bom que Miguel fique horas no computador”... Ela diz que tenta preencher o tempo do filho com outras tarefas, mas que, no geral, “é difícil” e ele acaba ficando muito tempo na frente do computador.

Além disso, Fernanda ressalta a dificuldade em fazer amigos na região em que mora. Diz que são raros os vizinhos que respondem aos cumprimentos e, também por isso, Miguel acaba passando a maior parte do tempo com os pais, com os amigos dos pais ou sozinho em suas atividades, jogos e lições.

Percebe-se a diferença do vocabulário da criança, amplo e bem articulado, quando comparado a outras crianças de sua idade.

Miguel é uma criança que não foi caso no IRDI e também não apresentou *problemas de desenvolvimento* ou *risco psíquico* na AP3.

Seu resultado no AUQUEI indicou alta qualidade de vida, sendo que na maioria das situações propostas ele se considerou feliz e muito feliz. As sensações de infelicidade foram narradas como referentes às idas ao hospital, quando brinca sozinho (preferindo a companhia de outras crianças) e às horas antes de dormir, momento em que se sente mais angustiado, pois tem medo de “zumbis” na escuridão e sente dificuldades para dormir, chegando a ter pesadelo às vezes. Uma das questões se refere a um momento futuro, se ele pensa em quando tiver crescido, ao que Miguel responde nunca ter pensado nisso... Ele diz que tem um sonho que sabe que “não vai ser realizado, porque é impossível”, mas que gostaria de crescer com super poderes para

ajudar as pessoas – diz que gostaria de ter o “poder de gelo” para ajudar as pessoas que precisassem congelar seus alimentos.

No CHQ, seu índice físico (PhS) foi considerado *satisfatório* (53,07), o que indica bom desempenho físico e estado de saúde. Seu índice psicossocial (PsS), porém, foi considerado *insatisfatório* (44,02), apontando dificuldades nos seguintes fatores: impacto no tempo dos pais, impacto emocional nos pais, comportamento social, autoestima e saúde mental. Tais resultados confirmam, de certa forma, o que nos foi relatado por Fernanda acerca da agitação de seu filho, que acarretaria uma preocupação maior de sua mãe em relação aos fatores pertencentes ao índice de bem-estar psicossocial.

Miguel parece ser uma criança que não apresenta dificuldades em se separar dos pais, diz que gosta quando vai passar o dia ou até mesmo dormir na casa dos amigos, que “brincam bastante”. Sua mãe, por sua vez, demonstra-se sensível às solicitações do filho, tomando em consideração o que ele lhe pede e indaga, procurando responder tudo da forma mais clara possível – diz que prefere conversar a ter que chamar-lhe a atenção por algo que fez de errado.

Seu resultado no CBCL indicou que ele se encontra na faixa normal para todos os problemas, com exceção do problema de *reações emocionais*, em que Miguel apresenta-se na faixa clínica para esta condição sintomática. Este resultado está de certa forma coerente com o discurso narrado pela mãe, que indica que o filho é facilmente perturbado por qualquer mudança em sua rotina, às vezes tem movimentos nervosos e repetitivos como o balançar de pernas e o roer de unhas, fica facilmente emburrado, choraminga e demonstra-se muito preocupado quando algo o incomoda. Além disso, Fernanda também pontuou que há eventos agendados com antecedência que deixam o filho mais “agitado” e “cheio de expectativas”. De certo modo, pode-se afirmar que tais reações emocionais são referidas a algumas circunstâncias que tanto Fernanda como o filho sabem situar em seu cotidiano, isto é, não são reações que acontecem sempre e em qualquer situação, mas estão circunscritas a alguns eventos em particular.

Detendo-nos agora nas minúcias do inventário CBCL (Anexo II), vemos que Fernanda assinalou as questões 5, 6, 8, 11, 15, 20, 21, 33, 36, 40, 46, 81, 83, 87, 96 e 97 como as que acontecem com razoável frequência. Tais questões expõem comportamentos de: irritabilidade, choro, medo, ansiedade, preocupação, nervosismo, impaciência e desobediência de Miguel. Tais comportamentos, no entanto, são observados mais na escola, onde Fernanda já recebeu queixa de professores, do que em casa, onde Miguel se comporta como um filho exemplar, educado, gentil e inteligente.

Sua mãe chega a marcar na questão 26 que ele freqüentemente age como um pequeno adulto. Tais resultados nos levam a pensar se a agitação de Miguel seria decorrência de um excesso de submissão à lei paterna, fazendo com que ele expresse sua angústia mais no contexto escolar do que em casa. Retomando o que foi dito por Kupfer e Bernardino (2009) a respeito da *hiperatividade*, é válido interpretar os comportamentos agitados de Miguel como manifestações sintomáticas inconscientes, ou seja, como resultados de uma forma de subjetivação.

Entre suas preocupações em relação ao filho, Fernanda ressalta que gostaria que o filho desenvolvesse sua “inteligência emocional para saber lidar com as perdas”. Preocupação que, de algum modo, pode ser entendida como uma extensão do momento atual em que Fernanda vive, que já passou por alguns concursos públicos sem obter o êxito desejado e que ainda busca uma estabilidade em seu campo profissional.

Entre as qualidades de Miguel, ela considera o filho “compreensivo, maduro para sua idade, inteligente, curioso”.

Embora tenha se mostrado sem sintomas clínicos em todas as etapas da pesquisa, é interessante observar os indícios de ansiedade e de “agitação” de Miguel como algo que pode vir a ser preocupante caso seja uma saída obsessiva diante da excessiva submissão à lei do pai. Trata-se de uma criança que pouco questiona as regras que lhe são impostas, tem poucas tentativas de negociação e, quando não gosta de algo, prefere simplesmente se calar e fazer “do seu jeito”. Uma questão que pode surgir a partir dessas dificuldades leva em conta o que os pais idealizam sobre esta criança e, também, de que forma o desejo dela está inscrito nesse cenário de filiação. Em outros termos, trata-se de levar em consideração que nem sempre o silenciamento e a obediência da criança são decorrência de uma estruturação subjetiva sem percalços. Se, por um lado, Miguel pode estar caminhando em direção a uma estruturação neurótica com notáveis sintomas obsessivos, por outro, pode também criar vias de saída diante de uma excessiva submissão à função paterna que lhe tragam sintomas de angústia e de possível sofrimento psíquico, deixando em segundo plano a expressão de seu próprio desejo.

4.2.4 Marcos: “uma criança que parece não ter regras”

Marcos é levado à entrevista pelo pai. Tem uma irmã mais velha, de 15 anos, seu pai trabalha como técnico em uma gráfica e sua mãe, como babá.

No relato do pai, o menino é descrito como “bagunceiro, insistente, agitado, desobediente”, “uma criança que parece não ter regras”. “Tudo que ele quer, tem que ser na hora”, é o que nos diz seu pai, Antônio. Embora enfatize a desobediência às regras de seu filho, Antônio não parece se implicar como operador de um discurso que impõe regras e limites (que seja operador da função paterna), pois seu relato é marcado por sorrisos ao dizer que o filho costuma falar alto em casa (ele diz que Marcos “fala alto como a mãe, é igual a ela no gênio”), insistir quando quer alguma coisa, “fazer birra como uma criança de 2 anos” etc. De certa forma, nota-se que há um regozijo desse pai ao narrar os problemas evidentes da criança, ou seja, há atitudes que são consideradas como problemáticas, mas percebem-se poucos indícios de tentar modificá-las.

Marcos passa a maior parte do tempo com seu pai. Acompanha-o de manhã cedo no trabalho, onde fica na sala em que o pai trabalha “mexendo no computador” ou na copa assistindo televisão. Depois do almoço, o pai o leva até a Escola de Aplicação (USP), onde ele fica até 18h. Quando chega em casa, ele brinca e costuma dormir por volta de 1h. Ele diz que o filho “faz muitas coisas ao mesmo tempo” e só se concentra em uma atividade quando gosta do que está fazendo. Ele apresenta atualmente dificuldades em português, disciplina em que precisa de aulas de reforço na escola. Gosta de fazer suas lições de casa sozinho, só pedindo ajuda dos pais “quando tem dúvida”.

Quando questionado sobre as regras de casa, Antônio conta que na casa deles “não há muitas regras”. Quando Marcos não faz algo que lhe pedem (como cuidar do cachorro, p. ex.), fica de castigo (geralmente o castigo é ficar sem usar o computador por alguns dias).

Ao mesmo tempo em que Marcos é situado como um filho bagunceiro e desobediente, seu pai diz que ele é um filho que “ajuda muito, ele não é egoísta”, às vezes chega a ser “carinhoso” e “meigo” com os pais. Em seguida, Antônio diz que a mãe perguntou sobre a possibilidade de atendimento psicológico para o filho, por causa da “agitação” dele.

Durante a entrevista, Marcos se manteve tranqüilo e falou pouco, seu pai disse que ele estava “com vergonha”.

No IRDI, Marcos foi considerado uma criança *não caso*, ou seja, não apresentou dois ou mais indicadores ausentes.

Na AP3, não apresentou *problemas de desenvolvimento* ou *risco psíquico*. No entanto, apresentou sintomas de estrutura no eixo referente à manifestação diante das normas e posição frente à lei – trata-se do sintoma III.1 Birras prolongadas. Na época, Marcos foi situado no discurso dos pais como uma criança “elétrica, levada e bagunceira”. A mãe pareceu ser mais rígida na imposição de regras e de limites ao filho, enquanto o pai, por sua vez, disse não conseguir ser mais rígido com ele, lembrando de sua própria educação quando criança, que “apanhava muito de seu pai”. Em função disso, o pai de Marcos disse “ter dó” do filho, daí não conseguir impor certos limites.

Aos 3 anos, Marcos quebrava os brinquedos em casa, demonstrava desobediência excessiva diante de seu pai e de sua mãe. Na escola, e até mesmo durante a Avaliação Psicanalítica realizada aos 3 anos, no entanto, seu comportamento foi bem diferente. Em seu histórico da AP3, há notas que relatam o comportamento de Marcos como “tranqüilo”, “uma criança que sabe esperar”, “responde às demandas do outro”, “reconhece regras” e “toma iniciativas de começar algumas brincadeiras”. No relato das professoras da época, Marcos era considerado “calmo” e “prestativo”, posto que gostava de dividir os brinquedos com os colegas sem quebrá-los.

Tais atitudes permitiram notar que Marcos costumava fazer birra diante dos pais, apresentando comportamento bem diferente em outros contextos e diante de outras pessoas, de modo que ele sabia reconhecer leis e normas, apenas fazia questão de burlá-las quando estava próximo das figuras parentais.

Seus resultados atuais reiteram de alguma forma comportamentos de desobediência à lei paterna quando diante de pai e de mãe. Seus resultados no AUQUEI e no CHQ apontaram um índice de qualidade de vida considerada prejudicada e no CBCL há vários sintomas na faixa clínica.

Marcos disse, durante a recente entrevista sobre qualidade de vida, que não gosta quando lhe digam o que fazer, ou seja, não gosta de receber ordens; no entanto, diz sentir-se infeliz quando briga com a irmã, pois ela geralmente bate nele e ele fica de castigo depois. Algumas situações são remetidas a sensações de infelicidade, tais como “à noite ao deitar-se”, “à mesa junto com a família” (ele diz que prefere almoçar sozinho no sofá diante da televisão), “na sala de aula”, “quando os amigos falam dele” (que geralmente “implicam”, como ele diz), entre outras. As atividades ditas prazerosas

são aquelas que Marcos desenvolve durante o recreio escolar (quando gosta de brincar no “parquinho que tem areia”), quando anda de skate ou quando assiste à televisão.

Nota-se que Marcos tem dificuldades de falar sobre sua rotina e sobre as atividades de que gosta de fazer. Ele diz que de manhã fica no trabalho com o pai, às vezes “sem fazer nada”. O período em que fica na escola é preenchido por “agitação” na sala de aula, Marcos nem sempre consegue terminar as tarefas e tirar boas notas, diz que prefere a hora do recreio no parque. Em casa costuma falar alto, não gosta que o perturbem. Parece que sua agitação é em decorrência de querer fazer muitas coisas ao mesmo tempo e se concentrar pouco em atividades específicas. Marcos diz que quando quer ou precisa de alguma coisa recorre mais à mãe, embora seja o pai a pessoa que fica a maior parte do tempo com ele. Nota-se, dessa forma, que o discurso paterno é um tanto frágil, no sentido de Marcos não reagir de maneira “obediente” ao que o pai lhe diz, mas, pelo contrário, agir como se não reconhecesse os limites e as regras. Diante das transgressões, nota-se que o pai remete as respostas de Marcos mais a uma filiação com o “jeito da mãe” (que é “insistente quando quer alguma coisa”, que gosta de “falar alto”) do que com a lei propriamente dita (como algo que precisa ser mudado em seu comportamento).

No CHQ, seus índices físico (PhS) e psicossocial (PhS) de qualidade de vida relacionada ao estado de saúde foram considerados *insatisfatórios*, apresentando médias muito abaixo do esperado para uma criança (28,48 e 22,26, respectivamente). Tais resultados apontam sérios comprometimentos nos seguintes fatores: função física, comportamento social, percepções sobre a saúde geral, dores, impacto no tempo dos pais, impacto emocional nos pais, auto-estima e saúde mental.

Os sintomas apontados pelo CBCL foram: *reações emocionais, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de sono, comportamento agressivo, transtorno afetivo, transtorno de ansiedade e transtorno opositor desafiante* – todos na faixa clínica de problemas, com exceção deste último que se apresentou na faixa limítrofe. Tais sintomas incluem entre os comportamentos frequentes de Marcos a constante irritação, mudanças repentinas de humor, ficar emburrado facilmente, choramingar, ser insistente e persistente quando quer alguma coisa, demandar atenção dos pais até quando consegue resolver algo sozinho, ficar aflito quando separado dos pais, ficar nervoso, ansioso e medroso facilmente, falar palavrões, ter dores de cabeça sem causa médica, apresentar dificuldades para dormir (o que o leva a não querer dormir sozinho e a dormir poucas horas durante a noite), não suportar esperar, ser

desobediente e não se sentir culpado depois de se comportar mal, meter-se em brigas, gritar muito, entre outros.

Quando nos detemos especificamente sobre as questões do CBCL (Anexo II), vemos que Antônio assinalou as questões 11, 16, 17, 18, 20, 27, 33, 46, 59, 66, 81, 83, 85 e 91 como muito freqüentes no comportamento do filho. O que demonstra sua excessiva irritabilidade, agitação e nervosismo, além de indicar que ele pede ajuda constantemente aos adultos. Tais comportamentos, quando muito freqüentes, apontam para uma condição clínica da criança, que pode ser preocupante se remetida à fragilidade da instalação da função paterna.

As questões 2, 5, 13, 22, 29, 30, 38, 73, 87, 88, 94 e 97, apontadas como razoavelmente freqüentes no comportamento de Marcos, dizem respeito à sua dependência em relação aos adultos, sua dificuldade em fazer as suas próprias atividades sozinho, sua facilidade em sentir medo e de chorar, sua timidez, seu comportamento infantil para a idade e, também, sua dificuldade para dormir, o que de certa forma reitera o que foi observado no AUQUEI, onde Marcos diz se sentir infeliz “durante a noite, ao deitar-se”.

Apesar de todos os sintomas relatados, Antônio afirma que não tem preocupação em relação ao filho. Contudo, contraditoriamente, ressalta o pedido de sua mulher para a possibilidade de atendimento psicológico para o filho. Entre as qualidades da criança, o pai destaca que ele é muito “carinhoso, meigo e brincalhão”. Antônio parece tratar com admiração alguns comportamentos do filho, deixando a desejar na imposição e na administração de limites, de regras, de punições e de premiações.

Vemos, neste caso, uma dificuldade deste pai em marcar sua posição e exercer sua função diante do filho. Pelas lembranças que tem da agressividade de seu próprio pai, Antônio fica à mercê dos comportamentos do filho, aceitando-os com resignação.

Marcos, por sua vez, parece perceber a fragilidade do posicionamento de seu pai, posto que é diante dele (e também da mãe) que comete os atos de birra, de infantilidade e de irritabilidade. Se Marcos, desde os três anos, como foi observado na AP3, sabe se comportar de forma educada e prestativa diante de outras pessoas, de seus professores e de colegas, talvez seja por reconhecer traços ordenadores da função paterna, as restrições dos próprios impulsos em concordância com o contexto em que está, percebendo que com o pai é permitido fazer birras, ser “bagunceiro, agitado e desobediente”. Percebe-se que em Marcos há presença de uma interdição que sustenta nele algumas formas que a lei pode adotar. No entanto, ele também parece reivindicar a

lei ao seu pai, posto que este é a figura frágil neste cenário de filiação. Daí os comportamentos notavelmente infantis para sua idade quando diante da figura paterna. Os sintomas de estrutura referentes às birras prolongadas – já ressaltados por Jerusalinsky (2008) como manifestações inconscientes que comparecem sob formas típicas do comportamento de elaboração do sujeito infantil, como mentira e fabulações ocasionais, transgressões exploratórias ligadas à curiosidade, temores noturnos transitórios, trapaceadas defensivas, entre outras ações que não indicam riscos ou posições patológicas – detectados na AP3 se transformaram ao longo do tempo, no caso de Marcos, em comportamentos manifestamente clínicos no CBCL que, de alguma forma, corroborou o que antes tinha operado como um problema passível de ser desenvolvido ulteriormente no desenvolvimento da criança.

Logo, o que vemos neste caso, apesar das discrepâncias teórico-metodológicas entre instrumentos, é a própria manifestação de sintomas de estrutura já indicados na AP3 como passíveis de repercussões clínicas posteriores. Nota-se, contudo, a diferença de abordagens dos instrumentos sobre a dificuldade de Marcos em lidar com a fragilidade da função paterna: se temos de um lado a AP3 apontando sintomas de estrutura e localizando esta dificuldade no cenário de filiação da criança, de outro temos o CBCL com seus perfis que orientam problemas emocionais e comportamentais. O que nos permite afirmar que qualquer intervenção que venha a ser feita com esta criança pode levar em consideração não apenas os problemas e as dificuldades iminentes em seu comportamento, mas remetê-los à posição que ocupa diante do pai, à dificuldade que encontra ao reivindicar uma lei que o limite, que o barre e que o autorize de certa forma a estabelecer novos tipos de laço com o outro, que não sejam apenas os das “birras” e da “agressividade”.

Podemos remeter, portanto, os sintomas de Marcos ao seu contexto, ao seu cenário parental e, desta forma, compreender um pouco da lógica que sustenta os comportamentos agressivos desta criança.

V Por concluir

O que se esperava com este estudo era verificar em que medida resultados obtidos com a aplicação do IRDI e da AP3 correlacionam-se com a qualidade de vida e com a condição sintomática da criança aos seis anos de idade, avaliadas com a aplicação do AUQUEI, do CHQ e do CBCL.

A análise qualitativa permitiu verificar que alguns itens dos instrumentos discutidos apresentam alguma sintonia entre si, ainda que o resultado final em cada um não apresente a mesma sintonia.

A análise estatística indicou que há evidências de associação significativa entre o IRDI e o índice psicossocial do CHQ. A análise descritiva demonstrou haver associação entre a AP3 e os índices físico e psicossocial do CHQ. Embora nem todas as associações realizadas tenham se mostrado estatisticamente significantes, este estudo constitui-se como exploratório e, dessa forma, aponta para a relevância de futuros estudos de sensibilidade do IRDI e da AP3 para qualidade de vida e condição sintomática em idades posteriores.

As associações realizadas entre os resultados do IRDI e da AP3 e os resultados obtidos no AUQUEI demonstraram que a presença ou ausência de indicadores clínicos, de problemas de desenvolvimento ou de risco psíquico não exerce forte influência sobre a qualidade de vida da criança, tal como avaliada por este instrumento. Reiteramos, contudo, que se utilizou, na validação do AUQUEI no Brasil, uma noção de qualidade de vida que se serviu de crianças saudáveis, apresentando factibilidade e características satisfatórias sob o ponto de vista psicométrico. Entretanto, não há consenso que a definição de qualidade de vida deva ser avaliada somente a partir da perspectiva da criança. Como vimos acima, pesquisas mais recentes apontam que há diferença entre a percepção que a criança tem de sua qualidade de vida e a percepção de seus pais e/ou cuidadores, o que nos leva a questionar se a noção de qualidade de vida deve ser concebida somente a partir do ponto de vista da criança, não incluindo o do adulto que com ela convive.

Uma questão que se impõe a partir do estudo realizado é a de que é necessário ampliar a noção de qualidade de vida com a qual a literatura vem trabalhando, no que diz respeito à sua sensibilidade diferencial para psicopatologia, isto é, será que crianças que sofrem de alguma psicopatologia respondem de maneira diferente de crianças saudáveis às questões propostas sobre sua qualidade de vida? É válido utilizar um instrumento que foi concebido a partir do uso com crianças saudáveis e aplicá-lo em crianças que sofrem de uma patologia orgânica ou de uma psicopatologia? Os resultados

permitem interrogar, ainda, se os sujeitos portadores de alguma psicopatologia na infância são avaliados positivamente para qualidade de vida ou porque na sua percepção a patologia não se constitui como um entrave à sua qualidade de vida ou porque, simplesmente, não possuem as mesmas habilidades psíquicas de distinguir situações felizes e infelizes de seu cotidiano, isto é, não respondem da mesma maneira que uma criança cujo desenvolvimento ocorre de forma saudável.

Além disso, trata-se de um instrumento que não está afinado teórica e metodologicamente ao IRDI e à AP3, construídos a partir do referencial teórico da psicanálise. A proposta de correlacionar instrumentos de bases epistemológicas, semiológicas e metodológicas – e, ainda, que orientam formas de intervenção – distintas foi válida porque nos possibilitou investigar em que medida se aproximam e se distanciam em alguns casos específicos. Se, por um lado, foi possível nos beneficiarmos do que foi observado na amostra estudada, haja vista sua relação com a literatura nacional e internacional sobre o assunto, por outro, foi possível incorrer em críticas empiricamente fundamentadas nos resultados obtidos, detendo-nos especificamente sobre a singularidade do desenvolvimento de quatro casos.

O debate entre áreas distintas do saber foi assim estabelecido, mantendo as especificidades de cada uma. A partir desta prática de pesquisa, observamos que é possível nos beneficiar de manifestações de tendência – tal como proposto por Hanns (2000) – predominantes em uma dada população e, além disso, observar como sentidos construídos a partir destas manifestações podem se atualizar em algumas crianças de modo singular.

As associações realizadas entre a AP3 e cada problema identificado pelo CBCL permitiram chegar a resultados que sugerem indícios de que os problemas *Queixas somáticas*, *Isolamento* (do perfil proposto pelo CBCL) e *Transtornos invasivos do desenvolvimento* (do perfil orientado pelo DSM-IV) podem ter relação significativa com os escores propostos pela AP3. O presente estudo caracteriza-se como exploratório e, portanto, para confirmar a hipótese presente nessa afirmação, seriam necessárias maiores investigações, com um número maior nas unidades amostrais e, ainda, com grupo de estudo e grupo controle, por exemplo. Para estudos futuros, pode-se pensar em aplicar a AP3 e o CBCL em crianças que apresentam diagnósticos de algum distúrbio grave do desenvolvimento e em crianças que não o possuem para verificar em que medida as variáveis se correlacionam e, também, para verificar em que medida a AP3 pode ser sensível à condição sintomática da criança proposta pelo CBCL.

Por enquanto, o que se pode afirmar a partir do estudo realizado é que há indícios/sugestões de uma associação significativa, mas que serão necessários estudos posteriores para confirmá-la – ou refutá-la.

Retomando a proposta inscrita neste estudo, reitera-se que trabalhar com critérios objetivamente definidos, com dados estatísticos num estudo realizado ao longo do tempo, é uma forma de operar no sentido da detecção precoce. Produzir saberes úteis neste sentido é uma proposta de colocar o que é da psicanálise a serviço da saúde pública. Trata-se de apostar na verificação de condições de surgimento de um sujeito, nos indícios que podem apontar o bom funcionamento (ou não) de seu desenvolvimento.

Trata-se de uma pesquisa que, a partir da psicanálise, buscou um diálogo com outras áreas do saber – em especial, a medicina e a saúde pública – a fim de apontar indícios de quando algo não vai bem, de quando há risco para o desenvolvimento psíquico e, além disso, como este risco previamente detectado pode se desenvolver ou não ao longo da vida da criança. Da análise qualitativa, pode-se depreender que os achados no IRDI e na AP3 para as crianças que foram consideradas *caso* representam a expressão de tendências que se confirmaram em diversos itens dos instrumentos usados posteriormente.

Tanto na análise estatística quanto na discussão de casos foram observadas manifestações de tendências do IRDI quanto à avaliação da qualidade de vida da criança, especialmente no que se refere aos aspectos psicossociais obtidos com o uso do CHQ-PF50. Pode-se destacar, assim, que o IRDI apresenta capacidade de predição para condições sintomáticas ulteriores que podem afetar negativamente a qualidade de vida da criança.

Este debate proposto, exploratório, colocou em jogo instrumentos distintos, discrepâncias teórico-metológicas, achados diversificados, sem invalidar, contudo, o que se produz acerca do desenvolvimento infantil. Ao lidarmos com possibilidades de risco e de tendência na infância, há que se considerar que existem pontos de vista divergentes, posto que são vários os discursos que incidem no tratamento de patologias na infância.

O debate permite que os achados não sirvam apenas como classificação colada ao comportamento da criança, de forma fenomênica, mas que operem no sentido de guiar uma intervenção que, como proposto pela psicanálise, acontece no sujeito, em sua singularidade, em sua possibilidade de mudança de posição subjetiva. Talvez assim estejamos mais próximos do que Jorge e Ferreira (2005) ressaltam como sendo a ética

da psicanálise – e, conseqüentemente, o compromisso do psicanalista: a de manter uma posição que não esteja atrelada a uma proposta de felicidade para o sujeito, mas sim a uma possibilidade de *bem-dizer o seu sintoma*. Nosso compromisso, dessa forma, não estaria em sanar um mal-estar e nem em reconhecer/descrever sintomas para esgotar uma prática na validação de um saber, mas sim em possibilitar ao sujeito um saber-fazer inventivo com o seu sintoma, que o faça operar de forma desejante e movimentar-se de modo criativo por sua história.

Referências

ACHENBACH, T. M. **Manual for the child behavior checklist/ 4-18** and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

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

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ASSUMPCÃO JÚNIOR, F. B. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQUEI - AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGÉ) Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

BASTOS, A. A.; SANTOS, A. C. A. Identificação dos níveis de qualidade de vida em escolares do Município de Nossa Senhora das Dores – Sergipe. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**. Campinas, v. 13, n. 2, p. 91-103, janeiro 2010.

BERNARDINO, L. M. F. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: BERNARDINO, L. M. F. (Org.). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2006.

BORDIN, I. A.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da Versão Brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados Preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria** (São Paulo). São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BRASIL, T. B.; FERRIANI, V. P. L.; MACHADO, C. S. M. Inquérito sobre qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 63-68, 2003.

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

DANCKAERTS, M. et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**. v. 19, n. 2, p. 83-105, fev/2010.

ELIAS, A. V.; ASSUMPCÃO JR, F. B. Qualidade de vida e autismo. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 64, n. 2-A, p. 295-299, 2006.

ESCOBAR, A. M. U. **Estudo das condições de saúde das crianças de 5 a 9 anos de idade residentes no Distrito do Butantã na cidade de São Paulo**. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. São Paulo, 2005.

FONTES NETO, P. T. L. et al. Sintomas emocionais e comportamentais em crianças com dermatite atópica – **Rev Psiquiatr**. RS set/dez, v. 27, n. 3, p. 279-291, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

- _____. **A ordem do discurso**. 7ª ed. São Paulo: Loyola, 2001.
- FREUD, S. (1905) Fragmento da análise de um caso de histeria. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1913) Totem e tabu. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1916-17) Conferência XXIII – Os caminhos para a formação dos sintomas. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1917) Uma dificuldade no caminho da psicanálise. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1921) Psicologia das massas e análise do eu. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1923) O ego e o id. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1927) O futuro de uma ilusão. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1930) O mal-estar na civilização. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1933) Moisés e o monoteísmo. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1939) Esboço de psicanálise. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GANNAM, S. S. A. **Percepção de pais e professores do desenvolvimento de crianças de três a seis anos comparada com o Teste de Denver II**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
- GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S. S. Triagem em Saúde Mental Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 22, n. 1, p. 5-16, Jan-Abr 2006.
- GRAY, P. H.; O'CALLAGHAN, M. J.; POULSEN, L. Behaviour and quality of life at school age of children who had bronchopulmonary dysplasia. **Early Human Development**. v. 84, n. 1, p. 1-8, Jan-2008.
- HANNS, L. A. Psicoterapias sob suspeita – a Psicanálise no século XXI. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 175-203.

JERUSALINSKY, A. N. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. **Freud: criador da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

KUPFER, M. C. M. et al. 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**. v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 16-30, março 2010.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, março 2009.

KUCZYNSKI, E. et al. Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes portadores de enfermedades crónicas y/o incapacitadoras: un estudio brasileño. **Anais de Pediatria**. v. 58, n. 6, p. 550-5, 2003.

LACAN, J. Duas notas sobre a criança. In: **Ornicar?**. Revue du Champ Freudien, n. 37, p. 13-14, avril-juin 1986.

LANDGRAF, J. M.; ABETZ, L.; WARE, J. E. **Child health questionnaire (CHQ): a user's manual**. Boston: HealthAct, 1999.

LARROSA, J. O enigma da infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. In: LARROSA, J.; LARA, N. P. (Orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção da infância: entre saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos da Clínica**. v. IX, n. 16, p. 102-121, 2004.

LERNER, R. **Investigação da qualidade de vida e da condição sintomática de crianças previamente avaliadas com os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e a Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3)**. São Paulo: USP/ IP, 2007 (Projeto de Pesquisa).

_____. Apresentação. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

LISPECTOR, C. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

MACHADO, C. S. M. et al. The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). **Clinical and Experimental Rheumatology**. v. 19, p. 25-29, 2001.

MANIFICAT, S.; DAZORD, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. **Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence**. v. 45, n. 3, p. 106-114, 1997.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

McCULLOUGH, N. et al. Reliability and Validity of the Child Health Questionnaire (PF-50) for European Children with Cerebral Palsy. **Journal of Pediatric Psychology**. v. 34, n. 1, p. 41-50, 2009.

MELO, E. L. A.; VALDÉS, M. T. M.; PINTO, J. M. S. Qualidade de vida de crianças e adolescentes com Distrofia Muscular de Duchenne. **Revista de Pediatria**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 28-37, 2005.

MEZAN, R. **Sigmund Freud: a conquista do proibido**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORALES, N. M. O. et al. Psychometric properties of the initial Brazilian version of the CHQ-PF50 applied to the caregivers of children and adolescents with cerebral palsy. **Quality of Life Research**. v. 16, p. 437-444, 2007).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental, nova concepção nova esperança**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001.

PEREIRA, M. E. C.; LAZNIK, M. C. Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

PESARO, M. E. **Alcance e limites teórico-metodológicos da Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. São Paulo, 2010.

PETRI, R. **Leitura psicanalítica do desenvolvimento e suas implicações para o tratamento de crianças**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

RITVO, L. B. **Influência de Darwin sobre Freud: um conto de duas ciências**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

RUPERTO, N. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. **Clinical and Experimental Rheumatology**. v. 19, n. 23, p. 01-09, 2001.

SABAZ, M. et al. The health-related quality of life of childhood epilepsy syndromes. **J. Paediatr. Child Health**. v. 39, p. 690-696, 2003.

SANTOS, E. O. L.; SILVARES, E. F. M. Crianças Enuréticas e Crianças Encaminhadas para Clínicas-Escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 19, n. 2, p. 277-282, 2006.

SELVAAG, A. M. et al. Measuring health status in early juvenile idiopathic arthritis: Determinants and responsiveness of the child health questionnaire. **Journal of Rheumatology**. v. 30, n. 7, p. 1602-1610, 2003.

SILVA, C. H. M. et al. Quality of life in children and adolescents with allergic rhinitis. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 75, n. 5, p. 642-9, 2009.

SPEYER, E. et al. Agreement between children with cancer and their parents in reporting the child's health-related quality of life during a stay at the hospital and at home. **Child Care Health and Development**. v. 35, n. 4, p. 489-495, 2009.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**. Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

UPTON, P.; LAWFORD, J.; EISER, C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. **Quality of Life Research**. v. 17, n. 6, p. 895-913, 2008.

VÁRIOS. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. v. 6, n. 2, p. 7-25, 2003.

VÁRIOS. **Leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos**: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise. Relatório científico final – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008.

VOLTOLINI, R. O discurso do capitalista, a psicanálise e a educação. In: ARAÚJO, N. V.; AIRES, S.; VERAS, V. (Org.). **Linguagem e Gozo**. Campinas: Mercado de Letras, 2007, p. 197-212.

_____. Metodologia de pesquisa e psicanálise. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

Anexos



ANEXO I

Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQUEI

AUQUEI - Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes..

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:

	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita.	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir.	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai à uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai.	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho (a).	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você.	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios.	()	()	()	()
21. durante as férias.	()	()	()	()
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	()	()	()	()
23. quando você está longe de sua família.	()	()	()	()
24. quando você recebe as notas da escola.	()	()	()	()
25. quando você está com os seus avós.	()	()	()	()
26. quando você assiste televisão.	()	()	()	()

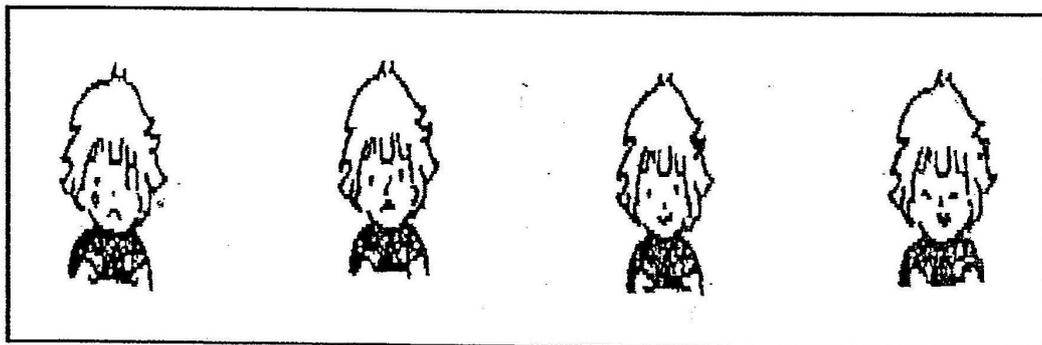


Fig 1. Faces da AUQUEI.

Extraído de: Assumpção Jr., F.B.; Kuczynski, E.; Sprovieri, M.H.; Aranha, E.M.G. (2000) Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQUEI – AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGÉ) Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(1): 119-127.

ANEXO II

Child Behavioral Checklist – CBCL

INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1½ E 5 ANOS - CBCL - 1½/5

NOME COMPLETO DA CRIANÇA:			ID (para uso exclusivo do aplicador):
SEXO DA CRIANÇA	IDADE DA CRIANÇA	ETNIA / RAÇA	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Por favor, seja específico - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO			
DATA DA AVALIAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO:	
DIA _____ MES _____ ANO _____	DIA _____ MES _____ ANO _____	Tipo de trabalho do pai: _____	
POR FAVOR, RESPONDA TODOS OS ITENS DE ACORDO COM O MODO COMO VOCÊ VÊ O COMPORTAMENTO DE SEU/SUA FILHO(A), MESMO QUE OUTRAS PESSOAS POSSAM NÃO CONCORDAR. ESTEJA A VONTADE PARA ESCREVER QUAISQUER COMENTÁRIOS ADICIONAIS ABAIXO DE CADA QUESTÃO E NO ESPAÇO LIVRE DA PÁGINA 2. CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.			Tipo de trabalho da mãe: _____
			FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO): _____
			SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE): _____
Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) neste momento ou nos últimos dois meses, trace um círculo à volta do 2 se for MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA . Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação for UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu/sua filho(a). Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA em relação ao seu/sua filho(a), trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao seu/sua filho(a).			
0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Dores (sem causa médica, não incluir dor de estômago ou dor de cabeça)	0 1 2	21. É perturbado(a) por qualquer mudança na rotina
0 1 2	2. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2	22. Não quer dormir sozinho(a)
0 1 2	3. Tem medo de tentar coisas novas	0 1 2	23. Não responde quando pessoas falam com ele(a)
0 1 2	4. Evita olhar os outros nos olhos	0 1 2	24. Não come bem (descreva): _____
0 1 2	5. Não consegue se concentrar, não consegue ficar atento(a) muito tempo	0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças
0 1 2	6. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo	0 1 2	26. Não sabe como se divertir; age como um(a) pequeno(a) adulto(a)
0 1 2	7. Não suporta ter as coisas fora do lugar	0 1 2	27. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal
0 1 2	8. Não suporta esperar; quer tudo imediatamente	0 1 2	28. Não quer sair de casa
0 1 2	9. Mastiga coisas que não são comestíveis	0 1 2	29. Frustra-se facilmente
0 1 2	10. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	30. Sente ciúmes com facilidade
0 1 2	11. Constantemente procura ajuda	0 1 2	31. Come ou bebe coisas que não são alimentos – não incluir doces (descreva): _____
0 1 2	12. Tem prisão de ventre, intestino preso (quando não está doente)	0 1 2	32. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____
0 1 2	13. Chora muito	0 1 2	33. Magoa-se facilmente
0 1 2	14. É cruel com animais	0 1 2	34. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	15. Desafiador(a)	0 1 2	35. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	16. Suas exigências devem ser atendidas imediatamente	0 1 2	36. Mete-se em tudo
0 1 2	17. Destroí suas próprias coisas	0 1 2	37. Fica muito aflito(a) quando separado(a) dos pais
0 1 2	18. Destroí coisas de sua família ou de outras crianças	0 1 2	38. Tem dificuldade para dormir
0 1 2	19. Tem diarreia ou intestino solto (quando não está doente)		
0 1 2	20. É desobediente		

COPYRIGHT T.M. ACHENBACH. REPRODUCED UNDER LICENSE #207-12-04-06. PROIBIDA REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silvares, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2008). Versão brasileira não publicada do inventário "Child Behavior Checklist for ages 1½-5" (Achenbach & Rescorla, 2000).

PROFª DRA. EDWIGES FERREIRA DE MATTOS SILVARES
 INSTITUTO DE PSICOLOGIA – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 AV. PROF. MELO MORAES, 1721 / SÃO PAULO – SP
 efdmsilv@usp.br

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.
 ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 39. Tem dores de cabeça (sem causa médica)		0 1 2 72. Mostra muito pouco medo de se machucar
0 1 2 40. Bate nos outros		0 1 2 73. É muito acanhado(a) ou tímido(a)
0 1 2 41. Prende sua respiração		0 1 2 74. Dorme menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite (descreva): _____
0 1 2 42. Machuca animais ou pessoas sem intenção		0 1 2 75. Suja-se ou brinca com as fezes
0 1 2 43. Parece infeliz sem um bom motivo		0 1 2 76. Tem problema de fala (descreva): _____
0 1 2 44. É mal-humorado(a)		0 1 2 77. Fica aérea ou parece preocupada
0 1 2 45. Náuseas, enjôo (sem causa médica)		0 1 2 78. Tem dores de estômago ou cólicas (sem causa médica)
0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____		0 1 2 79. Muda rapidamente entre tristeza e alegria
0 1 2 47. É nervoso(a) ou tenso(a)		0 1 2 80. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0 1 2 48. Tem pesadelos		
0 1 2 49. Come demais		0 1 2 81. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou fácil de irritar
0 1 2 50. Sente-se cansado(a) demais		0 1 2 82. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2 51. Entra em pânico sem um bom motivo		0 1 2 83. Fica facilmente emburrado(a)
0 1 2 52. Sente dores intestinais (sem causa médica)		0 1 2 84. Fala ou chora durante o sono
0 1 2 53. Ataca fisicamente as pessoas		0 1 2 85. Faz birra ou é esquentado(a)
0 1 2 54. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____		0 1 2 86. Muito preocupada com organização ou limpeza
0 1 2 55. Mexe demais nas partes íntimas		0 1 2 87. É muito medroso ou ansioso
0 1 2 56. Desastrado(a) ou tem falta de coordenação		0 1 2 88. Não é cooperativo(a)
0 1 2 57. Problemas com os olhos (sem causa médica) (descreva): _____		0 1 2 89. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2 58. Seu comportamento não muda com punição		0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões
0 1 2 59. Muda de uma atividade para outra rapidamente		0 1 2 91. É barulhento(a) demais
0 1 2 60. Assaduras ou outros problemas de pele (sem causa médica)		0 1 2 92. Incomoda-se com pessoas ou situações novas (descreva): _____
0 1 2 61. Recusa-se a comer		0 1 2 93. Vômitos (sem causa médica)
0 1 2 62. Recusa-se a brincar de jogos movimentados		0 1 2 94. Acorda frequentemente à noite
0 1 2 63. Balança a cabeça ou o corpo repetidamente		0 1 2 95. Foge
0 1 2 64. Resiste a ir para a cama à noite		0 1 2 96. Quer muita atenção
0 1 2 65. Resiste ao treinamento para o uso do banheiro (descreva): _____		0 1 2 97. Choraminga.
0 1 2 66. Grita muito		0 1 2 98. Isola-se, não se relaciona com os outros
0 1 2 67. Parece não responder a afeto (carinho)		0 1 2 99. Preocupa-se muito
0 1 2 68. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente envergonhado		100. Por favor, escreva outros problemas do seu/sua filho(a) que não tenham sido mencionados acima
0 1 2 69. É egoísta ou não divide		0 1 2 _____
0 1 2 70. Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas		0 1 2 _____
0 1 2 71. Mostra pouco interesse pelas coisas ao seu redor		0 1 2 _____

Seu/sua filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? Não Sim—Por favor, descreva:

Qual é a sua maior preocupação com relação a seu/sua filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do(a) seu/sua filho(a).

ANEXO III

Questionário Sobre a Saúde da Criança - Relatório dos Pais

CHQ - PF50

- Instruções -

1. Este questionário pergunta sobre a saúde e bem estar de seu filho. Suas respostas individuais não serão compartilhadas com ninguém.
2. Se você optar por não participar, não haverá problema algum.
3. Responda as questões marcando no local apropriado.
4. Certas questões podem parecer semelhantes, mas nenhuma é igual a outra. Algumas perguntas dizem respeito a problemas que seu filho pode não ter. Isto é muito bom e é importante que saibamos. Queira responder cada uma das perguntas.
5. Não há respostas certas ou erradas. Se você estiver em dúvida de como responder uma pergunta, dê a melhor resposta que puder, e faça um comentário na margem.
6. Todos os comentários serão lidos; portanto, sinta-se livre para fazer quantos quiser. Não deixe perguntas sem resposta.
7. Não precisa se identificar. Todos os questionários respondidos nesta pesquisa serão avaliados em conjunto.

Item 1: Saúde global de seu filho

1.1. Em geral, você diria que a saúde de seu filho é:

- Excelente ()
 Muito Boa ()
 Boa ()
 Razoável ()
 Má ()

Item 2: Atividades físicas de seu filho

As questões seguintes referem-se às atividades físicas que seu filho pode ter ao longo do dia.

2.1. Nas últimas 4 semanas seu filho foi limitado de exercer (isto é, não conseguiu exercer) alguma das atividades abaixo devido a problemas de saúde?

	SIM	SIM	SIM	NÃO
	muito limitado	mais ou menos limitado	pouco limitado	não foi limitado
a. Fazer coisas que precisam MUITA energia como jogar futebol ou correr?				
b. Fazer coisas que precisam ALGUMA energia como andar de bicicleta ou de patins?				
c. Capacidade (física) de andar pela vizinhança, parquinhos (playground) ou escola?				
d. Andar um quarteirão ou subir um lance de escadas?				
e. Abaixar, levantar ou se inclinar?				
f. Cuidar de si mesmo, isto é, comer, vestir-se, tomar banho ou ir ao banheiro?				

Item 3: Atividades diárias de seu filho

3.1 Durante as 4 últimas semanas o trabalho escolar de seu filho ou as atividades com amigos foram de alguma das seguintes maneiras limitadas devido a dificuldades ou problemas **EMOCIONAIS** com seu **COMPORTAMENTO**?

	Sim, muito limitadas	Sim, bastante limitado	Sim, um pouco limitadas	Não, sem limitações

a) Limitadas no TIPO de trabalho escolar ou atividades com amigos que ele poderia fazer.				
b) Limitadas na QUANTIDADE de tempo que ele poderia gastar em trabalhos escolares ou em atividades com amigos.				
c) Limitadas na REALIZAÇÃO de trabalhos escolares ou de atividades com amigos (precisou de esforço extra).				

3.2 Durante as 4 últimas semanas, o trabalho escolar de seu filho ou as atividades com amigos foram de alguma das seguintes maneiras limitadas devido a dificuldades ou problemas com sua saúde FÍSICA ?

	Sim, muito limitadas	Sim, razoavelmente limitadas	Sim, um pouco limitadas	Não, sem limitações
a) Limitadas no TIPO de trabalho escolar ou atividades com amigos que ele poderia fazer.				
b) Limitadas na QUANTIDADE de tempo que ele poderia gastar em trabalhos escolares ou em atividades com amigos.				

Item 4: Dor

4.1 Durante as 4 últimas semanas, qual a intensidade de dor ou desconforto físico que seu filho teve?

- () Nenhuma
- () Muito leve
- () Leve
- () Moderada
- () Grave
- () Muito grave

4.2 Durante as 4 últimas semanas quantas vezes é que seu filho(a) teve dor corporal ou desconforto?

- () Nenhuma vez
- () Uma ou duas vezes
- () Algumas vezes
- () Com razoável frequência

- () Muito freqüentemente
 () Todos ou quase todos os dias

Item 5: Comportamento

Segue abaixo uma lista de itens que descreve o comportamento infantil ou problemas que as crianças apresentam às vezes.

5.1 Com qual freqüência nas 4 últimas semanas cada uma das seguintes afirmações descreveu seu filho?

	Muito freqüentemente	Com razoável freqüência	Às vezes	Quase nunca	Nunca
a) Discutia muito.					
b) Tinha dificuldade para se concentrar ou prestar atenção.					
c) Mentia ou enganou.					
d) pegou coisas que não lhe pertenciam de dentro ou de fora de casa.					
e) Tinha acessos de fúria ou mau temperamento.					

5.2 Em comparação a outras crianças da idade de seu filho, você diria que de modo geral seu comportamento é:

- Excelente ()
 Muito Bom ()
 Bom ()
 Razoável ()
 Mau ()

Item 6: Bem-Estar

As frases a seguir são sobre o humor das crianças.

6.1 Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo você acha que seu filho:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Por algum tempo	Um pouco do tempo	Nunca
a) sentiu vontade de chorar?					
b) se sentiu sozinho?					
c) ficou nervoso?					
d) ficou aborrecido ou chateado?					
e) ficou alegre/ animado?					

Item 7: Auto-Estima

O que segue pergunta sobre a satisfação de seu filho consigo mesmo, com a escola, com os outros. Pode ser útil se você tiver em mente como as outras crianças da idade de seu filho talvez se sintam com relação a esses aspectos.

7.1 Durante as 4 últimas semanas, o quão satisfeito você acha que seu filho se sentiu com relação a:

	Muito satisfeito	Um pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
a) Sua capacidade de aprender na escola?					
b) Sua capacidade esportiva?					
c) Suas amizades?					
d) A aparência do seu corpo?					
e) Seus relacionamentos familiares?					
f) Sua vida como um todo?					

Item 8: A Saúde de seu filho

As afirmações a seguir são sobre saúde em geral.

8.1 Quais dessas afirmações são falsas ou verdadeiras com relação a seu filho?

	Totalmente verdadeira	Parcialmente verdadeira	Não sei	Parcialmente falsa	Totalmente falsa
a) Meu filho parece ser menos saudável do que outras crianças que conheço.					
b) Meu filho nunca esteve gravemente doente.					
c) Quando há epidemia de alguma coisa, meu filho sempre pega.					
d) Tenho esperança de que meu filho tenha uma vida muito saudável.					
e) Me preocupo mais com a saúde de um filho do que outras pessoas se preocupam sobre a saúde de seus filhos.					

8.2 Em comparação há um ano, como você descreveria a saúde de seu filho atualmente:

- () Muito melhor do que há 1 ano.
 () Um pouco melhor do que há 1 ano.
 () Quase o mesmo do que há 1 ano.
 () Um pouco pior do que há 1 ano.
 () Muito pior do que há 1 ano.

Item 9: Você e sua família

9.1 Durante os 4 últimos anos, QUANTO de preocupações ou abalos emocionais cada um dos seguintes itens causou a você?

	Nem um pouco	Um pouco	Um pouco mais	Um pouco demais	Bastante
a) A saúde física de seu filho.					
b) O bem-estar emocional ou comportamento de seu filho.					
c) As capacidades de atenção ou de aprendizado de seu filho.					

9.2 Durante as 4 últimas semanas, você SE LIMITOU na quantidade de tempo que teve para VOCÊ (isto é, você deixou de fazer suas coisas, sua rotina diária) devido a:

	Sim, me limitei bastante	Sim, me limitei em algumas coisas	Sim, me limitei um pouco	Não tive limitações
a) A saúde física de seu filho?				
b) O bem-estar emocional ou comportamento de seu filho.				
c) As capacidades de atenção ou de aprendizado de seu filho.				

9.3 Durante as 4 últimas semanas, quanto da saúde ou comportamento de seu filho:

	Muito freqüente	Com razoável freqüência	Às vezes	Quase nunca	Nunca
a) limitou os tipos de atividades que vocês poderiam ter como uma família?					
b) interrompeu várias atividades familiares diárias (como refeições ou programas de TV)?					

c) limitou a agilidade de sua família em um momento de necessidade?					
d) causou tensão ou conflito em casa?					
e) foi uma fonte de discordâncias ou de discussões em sua família?					
f) fez com que você cancelasse ou mudasse planos (pessoais ou profissionais) na última hora?					

9.4 Às vezes as famílias podem ter dificuldades em se entender. Nem sempre concordam e talvez podem ficar bravos. De modo geral, como você classificaria a habilidade de sua família em se entender?

- Excelente ()
 Muito Boa ()
 Boa ()
 Razoável ()
 Má ()

Item 10: Fatos sobre seu filho.

10.1 Seu filho é do sexo:

- Masculino ()
 Feminino ()

10.2 Foi seu primeiro filho (legítimo ou adotado)?

- Sim ()
 Não ()

10.3 Qual é a data de nascimento de seu filho?

10.4 Qual é o maior grau de instrução que seu filho concluiu? (Marque apenas uma alternativa)

- () Pré-escola
 () Jardim da Infância
 () 1ª série
 () 2ª série
 () 3ª série
 () 4ª série
 () 5ª série
 () Não concluiu nenhuma série

Caso não tenha concluído nenhuma série, quantos anos estudou? _____.

10.5 Você já foi alguma vez informado(a) por algum professor, funcionário escolar, enfermeira ou outro profissional da área da saúde de que seu filho apresenta alguma das seguintes condições

	SIM	NÃO
a) Problemas de ansiedade.		
b) Asma.		
c) Problemas de atenção.		
d) Problemas de comportamento.		
e) Alergias crônicas ou problemas de sinusite.		
f) Problemas crônicos ortopédicos, ósseos ou de juntas.		
g) Problema crônico respiratório ou pulmonar (EXCETO ASMA).		
h) Doença reumática crônica.		
i) Depressão.		
j) Atraso de desenvolvimento ou retardamento mental.		
k) Diabetes.		
l) Epilepsia (distúrbio com convulsões).		
m) Deficiência auditiva ou surdez.		
n) Problemas de aprendizado.		
o) Distúrbios do sono.		
p) Problemas de fala.		
q) Problemas de visão.		
r) Seu filho apresenta alguma outra condição médica crônica que afeta o que faz ou como se sente? (Queira descrever abaixo)		

Item 11: Fatos sobre você

11.1 Você é do sexo:

Masculino ()

Feminino ()

11.2 Qual é sua data de nascimento?

11.3 Quais das seguintes opções melhor descrevem sua atual situação profissional?

(Assinale TODAS as que se aplicarem).

() Não trabalho devido à saúde de meu filho.

() Não trabalho por outros motivos.

() Estou procurando emprego fora de casa.

() Trabalho em período integral ou meio período (seja fora de casa ou em

um trabalho realizado em casa).

Trabalhos domésticos

11.4 Qual das seguintes opções melhor descreve sua relação com seu filho?

Pai ou mãe biológica.

Padrasto ou madrasta.

Pai ou mãe temporária.

Tutor(a).

Outros (queira explicar na linha abaixo).

_____.

11.5 Qual é o maior grau de instrução que você concluiu?

Analfabeto/Primário incompleto	
Primário completo/Ginásial incompleto	
Ginásial completo/Colegial incompleto	
Colegial completo/superior incompleto	
Superior	

11.6 Qual das seguintes opções melhor descreve seu estado civil atual?

Casado(a).

Viúvo(a).

Divorciado(a).

Separado(a).

Segundo casamento.

Nunca se casou.

11.7 Qual das seguintes opções melhor descreve seu grupo étnico?

Caucasiano / branco

Afro-descendente

Asiático/Oriental

Outros (queira explicar na linha abaixo).

_____.

Item 12: Renda da Família

12.1 Qual é a renda familiar per capita? (isto é, a renda familiar total dividida pelo número de membros da família). (850,00/3 = 283)

< que 1 salário mínimo

de 2 a 4 salários mínimos

3 a 5 salários mínimos

5 a 7 salários mínimos

7 a 10 salários mínimos

> 10 salários mínimos com o salário mínimo informado abaixo

OBS: o salário mínimo é R\$240,00

12.2 Perguntas sobre os seus bens:

Itens	Não tem	1	2	3	4 e +
TV em cores					
Videocassete/DVD					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada Mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Geladeira					
Geladeira duplex ou freezer					

12.3 Qual é a data de hoje?

OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO IV

Tabela com as médias, os desvios padrões e os coeficientes dos fatores físico e psicossocial da população geral dos Estados Unidos utilizados como referência para construção dos índices sumários PhS e PsS.

ID da dimensão	Média	Desvio padrão	Coeficiente do Fator	
			Físico	Psicossocial
PF	90.8525408	16.3826344	.37138	-.09243
RP	91.4951246	18.9079749	.34493	-.06973
GH	66.6958379	19.3564297	.29460	-.05547
BP	78.6833515	20.7355708	.27883	-.05514
REB	90.4013015	19.5067502	-.01178	.21155
PT	83.8816188	20.2901603	.09113	.16944
PE	73.9788476	21.4060130	.06063	.19823
SE	79.2555314	17.8308361	-.09480	.24792
MH	77.2595806	13.6861999	-.08263	.25335
BE	72.3086051	17.1447913	-.12675	.27911

Fonte: Landgraf, Abetz e Ware (1999, p. 236).

DI PAOLO, A. F. **Estudo exploratório dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos.** 2010, 143 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
29	4-5	(realizada por meio do Exame do Estado Mental da Criança (Infant and Toddler Mental Status Exam – ITMSE, elaborado por Anne L. Benham)	(realizada por meio do Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ, desenvolvido por Robert Goodman em 1997)